

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

im Zentrum für psychosoziale Medizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Einflussnahme des angenommenen türkischen Migrationshintergrundes von Menschen mit Herzinsuffizienzsymptomatik auf die hausärztliche Entscheidungsfindung

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Colette Gras

aus Martigues

Hamburg 2020

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 26.08.2021

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Martin Scherer

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	3
Vorwort	5
1 Einleitung	6
1.1 Stand der Forschung	8
1.1.1 Herzinsuffizienz in Deutschland	8
1.1.2 Ätiologie, Diagnostik und Therapie der HI	9
1.1.3 Risikofaktoren und beeinflussende Faktoren für den Outcome der HI	13
1.1.4 Relevanz hausärztlicher Entscheidungsfindung	14
1.1.5 Gesundheitsversorgung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund	15
1.1.6 Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und HI	18
1.1.7 Ursprung und Kritik des Begriffs „Migrationshintergrund“	19
1.1.8 Zusammenfassung und Forschungsdesiderat	25
1.2 Fragestellung und Ziel der Arbeit	25
2 Material und Methoden	27
2.1 Rekrutierung (Zugang zum Feld)	28
2.2 Datenerhebung	30
2.2.1 Thematisch-narratives Interview	32
2.2.2 Durchführung des qualitativen Interviews	33
2.3 Datenauswertung – Dokumentarische Methode	35
2.3.1 Formulierende Interpretation	37
2.3.2 Reflektierende Interpretation	38
2.3.3 Beispiel der formulierenden und reflektierenden Interpretation	40
2.3.4 Typenbildung	42
2.4 Selbst- und Gruppenreflexion	44
2.5 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission	46
3 Empirische Untersuchung	47
3.1 Vorbemerkung	47
3.2 Interview 1001	48
3.3 Interview 1003	54
3.4 Interview 1010	60
3.5 Interview 1012	69
3.6 Interview 1017	77

3.7	Interview 1019	83
3.8	Interview 1024	86
3.9	Interview 1042	87
3.10	Interview 1045	91
3.11	Interview 1046	94
3.12	Interview 1061	107
3.13	Interview 1068	109
3.14	Interview 1075	111
3.15	Interview 1091	115
3.16	Interview 1102	120
3.17	Interview 1107	127
3.18	Interview 1113	132
3.19	Interview 1115	137
3.20	Interview 1116	139
3.21	Interview 1120	142
3.22	Interview 1123	144
4	Ergebnisse	151
4.1	Zusammenfassung der empirischen Untersuchung.....	151
4.1.1	Die Konstruktion der <i>Anderen</i>	151
4.1.2	Ursprung und Folgen des Otherings	156
4.1.3	Konsequenzen für die medizinische Praxis	158
4.2	Typenbildung.....	162
4.2.1	Sinngenetische Typenbildung	162
4.2.2	Funktion der sinngenetischen Typen	165
4.2.3	Soziogenetische und relationale Typenbildung	166
5	Diskussion	171
5.1	Die Macht der Stereotype und die verschiedenen Wege damit umzugehen.....	171
5.2	Anwendungsbezug der Ergebnisse	174
5.2.1	Von konstruierten Gruppen zur Bewusstmachung der Fremdzuschreibung.....	175
5.2.2	Das stereotype Denken als Werkzeug der ärztlichen Entscheidungsfindung	176
5.2.3	Erweiterung des Anwendungsbezugs	179
5.3	Reflexion der Methoden	181
5.4	Implikationen für die Forschungs-, Bildungs- und Versorgungspraxis	184
6	Zusammenfassung.....	187
7	Abkürzungsverzeichnis.....	189
8	Anhang	190
9	Literaturverzeichnis.....	198

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1, Klinischer Algorithmus zur Diagnostik der chronischen Herzinsuffizienz, ÄZQ, 2017.....	10
Abbildung 2, Flowchart der Rekrutierung, eigene Darstellung.....	29
Abbildung 3, Videovignetten 1-8, Screenshot der einzelnen Videovignetten, eigene Darstellung.....	30
Abbildung 4, die zwei Sinnesebenen nach Nohl, 2017, S.4f, eigene Darstellung.....	35
Abbildung 5, Thematische Einteilung für die formulierende Interpretation, eigene Darstellung.....	40
Abbildung 6, Zweidimensionale Typenbildung (Nohl, 2017).....	43
Abbildung 7, Screenshot Google Suche türkischer Clan 25.07.2020 16:38, eigene Aufnahme.....	59
Abbildung 8, Stereotype Blick der Patient*innen, eigene Darstellung.....	161
Abbildung 9, Funktion der verschiedenen Typen, eigene Darstellung.....	164

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1, Revidierte NYHA Klassifikation bei Herzinsuffizienz, (DEGAM, 2006).....	9
Tabelle 2 Mögliche kausale Therapieansätze, DEGAM, 2006.....	11
Tabelle 3 Medikamentöse Stufentherapie bei HI mit reduzierter LVEF, ÄZQ, 2017.....	11
Tabelle 4, Established and hypothesized risk factors for HF, (Bui et al., 2011).....	12
Tabelle 5 Auswahl häufiger Bias mit Erläuterung (s. Gäbler, 2017).....	14
Tabelle 6, Verwendungen von „Migrationshintergrund“ in den IdS-Zeitungskorpora (Scarvaglieri and Zech, 2013).....	20
Tabelle 7, Berücksichtigte Faktoren im DISPAR-HF Projekt, eigene Darstellung.....	34
Tabelle 8, Oberthematische Einteilung der Interviews in MaxQDa, eigene Darstellung.....	37
Tabelle 9, Auszug aus den Fremdbezeichnungen der geführten Interviews, eigene Darstellung.....	151
Tabelle 10, Beispiele der drei verwendeten Mechanismen, eigene Darstellung.....	157
Tabelle 11, Gegenüberstellung der Sicherheit der Verdachtsdiagnosen im quantitativen und der Verdachtsdiagnose im qualitativen Interview, eigene Darstellung.....	158
Tabelle 12, Einteilung der Interviews in der sinngenetischen Typenbildung, eigene Darstellung.....	162
Tabelle 13, Soziogenetische Typenbildung anhand des Geschlechts und der Erfahrung der Ärzt*innen, eigene Darstellung.....	166
Tabelle 14, Soziogenetische Typenbildung anhand des Migrationshintergrundes der Ärzt*innen, eigene Darstellung.....	166
Tabelle 15, Verteilung der Typenbildung innerhalb der gezeigten Vignetten, eigene Darstellung.....	168

Vorwort

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Verhalten von Ärzt*innen und ihrem Einfluss auf die Gesundheit ihrer Patient*innen. Als Ausgangspunkt wird sich dabei der Erkenntnis bedient, dass Behandelnde keine Maschinen sind, die sich nur von Theorie und Fakten leiten lassen und Entscheidungen immer auf dieselbe Art und Weise treffen. Sie sind viel mehr als das und somit auch unverzichtbar sowie unersetzbar. Keine Maschine kann (zumindest bis jetzt) die Individualität und Komplexität eines Menschen begreifen und all diese menschlichen Faktoren in den Entscheidungsprozess mit einfließen lassen. Dieser unglaubliche Vorteil der menschlichen Wahrnehmung ist aber zugleich eine nicht zu vernachlässigende Gefahr: gesellschaftliche Strukturen und Normen formen unsere Wahrnehmung. Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, dass die Medizin sich von der paternalistischen Entscheidungsfindung distanziert und Patient*innen mehr Gestaltungs- und Entscheidungsraum bietet. So wird die möglicherweise gefärbte Sicht des Behandelnden durch die persönliche Stimme der Patient*innen ergänzt und die Gefahr einer einseitigen vorurteilsbehafteten Entscheidung vermindert:

„Erst wenn die Patientenperspektiven jenseits des Anspruchs der Offenlegung vermeintlich kausaler Zusammenhänge im Sinne der Leistungsmaximierung der Medizin sowohl in die klinischen Praxis als auch in die Forschung einbezogen werden, kann von individueller, das heißt einer auf den einzelnen Menschen ausgerichteten, Medizin gesprochen werden.“ (Marx, 2013, S.224)

Heute wird die Relevanz der Einbeziehung von Patient*innen in der Forschung breit angenommen. In der Praxis greifen aber Ärzt*innen bei der Entscheidungsfindung immer noch zu oft auf das Konzept der *Compliance* zurück und setzen somit eine den Patient*innen gegenüber hierarchische Entscheidungsfindung voraus. Dabei erscheint es wahrscheinlich, dass dieses Phänomen nicht im gleichen Ausmaß kontextunabhängig auftritt. In Anbetracht dessen befasst sich diese Arbeit damit, ob allen Patient*innen gleichwertig Individualität zugesprochen wird, ob einige Stimmen eher gehört werden als andere und woher sich mögliche Disparitäten ergeben können. Dafür muss die ärztliche Entscheidungsfindung ins Zentrum gerückt und unter Berücksichtigung ihrer Komplexität analysiert werden.

1 Einleitung

Im zwanzigsten Jahrhundert wurden die meisten Todesfälle in Industrieländern durch Infektionskrankheiten ausgelöst. Dies änderte sich drastisch, als verschiedene Hygienemaßnahmen (sauberes Wasser und Nahrungsmittel, Abfall- und Abwasserentsorgung, Hygieneverhaltensänderungen) und bedeutende medizinische Mittel wie Antibiotika und Impfungen entdeckt und anschließend breit eingesetzt wurden (Armstrong *et al.*, 1999). Deutschland und die ganze Welt haben sich allerdings in den letzten Jahrzehnten bedeutend verändert, wodurch neue medizinische Herausforderungen aufgetreten sind. Durch hygienische und technische Fortschritte sind zwar Infektionskrankheiten stark zurückgegangen, dafür wird die Bevölkerung immer älter und altersassoziierte Krankheiten wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gewinnen an Bedeutung. Vor hundert Jahren sind noch fast 1% der Bevölkerung der USA an Infektionskrankheiten gestorben, wohingegen dies im 21. Jahrhundert nur noch bei 60 von 100.000 (0,06%) Personen der Fall ist (ebd.). Stattdessen sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur häufigsten Todesursache weltweit geworden (World Health Organization, 2016) und repräsentieren 31% der gesamten Todesfälle (World Health Organization, 2017). Kardiovaskuläre Erkrankungen können zu einer Schädigung des Herzens führen, die Pumpleistung des Herzens beeinträchtigen und dadurch Auslöser einer Herzinsuffizienz sein. Diese Erkrankung ist in Industrieländern wie Deutschland besonders ausgeprägt und nimmt oftmals einen tödlichen Verlauf (4,42% der Todesfälle 2016) (Statistisches Bundesamt, 2019). Vor diesem Hintergrund widmet sich die vorliegende Arbeit der Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz.

Angeichts eines mit gut 20% der deutschen Gesamtbevölkerung nicht zu vernachlässigenden Anteils an Menschen mit Migrationshintergrund, soll die Herzinsuffizienz vor dem Hintergrund der Migration in den Blick genommen werden. In Deutschland sind Menschen mit Migrationshintergrund – unter anderem wegen Diskriminierungserfahrungen und einem schlechteren Zugang zur medizinischen Versorgung – besonders von schweren Krankheiten (z.B. einer Herzinsuffizienz) betroffen (Igel *et al.*, 2010; Robert-Koch-Institut, 2008). In einer politischen Landschaft, in der Parteien, die sich antisemitisch und rassistisch äußern, mehr als 10% der Stimmen bei der Bundestagswahl (Zicht, 2017) erlangen, erscheint es notwendig, sich als

Gesellschaft bewusst zu machen, dass Rassismus¹ in verschiedenen Formen und Ausprägungen in vielen Bereichen des Alltages, und somit auch in der Medizin, ein Teil der Realität ist. Da Menschen mit türkischer Migrationsgeschichte mit einem Anteil von 3,4% der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2017) die größte dieser Gruppierungen in Deutschland darstellen, fokussiert die vorliegende Arbeit das Thema der ärztlichen Entscheidungsfindung bei der Diagnostik von Menschen mit (angenommenen) türkischem Migrationshintergrund mit Herzinsuffizienzsymptomatik. Dabei soll vor allem auch berücksichtigt werden, welche oft auch unreflektierten Mechanismen das ärztliche Handeln gegebenenfalls beeinflussen können. Gerade vor dem Hintergrund, dass es, wie im ärztlichen Eid beschrieben, die Aufgabe von allen Ärzt*innen ist, „bei der Ausübung [ihrer] ärztlichen Pflichten, keinen Unterschied [...] weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse² noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung“ zu machen (Bundesärztekammer, 2015), ist diese Betrachtung von hoher Relevanz.

Im folgenden Kapitel wird der Stand der Forschung zum Themenkomplex um Herzinsuffizienz (HI) und Migrationshintergrund dargestellt, um im zweiten Schritt die Fragestellung zu definieren und abzugrenzen.

¹ Zur Auseinandersetzung mit diesem Begriff wird auf die Definition von Rommelspacher hingewiesen, die sich u.a. auf Stuart Hall stützt: „Zusammenfassend können wir Rassismus also definieren als ein System von Diskursen und Praxen, die historisch entwickelte und aktuelle Machtverhältnisse legitimieren und reproduzieren. Rassismus im modernen westlichen Sinn basiert auf der „Theorie“ der Unterschiedlichkeit menschlicher „Rassen“ aufgrund biologischer Merkmale. Dabei werden soziale und kulturelle Differenzen naturalisiert und somit soziale Beziehungen zwischen Menschen als unveränderliche und vererbare verstanden (*Naturalisierung*). Die Menschen werden dafür in jeweils homogenen Gruppen zusammengefasst und vereinheitlicht (*Homogenisierung*) und den anderen als grundsätzlich verschieden und unvereinbar gegenübergestellt (*Polarisierung*) und damit zugleich in eine Rangordnung gebracht (*Hierarchisierung*). Beim Rassismus handelt es sich also nicht einfach um individuelle Vorurteile, sondern um die Legitimation von gesellschaftlichen Hierarchien, die auf der Diskriminierung der so konstruierten Gruppen basieren. In diesem Sinn ist Rassismus immer ein gesellschaftliches Verhältnis.“ (Rommelspacher, 2011, S.29)

² Zu dem hier verwendeten Begriff „Rasse“ soll angemerkt werden, dass sich dieser historisch auf ein gesellschaftliches Produkt bzw. Konstrukt von strukturellem – und inzwischen wissenschaftlich widerlegtem – Rassismus bezieht. In der Literatur wird die Konsequenz der Aufrechterhaltung dieses Konstruktes, die mit der Diskriminierung von Menschen v.a. aufgrund äußerer Merkmale einhergeht, kritisch und umfassend diskutiert. Der Diskurs unter der Überschrift ‚Racial Turn‘ setzt sich einerseits mit der überfälligen Dekonstruktion dieser rassistischen Ordnung, andererseits mit der Anerkennung der kritischen und realen Konsequenzen dieses Konstrukts auseinander (zur Erläuterung von „Racial Turn“ s. (Arndt, 2006))

1.1 Stand der Forschung

Um eine klare Übersicht über die Grundlagen der Thematik dieser Arbeit zu schaffen, wird der Stand der Forschung in sieben Unterpunkte aufgeteilt, die die verschiedenen Einflussfaktoren, die zur letztendlichen Fragestellung geführt haben, verdeutlichen sollen. Diese Aufteilung gliedert sich wie folgt: zuerst wird die Relevanz der Herzinsuffizienz in Deutschland dargestellt, darauffolgend wird auf die Ätiologie, Diagnostik und Therapie sowie beeinflussende Faktoren für den Outcome der HI eingegangen. Im nächsten Schritt wird die Rolle der hausärztlichen Entscheidungsfindung sowie die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund erläutert. Anschließend wird der Forschungsstand zur Herzinsuffizienz bei Menschen mit Migrationshintergrund wiedergegeben, um dann im Abschluss den Ursprung und die Kritik zum Begriff Migrationshintergrund darzustellen.

1.1.1 Herzinsuffizienz in Deutschland

HI ist die häufigste Diagnose bei Krankenhauspatient*innen³ (Statistisches Bundesamt, 2016), der häufigste Grund für eine vollstationäre Behandlung (Statistisches Bundesamt, 2016) und gehört zu einer der häufigsten Todesursachen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2019). Im Jahr 2015 starben allein in Deutschland fast 50.000 Menschen an einer HI. Im Jahr 2016 waren aufgrund einer HI mehr als 550.000 Menschen für einen vollstationären Aufenthalt im Krankenhaus. Die Prävalenz lag 2017 bei ungefähr 4% in der deutschen Bevölkerung, wobei davon auszugehen ist, dass diese vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der alternden Bevölkerung weiter steigen wird (Störk *et al.*, 2017). Experten reden angesichts der Zahl an erkrankten Menschen – 26 Millionen Menschen weltweit – von einer Pandemie (Ambrosy *et al.*, 2014). Die Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung ist mit erheblichen Kosten verbunden, die durch die intensive und langzeitige Versorgung verursacht werden (Neumann *et al.*, 2009). Allein 2015 lagen die mit der HI verbundenen Kosten bei 5,2 Mrd. € in Deutschland und repräsentierten damit 11,4% der Gesamtausgaben für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Statistisches Bundesamt, 2015). Die steigende Prävalenz, die hohe Mortalität und die damit verbundenen Kosten machen die HI zu einer bedeutsamen

³ In der hier vorgestellten Arbeit wird ein Sternchen (*) benutzt, um alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten (Gender) auch jenseits des gesellschaftlich hegemonialen Zweigeschlechtersystems zu repräsentieren.

Krankheit in Deutschland. Eine optimale Diagnostik und Behandlung der betroffenen Menschen könnten zur Verbesserung der Prognose der HI beitragen und sich dadurch weitgehend auf die allgemeine Gesundheit in Deutschland auswirken.

1.1.2 Ätiologie, Diagnostik und Therapie der HI

Eine HI ist definiert durch die „Unfähigkeit des Herzens, den Körper mit ausreichend Blut und damit mit genügend Sauerstoff zu versorgen, um den Stoffwechsel unter Ruhe- wie unter Belastungsbedingungen zu gewährleisten“ (DEGAM, 2006). Dieser Zustand kann durch diverse Vorerkrankungen und -schädigungen erreicht werden und kann sich unterschiedlich entwickeln und manifestieren, weshalb die HI in verschiedene Gruppen aufgeteilt wird. Dieses komplexe und breite Krankheitsbild soll hierdurch klarer veranschaulicht und die wesentlichen Aspekte der Ätiologie, Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden.

Zuerst wird zwischen akuter (entwickelt sich innerhalb von Stunden/Tage) und chronischer (entwickelt sich innerhalb von Monaten) Herzinsuffizienz unterschieden. Zusätzlich wird grundsätzlich zwischen Links- und Rechtsherzinsuffizienz differenziert. Die isolierte Rechtsherzinsuffizienz wird in der Regel durch chronische bronchopulmonale Erkrankungen verursacht und wird allgemein grundlegend anders behandelt als die Linksherzinsuffizienz, die häufiger auftritt und demnach in der hier vorgestellten Arbeit hauptsächlich behandelt wird. Die Linksherzinsuffizienz lässt sich in zwei weitere Unterkategorien einteilen: Einerseits die systolische Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (EF) und die diastolische Herzinsuffizienz mit erhaltener EF (HFrEF – heart failure with reduced ejection fraction, HFpEF – heart failure with preserved ejection fraction). Zusätzlich spielt bei der Therapie der HI die Klassifizierung der New York Heart Association (NYHA) – eine Unterteilung in Schweregrade – eine große Rolle (s. Tabelle 1).

Tabelle 1, Revidierte NYHA Klassifikation bei Herzinsuffizienz, (DEGAM, 2006)

NYHA I	Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris
NYHA II	Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris. z.B. Bergaufgehen oder Treppensteigen
NYHA III	Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris. z.B. Gehen in der Ebene
NYHA IV	Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe. Bettlägerigkeit

Luftnot, Müdigkeit und Wasserretention sind die häufigsten Symptome, die bei einer Herzinsuffizienz auftreten. Patient*innen mit HI leiden aber oft an Komorbiditäten wie koronare Herzkrankheiten (KHK), Diabetes oder Hypertonie, die auch zu ähnlichen Symptomen führen können (Bundesärztekammer (BÄK) *et al.*, 2017). Dadurch besteht die Gefahr, die HI zu übersehen und weiter fortschreiten zu lassen. Eine leitliniengerechte und gründliche Diagnostik ist deshalb wichtig und notwendig, um die HI frühzeitig aufzudecken und zu therapieren. Die nationale Versorgungsleitlinie zur chronischen HI empfiehlt daher bei Vorliegen der typischen Symptome (Müdigkeit, Dyspnoe, reduzierte physische Belastbarkeit und/oder Flüssigkeitsretention), nach einer gründlichen Anamnese und körperlicher Untersuchung bei weiterem bestehendem Verdacht auf HI ein 12-Kanal-EKG durchzuführen. Bei auffälligem EKG sollte dann eine Echokardiographie angeordnet werden, um die HI zu diagnostizieren und ihre Ätiologie weiter zu bestimmen (s. Abbildung 1).

Zusätzlich wird empfohlen, eine Laboruntersuchung vorzunehmen, um weitere Beeinträchtigungen auszuschließen (Leber, Niere, Elektrolyten). Die Echokardiographie ist allerdings der grundlegende Baustein der Diagnostik und der Bestimmung des weiteren Vorgehens und sollte daher unbedingt durchgeführt werden (Bundesärztekammer (BÄK) *et al.*, 2017). Nach gesicherter Diagnose sollte zunächst eine kausale Therapie durchgeführt werden, um die möglichen Ursachen zu beseitigen. Darunter fallen operative, katheterinterventionelle oder medikamentöse Therapien (s. Tabelle 2). Des Weiteren wird eine medikamentöse Therapie durchgeführt, die sich nach den Symptomen, der NYHA Klassifizierung und dem HI Typus (Links oder Rechtsherzinsuffizienz, HFrEF oder HFpEF) richtet. Die Medikation basiert bei HFrEF auf ACE-Hemmern, Betablockern und Mineralokortikoidrezeptorantagonisten zur

Prognoseverbesserung sowie Diuretika zur Symptomlinderung (s. Tabelle 3). Bei einer HFrEF wird empfohlen, die vorliegenden Komorbiditäten zu behandeln und bei Zeichen einer Flüssigkeitsretention Diuretika anzuwenden (Bundesärztekammer (BÄK) *et al.*, 2017).

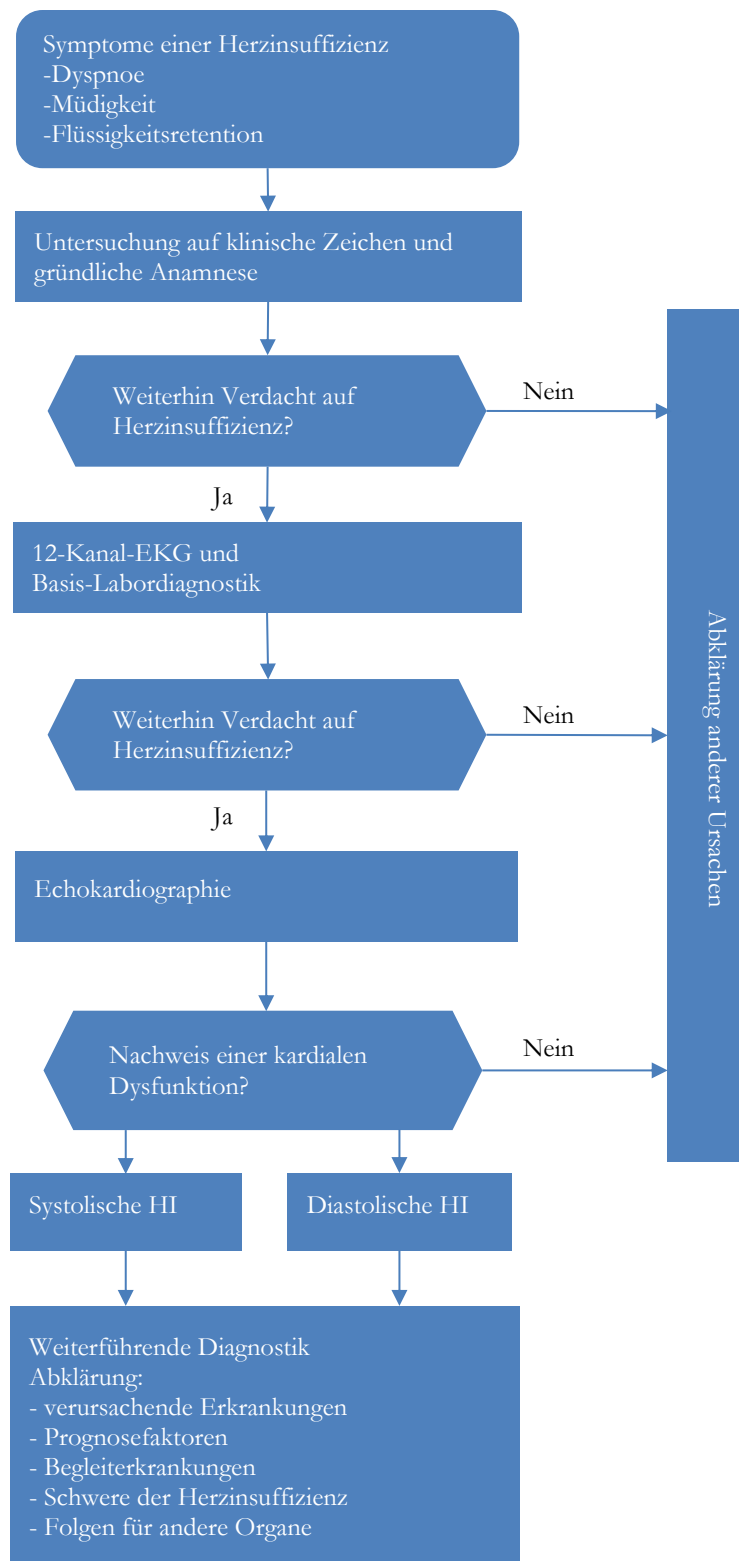


Abbildung 1, Klinischer Algorithmus zur Diagnostik der chronischen Herzinsuffizienz, ÄZQ, 2017

Tabelle 2, Mögliche kausale Therapieansätze, DEGAM, 2006

Ätiologie	Interventionsbeispiele
Arterielle Hypertonie	Antihypertensive Therapie
KHK mit ischämischem Myokard	Myokardrevaskularisation (Bypass-OP, Angioplastie)
Angeborene / erworbene Vitien	OP, Ballonvalvuloplastie
Perikarderguss, -konstriktion	Perikardpunktion, operative Perikardektomie
Tachykardie	Antiarrhythmika, Kardioversion, Katheterablation (z.B. bei Vorhofflimmern)
Bradykardie	Schrittmachertherapie
Schilddrüsenfunktionsstörungen: Hyper- oder Hypothyreose	Varia zur Erzielung einer Euthyreose
Alkoholtoxische Kardiomyopathie	Alkoholkarenz, ggf. Entzugsbehandlung
Chronische Anämie	Anämieabklärung und -korrektur

Tabelle 3, Medikamentöse Stufentherapie bei HI mit reduzierter LVEF, ÄZQ, 2017

		NYHA I	NYHA II	NYHA III	NYHA IV
prognoseverbessernd	ACE-Hemmer	indiziert			
	Angiotensinrezeptorblocker	bei ACE-Hemmer Intoleranz			
	Betarezeptorenblocker	nach Myokardinfarkt oder bei Hypertonie	indiziert		
	Mineralokortikoidrezeptorantagonisten		indiziert		
	Ivabradin		bei β -Blocker Intoleranz oder additiv bei Patient*innen mit HF $\geq$ 75/min		
symptomverbessernd	Sacubitril/Valsartan		als ACE-Hemmer/ARB-Ersatz bei persistierender Symptomatik		
	Diuretika		bei Flüssigkeitsretention	indiziert	
	Digitalisglykoside			bei Sinusrythmus als Reservemittel	
		bei nicht beherrschbarem tachyarrhythmischem Vorhofflimmern			

Die nicht-medikamentöse Therapie der HI sollte außerdem nicht vernachlässigt werden. Diverse Maßnahmen wie körperliches Training, Salz- und Flüssigkeitsreduktion und Gewichtsabnahme werden von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) empfohlen (DEGAM, 2006). Zusätzlich sollten Risikofaktoren wie Rauchen oder Alkoholkonsum aufgegeben oder soweit wie möglich reduziert werden. Um Komplikationen wie akute Dekompensationen zu vermeiden, ist es von großer Bedeutung, dass Patient*innen adäquat und ausreichend therapiert und informiert werden.

Die HI ist folglich eine medizinisch und gesellschaftlich relevante, aber auch komplexe Krankheit, die auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden kann und bei inadäquater Diagnostik und Therapie schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen mit sich bringt.

1.1.3 Risikofaktoren und beeinflussende Faktoren für den Outcome⁴ der HI

Als Risikofaktoren für eine HI sind kardiovaskuläre Faktoren wie Brady- oder Tachykardie, akutes Koronarsyndrom oder Myokarditis sowie nicht kardiovaskuläre Krankheitsbilder wie Hyper- oder Hypothyreoidismus, Anämie oder COPD (chronic obstructive pulmonary disease) bekannt. Hinzukommend zu diesen zwei Kategorien werden oft zusätzliche Faktoren wie Alter, Geschlecht, Mehrgewichtigkeit oder Rauchen aufgeführt (s. Tabelle 4) (Bui *et al.*, 2011). In einer bedeutenden Studie aus dem Jahr 2011, in der Daten von 4128 Patient*innen erhoben wurden, konnten ein hohes Alter, hohe NT-proBNP Werte, Diabetes mellitus, vorherige Krankenhausaufenthalte, pulmonale Krankheiten und eine hohe GFR als determinierende Faktoren für ein schlechtes Outcome der HI identifiziert werden (Komajda *et al.*, 2011).

Tabelle 4, Established and hypothesized risk factors for HF, (Bui *et al.*, 2011)

Major clinical risk factors	Age, male sex, hypertension, LV hypertrophy, myocardial infarction, valvular heart disease, obesity, diabetes
Minor clinical risk factors	Smoking, dyslipidaemia, chronic kidney disease, albuminuria, sleep-disordered breathing, anaemia, increased heart rate, dietary risk factors, sedentary lifestyle, low socioeconomic status, psychological stress
Immune-mediated	Peripartum cardiomyopathy, hypersensitivity
Infectious	Viral, parasitic (Chagas disease), bacterial
Toxic risk precipitants	Chemotherapy (anthracyclines, cyclophosphamide, 5-FU), targeted cancer therapy (trastuzumab, tyrosine kinase inhibitors), cocaine, NSAIDs, thiazolidinediones, doxazosin, alcohol
Genetic risk predictors	SNP (e.g. $\alpha 2CDe1322-325$, $\beta 1Arg389$), family history, congenital heart disease
Morphological risk predictors	Increased LV internal dimension, mass, asymptomatic LV dysfunction
Biomarker risk predictors	Immune activation (e.g. IGF1, TNF, IL-6, CRP), natriuretic peptides (e.g. BNP and NTBNP), high sensitivity cardiac troponin

⁴ Der hier verwendete Begriff Outcome wird in der Literatur „als Konstrukt aus verschiedenen Ergebnismassen, verschiedenen Endpunkten mit einer krankheitsspezifischen Gewichtung zu verstehen, welches die Bedürfnisse des individuellen Patienten und der Gesellschaft reflektiert. Im modernen, integrierten Outcome-Konzept schließt das Gesamtbild daher nicht nur Messgrößen ein, die objektiv zu erfassen sind (z.B. Mortalität, Morbidität, Liegezeiten), sondern auch solche, die sich am subjektiven Erleben und Verhalten von Patienten orientieren (z.B. funktioneller Status, Ausmaß von Schmerz, emotionale Gesundheit)“ (Kopp *et al.*, 2003)

Während Studien die Bedeutung einer frühen Diagnostik und zügigen Initiierung der Behandlung für die akute HI hervorheben (Ponikowski *et al.*, 2016; Farmakis *et al.*, 2015), konnten keine Studien hinsichtlich dieses Themas zur chronischen HI gefunden werden. Dabei fällt auf, dass sich zahlreiche erhobene Faktoren stark auf das Verhalten und die Komorbiditäten der betroffenen Patient*innen beziehen und dass der Einfluss der Behandelnden kaum beleuchtet wird (Komajda *et al.*, 2011; Bui *et al.*, 2011; Dunlay *et al.*, 2009). Weder in der aufgeführten Literatur von Bui noch von Komajda wird der Einfluss von Ärzt*innen in der Einschätzung von Risiko und Outcome berücksichtigt. Es besteht allerdings die Möglichkeit, dass die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen bei der Diagnostik der HI eine Rolle spielen könnte. Wenn dies der Fall sein sollte, wäre es durchaus möglich, die späte Erkennung und Behandlung der HI als einen Risikofaktor – nicht im Sinne eines Faktors, der zur Krankheit führt, sondern eines Faktors, der das Outcome verschlechtert – zu betrachten.

1.1.4 Relevanz hausärztlicher Entscheidungsfindung

Die hausärztliche Entscheidungsfindung scheint dabei ein determinierender Faktor für das Gelingen der Diagnostik und Therapie einer HI zu sein: mehr als 60% der Patient*innen mit HI werden in Deutschland im niedergelassenen Bereich diagnostiziert (Störk *et al.*, 2017), wobei Hausarzt*innen häufig auch die ersten Ansprechpersonen sind (ebd.). Die SHAPE-Studie zeigt, dass 75% der Hausarzt*innen die Diagnose HI nur anhand von Symptomen stellen, wohingegen 92% der Kardiolog*innen leitliniengerecht zusätzliche Untersuchungen durchführen (Remme *et al.*, 2008). Dazu kommt, dass die Entscheidungsfindung fachübergreifend insgesamt stark fehleranfällig ist; geschätzte 15% der Diagnosen, die durch Ärzt*innen gestellt werden, sind falsch und werden durch unbewusste Faktoren („*Visceral Bias*“, „*Attribution Error*“, „*Anchoring*“, „*Overconfidence*“) beeinflusst (Gäbler, 2017). Diese vielfältigen Bias können wiederum einen erheblichen Einfluss auf die darauffolgende Therapie haben (s. Tabelle 5). Dabei können zusätzlich verschiedene Faktoren wie Alter bzw. Erfahrung und Geschlecht der Ärzt*innen die Entscheidungsfindung beeinflussen (Adams *et al.*, 2008; Choudhry *et al.*, 2005). Adams *et al.* beschreiben beispielsweise, dass Ärztinnen teilweise andere Entscheidungen bei der Diagnose von KHK treffen als ihre männlichen Kollegen. Bei der Studie von Choudhry *et al.* zeigten sich Unterschiede in der Qualität der Versorgung abhängig von der Erfahrung der behandelnden Ärzt*innen.

Tabelle 5, Auswahl häufiger Bias mit Erläuterung (s. Gäbler, 2017)⁵

Anchoring	Mensch nimmt eine bestimmte Information wichtiger wahr als sie ist, hält daran fest und übersieht dadurch andere Fakten. Dies hängt manchmal mit der Spezialisierung zusammen, durch die mensch auf einen bestimmten Bereich fixiert ist. Beispielhaft dafür ist die oft kolportierte Geschichte des*der Patient*innen, der*die mit Oberbauchschmerzen an eine Gastroenterologie kommt und bei dem mensch erst nach einer unauffälligen Gastroskopie den Myokardinfarkt als eigentliche Ursache entdeckt
Attribution Error	Mensch schiebt den Grund für eine Beschwerde auf ein Persönlichkeitsmerkmal oder eine Patient*innengruppe und nimmt deswegen Symptome nicht ernst. Typische Schlagwörter, die dabei (unbewusst) verwendet werden sind, „wehleidig“, „lästig“, „alkoholkrank“, „vegetativ überlagert“ oder „depressiv“. Der wenig professionelle Ausdruck der „lästigen Patient*innen“, drückt zwei Dinge aus. Einerseits, dass die Beschäftigung mit diesen Patient*innen mühsam ist und mensch andererseits meistens nicht weiß oder versteht, was das Problem ist, weshalb mensch die Beschwerden einem Charaktermerkmal zuschreibt. Ein weiterer Attribution Error ist die Nichtbeachtung von Symptomen aufgrund des Alters der Patient*innen, die dann (manchmal auch berechtigt) von Patient*innen und Ärzt*innen als „Altersbeschwerden“ hingenommen werden. Wenn jedoch aufgrund des chronologischen Alters (bewusst oder unbewusst) diagnostische oder therapeutische Maßnahmen vorenthalten werden, die jüngere Patient*innen mit der gleichen Präsentation bei identischer biopsychosozialer Fitheit bekommen würden, entspricht dies einer, als „Ageism“ bezeichneten Diskriminierung
Visceral Bias	Gute oder schlechte Gefühle gegenüber Patient*innen beeinflussen die Entscheidungen im Sinn einer Übertragung und Gegenübertragung. Wenn einem das Gegenüber sympathisch ist, kann es dazu führen, dass mensch in der Abklärung bestimmte Tests nicht macht, die invasiv sind oder eine schwerwiegende Konsequenz haben, aber auch, dass mensch mehr macht, um alles auszuschließen. Typische negative Beeinflussungen geschehen u. a. durch Adipositas, Lebensstil, Suchterkrankung, psychiatrische Probleme oder ethnische Abstammung
Overconfidence	Das (übertriebene) Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten führt im besten Fall zu einer raschen korrekten Diagnose, im schlechtesten Fall verhindert es die Reevaluierung und Korrektur eines einmal eingeschlagenen falschen Weges. Dies betrifft Anfänger*innen und Erfahrene gleichermaßen. Wer sich zu sicher ist, wird wichtige Diagnosen übersehen. Ein Schlagwort dazu ist auch der*die „Overconfident-Learner“, der*die Anfänger*in, der*die glaubt, schon alles zu wissen

1.1.5 Gesundheitsversorgung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund

Wenn es um die Verbesserung der Versorgung und Senkung der Mortalität von Patient*innen mit HI geht, ist es im Sinne der Gleichbehandlung wichtig, die Gesamtheit der in Deutschland lebenden Bevölkerung einzubeziehen. Darunter fallen auch die 22,5% Menschen mit Migrationshintergrund und die davon größte Gruppe der 2,8 Millionen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (Statistisches Bundesamt, 2017). Dieser erhebliche Bevölkerungsanteil ist aufgrund vielfältiger Faktoren gesundheitlich benachteiligt: So berichten Razum et al. noch für 2008, dass

⁵ Die Tabelle wurde nachträglich mit Sternchen (*) gegendert

Menschen mit Migrationshintergrund insgesamt häufig einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, körperlich belastende Berufe ausüben, häufiger arbeitslos sind und im Vergleich zur Gesamtbevölkerung über eine schlechtere Wohnsituation verfügen (Robert-Koch-Institut, 2008).

Beachtenswert ist, dass diese benachteiligenden Faktoren bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund deutlich ausgeprägter sind als bei Menschen mit anderem Migrationshintergrund in Deutschland. Im Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes werden die Indikatoren „Bildung und Ausbildung, Erwerbsbeteiligung und Arbeitslosigkeit, Bezug von Sozialleistungen, Wohnsituation sowie wirtschaftlicher Situation“ genannt, um den sozioökonomischen Status einzuschätzen (Robert-Koch-Institut, 2008). Bei der Betrachtung dieser Indikatoren fällt auf, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in allen Kategorien zu einer der am stärksten benachteiligten Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund gehören.

Das Durchschnittseinkommen pro Kopf ist beispielsweise viel niedriger (944€) als das von Menschen ohne Migrationshintergrund (1541€) oder Menschen mit polnischem Migrationshintergrund (1298€, die zweitgrößte Gruppe von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland) (Statistisches Bundesamt, 2017). Darüber hinaus liegt die Armutsgefährdungsquote⁶ bei der Gesamtgruppe von Menschen mit Migrationshintergrund bei 28,0%, während sie auf 34,6% für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund steigt (ebd.). Auch der Anteil an Menschen mit türkischem Migrationshintergrund ohne Schul- oder berufsqualifizierendem Abschluss ist deutlich höher als bei anderen Gruppen: Während 4,4% bis 13,2% der fünf anderen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund mit den höchsten Anteilen an der Gesamtbevölkerung keinen Schulabschluss haben, steigt der Wert auf fast 20% bei Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (ebd.). Der Wert von 3,4% in der gesamten Bevölkerung in Deutschland macht diese Diskrepanz noch deutlicher (Statistisches Bundesamt, 2017). Ein ähnliches Bild zeichnet sich ab, wenn die Prozentzahl an Menschen ohne berufsqualifizierenden Abschluss betrachtet wird. Fast 40% der Menschen mit türkischem Migrationshintergrund haben keinen

⁶ In Deutschland werden jene Menschen als armutsgefährdet bezeichnet, deren verfügbares Einkommen weniger als 60% des Durchschnittseinkommens beträgt.

berufsqualifizierenden Abschluss, und liegen damit wieder vorne im Vergleich mit den anderen größten Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund (ebd.).

Die medizinische Relevanz des sozioökonomischen Status einer Person zeigt sich darin, dass Menschen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status kränker sind/werden als Menschen aus höheren sozioökonomischen Schichten (Lampert *et al.*, 2016; Robert-Koch-Institut, 2015). Unter anderem ist das Risiko für chronische Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes oder Depression signifikant erhöht (Busch, Schienkiewitz, *et al.*, 2013; Busch, Maske, *et al.*, 2013; Gößwald *et al.*, 2013; Heidemann *et al.*, 2013). Es ist also davon auszugehen, dass Menschen mit türkischem Migrationshintergrund besonders aufgrund ihrer starken sozialen Benachteiligung deutlich von gesundheitlicher Ungleichheit betroffen sind.

Diese Realität hat einen direkten Einfluss auf die Gesundheit und wird von dem schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem, der unter anderem durch eine möglicherweise vorhandene Sprachbarriere, kulturelle Unterschiede und unterschiedliche Krankheitskonzepte bedingt ist, verstärkt (Razum *et al.*, 2004). Darüber hinaus wirken Diskriminierungserfahrungen als Stressoren auf die psychische und physische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund (Igel *et al.*, 2010) und spielen dadurch auch eine Rolle bei der insgesamt ungleichen Gesundheitslage. Der Zusammenhang zwischen Diskriminierung und Gesundheit wird durch Igel passend zusammengefasst:

Das heißt, Diskriminierungserfahrungen wirken nicht nur direkt als akuter oder chronischer Stressor auf das Wohlbefinden der Betroffenen ein, sondern auch indirekt über die mit der Benachteiligung verbundenen sozialen und ökonomischen Verhältnisse. (Igel et al., 2010, S.183f)

Auch wenn die dargelegten Faktoren nicht unbedingt mit der ärztlichen Entscheidungsfindung zusammenhängen, machen sie die deutliche Benachteiligung von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund sichtbar und begründen somit die Auswahl dieser Patient*innengruppe für die vorliegende Studie. Außerdem wird die Frage aufgeworfen, ob die ärztliche Entscheidungsfindung auch ergänzend zu den bereits bekannten multiplen beeinflussenden Faktoren (wie z.B. der Zugang) mitwirkend sein könnte und somit auch die beachtliche gesundheitliche Benachteiligung von Menschen mit Migrationshintergrund verstärkt.

1.1.6 Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und HI

Die Recherche zu diesem Dissertationsvorhaben hat gezeigt, dass es offenbar nur wenige Studien gibt, die sich der Frage widmen, ob der Migrationshintergrund von Patient*innen mit Herzinsuffizienz einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf hat. Dabei ist zu beachten, dass es keine direkte Korrelation zwischen HI und Migrationshintergrund gibt: anders als beispielsweise das Alter, hat der ‚Migrationshintergrund‘ keinen physiologischen Einfluss auf die Krankheitsentstehung oder -entwicklung, sondern kann vielmehr als Indikator für andere gesundheitsbeeinflussende Faktoren fungieren.

In den USA wurde beispielsweise gezeigt, dass Schwarze⁷ mit HI schlechter versorgt werden, obwohl sie häufiger an HI erkranken als Weiße⁸ (Puckrein *et al.*, 2015). Bei dieser benachteiligten Patient*innengruppe war sowohl die Compliance⁹ geringer (Wu *et al.*, 2010) als auch das Wissen über die Krankheit (Dickson *et al.*, 2015). Es erscheint hier naheliegend, die Verantwortung für diese Versorgungsunterschiede bei den Patient*innen zu suchen, indem angenommen wird, dass diese für die unzureichende Einhaltung der Therapie und das geringere Krankheitswissen – zumindest zum Teil – selbst verantwortlich sind. Viel wichtiger ist es jedoch, dabei auch die zugrundeliegenden Mechanismen, die zu solchen Unterschieden führen können, nicht außer Acht zu lassen. Gerade in den USA nimmt beispielsweise der sozioökonomische Status eine entscheidende Rolle ein:

Whether measured by income, education, or occupation, socioeconomic status (SES) is a strong predictor of variations in health. Americans with low SES have levels of illness in their thirties and forties that are not seen in groups with higher SES until three decades of age later. All of the indicators of SES are strongly

⁷ Dies ist „die politisch korrekte und vor allem selbst gewählte Bezeichnung für Schwarze Menschen“ (Sow, 2018, S.26). In der genannten Studie ist es relevant eine Unterscheidung zwischen als Schwarz und Weiß gelesenen Menschen zu ziehen, da Unterschiede in der Versorgung erforscht werden. Davon soll schwarze oder weiße ‚Hautfarbe‘ abgegrenzt werden. Dies stellt ein gesellschaftliches binäres Konstrukt dar, welches hinterfragt werden sollte. Die menschliche Hautfarbe bewegt sich auf einem Spektrum und lässt sich nicht als ‚schwarz‘ oder ‚weiß‘ definieren. So sind die Begriffe Schwarz und Weiß keine Hautfarben, sondern politische Begriffe, die gesellschaftliche Konstrukte widerspiegeln/sichtbar machen sollen.

⁸ In der vorliegenden Arbeit wird Weiß als politischer Begriff kursiv und mit großem „W“ geschrieben, um das Privileg und nicht die ‚Hautfarbe‘ (s. Fußnote 7) zu kennzeichnen (s. kritische Weißseinforschung, (Arndt, 2006))

⁹ Compliance geht mit einer hierarchischen dominierenden Positionierung des Behandelnden gegenüber seine*r Patient*innen einher. Seit mehr als zehn Jahren wird das Entscheidungsmodell von Adhärenz empfohlen, was die hierarchische Komponente von Compliance nicht beinhaltet und die Herausforderung der Patient*innen, sich an strikte Therapien zu halten, anerkennt (Aronson, 2007).

patterned by race, such that racial differences in SES contribute to racial differences in health (Williams and Jackson, 2005, S.327)

Die oben genannten Studien geben zwar Hinweise darauf, dass die Zugehörigkeit zu bestimmten institutionell benachteiligten Gruppen ein möglicher Einflussfaktor ist, der zur ungleichen Versorgung bei einer HI führen kann, sie zeigen jedoch nicht auf, was ursächlich dafür sein könnte – weder aufseiten der Patient*innen noch seitens der Ärzt*innen. So fehlen beispielsweise Studien zum Einfluss des Migrationshintergrundes auf die ärztliche Entscheidungsfindung bei HI. Hier kann auf die Studie von Adams et al. verwiesen werden, die ein sehr ähnliches Studienmodell wie die Studie aufwies, in die diese Dissertation eingegliedert ist (DISPAR-HF, s. Kapitel 2). Adams et al. konzentrierten sich auf Geschlechterunterschiede von Behandelnden und Patient*innen bei der Entscheidungsfindung für die Diagnose einer KHK in den USA und im Vereinigten Königreich. Anhand eines multifaktoriellen Systems wurden aber auch andere Faktoren wie das Alter (55/75 Jahre alt), der sozioökonomische Status (Putzfachkraft/Lehrkraft) und die gelesene ‚Hautfarbe‘¹⁰ (Schwarz/Weiß) miteinbezogen (Adams et al., 2008). In der Publikation werden nur die Ergebnisse zum Einfluss des Geschlechts ausgewertet, aber die Relevanz von unterschiedlichsten sozialen Determinanten für die ärztliche Entscheidungsfindung wird deutlich. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme (Vereinigte Staaten, Vereinigtes Königreich und Deutschland), der Migrationsgeschichte des Landes und der verschiedenen Schwerpunkte der Ursprungsländer von Menschen mit Migrationshintergrund, ist es allerdings kaum möglich, die damit verbundenen Einflussfaktoren auf die ärztliche Entscheidungsfindung gleichzusetzen. Daher scheint es notwendig, auf Deutschland bezogene Untersuchungen zu dieser Thematik durchzuführen, um die aktuelle Lage zu beleuchten. Die Literaturrecherche ergab ferner, dass derzeit eine Datengrundlage zur Versorgung von an HI erkrankten Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund in Deutschland fehlt.

1.1.7 Ursprung und Kritik des Begriffs „Migrationshintergrund“

Bevor die Fragestellung vorgestellt wird, gilt es zuerst, sich mit dem zentralen Begriff ‚Migrationshintergrund‘ auseinanderzusetzen. Dieser wird nämlich in dieser Arbeit, in

¹⁰ Zum Begriff Hautfarbe s. Fußnote 7

der Alltagssprache und in der Literatur wiederholt angewendet. Die Definition von ‚Migrationshintergrund‘ ist relativ willkürlich, da die Festlegung, nach welcher Generation die eigene oder familiäre Migrationserfahrung an Bedeutung verliert, unbegründet stattfindet. Insofern ist der ‚Migrationshintergrund‘ ein gesellschaftliches Konstrukt, das durchaus hinterfragbar und kritisierbar ist. Im Folgenden soll deshalb die Entwicklung der Definition und die Anwendung im Rahmen der hier vorgestellten Arbeit dargelegt werden, um eine informierte Auseinandersetzung mit dem Thema zu ermöglichen.

Vorerst wird die Entstehung des Begriffes vorgestellt. Die Einführung erfolgte in der deutschen wissenschaftlichen Literatur erstmals vor zwanzig Jahren im zehnten Kinder- und Jugendbericht (Boos-Nünning, 1998). Scarvaglieri und Zech kritisierten 2013, dass mit der Schaffung dieses Begriffs keine Definition verbunden war und somit kein inklusives Ziel verfolgt wurde, sondern vielmehr „Menschen mit Migrationshintergrund“ als nicht zugehörig dargestellt wurden:

[Im Bericht von Boos-Nünning wird] „Migrationshintergrund“ [...] weder definiert noch als statistische Kategorie eingeführt. Seine Verwendung scheint eher stilistisch, nicht analytisch, motiviert, „Menschen mit Migrationshintergrund“ wird mit Ausdrücken wie ‚Ausländer‘ oder ‚ausländischer Herkunft‘ variiert, die gesellschaftliche Gruppe, auf die Bezug genommen wird, ist aber jeweils die gleiche. ‚Migrationshintergrund‘ führt ursprünglich also keine neue sozialwissenschaftliche Unterscheidung ein, erfasst nicht alle Menschen mit nicht-deutschen Wurzeln, sondern dient als ein Synonym für ‚Ausländer‘.“ (Scarvaglieri and Zech, 2013, S.206)

Im Jahr 2000 operationalisierte sich der Begriff, als die PISA (Programme for International Student Assessment) Studie den Migrationshintergrund der Schüler*innen erfasste und Kriterien (abhängig von der eigenen Migrationsgeschichte sowie die der Eltern) dafür festlegte. Das statistische Bundesamt legte dann im Jahr 2003 die bis heute gültige Definition von „Migrationshintergrund“ vor:

„Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist. Zu den Personen mit Migrationshintergrund gehören im Einzelnen alle Ausländer, (Spät-)Aussiedler und Eingebürgerten. Ebenso dazu gehören Personen, die zwar

mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren sind, bei denen aber mindesten ein Elternteil Ausländer, (Spät-)Aussiedler oder eingebürgert ist.“ (Statistisches Bundesamt, 2017)

Fächerübergreifend wurde im Forschungskontext durch die parallele Entstehung verschiedener Definitionen ein uneinheitlicher Gebrauch geschaffen. Der fehlende Abgleich der darin jeweils festgelegten Kriterien führte zu statistischen Fehlern und verringerte die Aussagekraft dieser Kategorisierung und der damit verbundenen Forschungsergebnisse und Statistiken. Beispielsweise wurden die PISA Definitionskriterien für den Migrationshintergrund zwischen 2000 und 2003 verändert. Im ersten Bericht wurden Kinder mit ausschließlich einem ausländischen Elternteil zur Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund gezählt. Dies änderte sich 2003: Nur Kinder mit zwei ausländischen Eltern wurden in die Kategorie aufgenommen. Dieser Wechsel hatte als Konsequenz, dass die Prozentzahl der Kinder mit Migrationshintergrund zwischen 2000 und 2003 künstlich von 27,2% auf 20,9% sank (Settelmeyer and Erbe, 2010).

Tabelle 6, Verwendungen von „Migrationshintergrund“ in den IdS-Zeitungskorpora (Scarvaglieri and Zech, 2013)

	BZ	HAZ	HHMo	MM	NN	NZ	RHZ
2001	k.A.	k.A.	k.A.	1	2	k.A.	1
2002	k.A.	k.A.	k.A.	5	11	1	7
2003	k.A.	k.A.	k.A.	14	6	5	12
2004	k.A.	k.A.	k.A.	27	19	14	24
2005	8	k.A.	1	60	54	45	85
2006	89	k.A.	21	112	90	101	191
2007	138	55	33	160	132	133	332
2008	106	174	60	229	143	172	449
2009	119	135	34	267	156	152	416

Legende: BZ *Braunschweiger Zeitung*, HAZ *Hannoversche Allgemeine*, HHMo *Hamburger Morgenpost*, MM *Mannheimer Morgen*, NN *Nürnberger Nachrichten*, NZ *Nürnberger Zeitung*, RHZ *Rhein Zeitung*, IdS *Institut für deutsche Sprache*

Inzwischen hat der Begriff Einzug in den alltäglichen Sprachgebrauch gefunden und wird in den Medien allgegenwärtig und mit zunehmender Tendenz verwendet (s. Tabelle 6). Mit der Verwendung des Begriffs ‚Migrationshintergrund‘ geht es zunächst um

Differenzierung, was damit jedoch implizit verbunden ist, ist eine Form der Abgrenzung von Menschen ohne Migrationshintergrund, die als Normalität vorausgesetzt werden. Dabei ist es letztlich irrelevant, was für einen Migrationshintergrund eine Person per definitionem hat (oder nicht hat); oft wird ihr ein Migrationshintergrund aufgrund ihres Aussehens und anderen definierten Kriterien zugeschrieben (beispielsweise Akzent/Sprache, Hautfarbe).

Die Einteilung von Menschen in die „superdiverse Großgruppe“ (El-Mafaalani, 2017, S.472) des Konstrukts Migrationshintergrund ist jedoch grundlegend hinterfragbar, da es sich dabei um eine Fremdzuschreibung handelt und keine Identifizierung mit dem genannten Begriff von der betroffenen Bevölkerung erfolgt. „Der Zweck des Ausdrucks ‚Migrationshintergrund‘ ist es, die Gruppe der Fremden, Anderen, Nicht-Deutschen von der Gruppe der Deutschen zu unterscheiden“ (Scarvaglieri and Zech, 2013, S.219). An diesem Punkt ist es aber auch notwendig darauf hinzuweisen, dass die ‚Gruppe der Deutschen‘ und die ‚Gruppe der Fremden‘ sich nicht unbedingt durch ihre Nationalität unterscheiden, da viele Menschen mit Migrationshintergrund die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Vielmehr weist Arndt darauf hin, dass mit dem Begriff der Bezug zum *Weißsein* hergestellt wird, was jedoch keine ‚Hautfarbe‘ beschreibt, sondern ein mit Bezug auf den Kolonialismus gewachsenes, historisches, gesellschaftliches Konstrukt sowie eine Machtposition in einer institutionell¹¹ rassistischen Gesellschaft, die mit Privilegien einhergeht:

„Im Rahmen der Critical Whiteness Studies wird weder von der Existenz einer weißen Kultur ausgegangen, noch wird Weißsein als Synonym für Pigmentierung oder Komplexion angesehen. [...] Es geht nicht um Sichtbarkeit oder Natur, sondern um hergestellte, interpretierte und praktizierte Sichtbarkeit. [...] In diesem Sinne ist Weißsein dann auch nicht an Herkunft gebunden, sondern an Gewordensein und am ehesten über den Begriff der Position zu erfassen. Weißsein

¹¹ Zusätzlich zur individuellen Diskriminierung lassen sich zusätzliche Diskriminierungsformen ausarbeiten, die einen breiteren Blick auf die Thematik ermöglichen. Somit versucht „der Ansatz der institutionellen Diskriminierung [...], von der Analyse der Wirkungsweisen rassistisch differenzierter Gesellschaften ausgehend, das Untersuchungsfeld auch auf weitere Formen der Ungleichheit und Diskriminierung auszudehnen. Zur Erklärung von Ungleichheitsphänomenen wird der Blick weggelenkt von den betroffenen oder beteiligten Individuen und neu ausgerichtet auf die soziale Strukturierung diskriminierender Handlungen und ihre Einbettung in institutionelle und organisatorische Kontexte. [...] Die Ursachen von Ungleichheit sind eingebettet in die Strukturen, Normen, reguläre und informelle Regeln und Rollen, sie sind sedimentiert in soziale Positionen und den damit verbundenen Rechten und Pflichten. Das gilt für eine Vielzahl sozialer, ökonomischer und politischer Institutionen in modernen Gesellschaften.“ (Gomolla and Radtke, 2007, S.43)

liest sich als Subjekt und Motor von Rassialisierungsprozessen¹² – als historisch und kulturell geprägte symbolische und soziale Position, die sich auch unabhängig von Selbstwahrnehmungen und jenseits offizieller Institutionen manifestiert. “(Arndt, 2006, S.14)

Zusätzlich zu den kritischen Konsequenzen des uneinheitlichen Gebrauchs des Begriffs in der Wissenschaft (wie die z.B. deutliche unterschiedlichen Ergebnisse in der PISA-Studie) und im Alltag, ist diese Fremdzuschreibung also auch als ein Instrument zur Machtpositionierung und zur Demonstration der Überlegenheit geeignet.

Während dieser Begriff theoretisch auch ein wissenschaftliches Instrument zum Sichtbarmachen von Ungleichheiten sein könnte, kann dieser Nutzen allgemein hinterfragt werden. Tatsächlich erfasst das Statistische Bundesamt nicht die Realität der Fremdzuschreibung in der Gesellschaft durch seine Definition, sondern bedient sich willkürlich ausgewählten Kriterien, um ein Konstrukt zu schaffen, welches nicht mal aussagekräftig ist. Die Idee, dass der Begriff ‚Migrationshintergrund‘ helfen könnte, institutionelle Diskriminierung wissenschaftlich sichtbar zu machen, ist verständlich, aber unrealistisch:

„An sich wird das Risiko ungleich behandelt zu werden, nicht durch den Migrationshintergrund, sondern eher durch ‚bestimmte Nationalitäten, Religionen, angenommene kulturelle Unterschiede, das Aussehen (im Sinne

¹² Der Prozess der „Rassifizierung – auch bezeichnet als Rassialisierung oder Rassisierung – bezieht sich auf die Wissensebene von Rassismus. Rassifizierung beschreibt sowohl einen Prozess, in dem rassistisches Wissen erzeugt wird, als auch die Struktur dieses rassistischen Wissens. Im Einzelnen umfassen Prozess und Struktur die Kategorisierung, Stereotypisierung und implizite Hierarchisierung von Menschen. Dabei werden historisch variablen wahrnehmbaren und nicht wahrnehmbaren körperlichen (z. B. Hautfarbe, Schädelform), soziologischen (z. B. Kleidung), symbolischen und geistigen (z. B. Einstellungen und Lebensauffassungen) sowie imaginären Merkmalen (z. B. okkulte Fähigkeiten) Bedeutungen zugewiesen. Dies geschieht, indem erstens mit Hilfe dieser Merkmale gesellschaftliche Gruppen definiert – also kategorisiert – werden. Aufgrund der ausgewählten Merkmale erscheinen die konstruierten Gruppen als naturgegebene Einheiten, die sich biologisch reproduzieren. In einem zweiten Schritt der Bedeutungszuweisung wird das Wesen der konstruierten Fremdgruppe(n) bestimmt und ihnen stereotype Eigenschaften zugeschrieben (Stereotypisierung) – auch sie können wieder der Kategorisierung dienen. Durch die Stereotypisierung wird spiegelbildlich das Wesen der konstruierten Eigengruppe festgeschrieben. Rassismus und Rassifizierung lassen sich nicht voneinander trennen. Denn im Prozess der Rassifizierung ist die hierarchisierende Bewertung der konstruierten Gruppen implizit enthalten – und zwar sowohl in den Merkmalen, mit deren Hilfe die Gruppen unterschieden werden, als auch in den Eigenschaften, die den Gruppen zugeschrieben werden. Denn in der Wahl der Merkmale und der Maßstäbe, nach denen die Gruppen verglichen werden (z. B. nach Schönheitsidealen oder nach dem erreichten Stand kapitalistischer ‚Entwicklung‘), liegt daher bereits ein Akt der Macht. In ihm verbergen sich Herrschaftsinteressen. Denn das erzeugte Wissen rechtfertigt rassistische Handlungen und verarbeitet sie gleichzeitig gleichsam ‚theoretisch‘.“ (Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e.V., 2019)

biologisch-rassistischer Klassifikationen) oder die Sprache (Sprachkompetenz/Akzent)‘ gesteigert“ (El-Mafaalani, 2017, S.470).

Aufgrund der Uneindeutigkeit und der problematischen Verwendung der Bezeichnung ‚Migrationshintergrund‘ wird in diese Arbeit immer (trotz der zusätzlichen Sperrigkeit) ‚angenommener Migrationshintergrund‘ geschrieben, wenn dieser nicht explizit aus der Definition des statistischen Bundesamtes hergeleitet wird¹³. Dies soll darauf hinweisen, dass die von den Ärzt*innen in der Studie benutzte Kategorisierung des Migrationshintergrundes aufgrund von äußerlichen Merkmalen angenommen wird. Der Zusatz ‚angenommen‘ im Titel dieser Arbeit („Einfluss des angenommenen türkischen Migrationshintergrundes von Patient*innen auf die Entscheidungsfindung von Hausärzt*innen bei der Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz“) soll genau diese Diskrepanz verdeutlichen: Diskriminierung erfolgt nicht aufgrund des künstlich erschaffenen Konzepts ‚Migrationshintergrund‘ sondern aufgrund von diversen (meist) äußerlichen Merkmalen, die im Alltagsgebrauch mit einem Migrationshintergrund assoziiert werden (El-Mafaalani, 2017, S.475). Es ist auf diesem Grund wichtig zu beachten, dass im Laufe der Dissertation der Begriff ‚Migrationshintergrund‘ weiterhin verwendet wird und damit der alltagsgebräuchlichen (rassistischen) Auffassung entspricht. Das heißt, wenn in den hier behandelten Video-Fallvignetten, von Patient*innen mit ‚Migrationshintergrund‘ gesprochen wird, wird eigentlich nur anhand der oben genannten Kriterien angenommen, dass einer vorliegt. Damit wird ein rassistisches Denken reproduziert und die institutionell diskriminierende Wahrnehmung gespiegelt, wodurch diese Patient*innen in der Gesellschaft als ‚anders‘ wahrgenommen und behandelt werden. Diese Einführung in den Ursprung des Begriffs sowie in die Kritik an ebendiesem, verdeutlicht somit, wie wichtig Sprache ist und welche Inhalte sie transportieren kann¹⁴. Gleichzeitig wird versucht den Gebrauch vom Wort ‚Migrationshintergrund‘ innerhalb dieser Arbeit transparent darzustellen und die Reproduzierung von o.g. Fremdzuschreibungen kritisch zu hinterfragen.

¹³ So wird beispielsweise ‚Migrationshintergrund‘ bei der statistischen Erfassung der Armutsgefährdungsquote geschrieben. Wenn die Interviewten sich aber auf die in den Videovignetten gezeigten Patient*innen beziehen und vom ‚Migrationshintergrund‘ reden, wird in dieser Arbeit ‚angenommener Migrationshintergrund‘ geschrieben (da in diesem Fall der Migrationshintergrund nur zugeschrieben wird und nicht über die Erfassung der Herkunft der Patient*innen und deren Eltern erfolgt).

¹⁴ Alternative Begriffe zur Fremdzuschreibung ‚Mensch mit Migrationshintergrund‘ können unter anderem Selbstbezeichnungen wie Person/People of Colour (PoC), Mensch mit Migrationsgeschichte oder auch Migrationsvordergrund („eine meist augenzwinkernd gemeinte Selbstbezeichnung von Menschen, deren Migrationshintergrund sichtbar ist“ (Neue Deutsche Medienmacher, 2019)) sein.

1.1.8 Zusammenfassung und Forschungsdesiderat

In Deutschland ist die HI eine durchaus relevante, gefährliche und komplexe Krankheit. Die Risikofaktoren und das Outcome dieser Erkrankung könnten unter anderem durch eine adäquate und rechtzeitige Diagnostik und Therapie verbessert werden, was den Einfluss von Ärzt*innen in der Prävention ähnlich wie den, der Patient*innen erscheinen lassen würde. In Anbetracht dessen, dass viele Patient*innen mit HI im niedergelassenen Bereich diagnostiziert werden, sind vor allem Hausärzt*innen Schlüsselfiguren in der Erkennung dieser Krankheit. Im Rahmen dieser Dissertation werden Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund in den Fokus der Untersuchung gestellt, da sie als größte Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem systematisch benachteiligt und diskriminiert werden (Robert-Koch-Institut, 2015) und stärker von Krankheiten wie der HI betroffen sind. Der Begriff ‚Migrationshintergrund‘ wird dabei kritisch hinterfragt und seine Benutzung im Laufe der Arbeit reflektiert. Durch diese vielfältigen Erkenntnisse aus dem aktuellen Forschungsstand, kristallisiert sich die Fragestellung dieser Dissertation heraus.

1.2 Fragestellung und Ziel der Arbeit

Die zuvor in Kapitel 1.1 dargestellten Zusammenhänge verdeutlichen, dass Formen von Diskriminierungen auch in der Diagnostik und Behandlung der HI-Symptomatik in Deutschland vorkommen können. Das heißt, dass der angenommene Migrationshintergrund von Patient*innen möglicherweise einen Einfluss auf das ärztliche Handeln und die Entscheidungsfindung haben kann. Ob und inwiefern dies vorkommt, soll daher in der hier vorgestellten Dissertation untersucht werden.

Der Fokuspunkt der Betrachtungen liegt daher nicht auf den Patient*innen, sondern auf den Ärzt*innen, indem der Frage nachgegangen wird, welche für die Diagnostik und Therapie relevanten Entscheidungen ärztlicherseits getroffen werden und welche bewussten und unbewussten Mechanismen dabei handlungsleitend sind. Die durchgeführte Analyse soll die Orientierungen der Ärzt*innen offenlegen, das bedeutet, dass handlungsleitende, implizite (atheoretische) Wissen abbilden. Diese Orientierungen, die im gemeinsamen Erfahrungsraum (vgl. konjunktives Wissen (Bohnsack *et al.*, 2013, Kap.1.4) vor allem mit Bezug auf das Geschlecht und die ärztliche Erfahrung untersucht

werden, sollen daraufhin zu Typen gebildet werden. Mit dem Geschlecht und der ärztlichen Erfahrung werden zwei soziale Erfahrungsräume herausgegriffen, die die Basis der soziogenetischen Typologie darstellen sollen. So wird in dieser Dissertation die Frage gestellt, welche Denkmuster einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen bei der Diagnostik und Therapie von Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund, welche eine HI-Symptomatik präsentieren, haben könnten.

2 Material und Methoden

Die hier vorgelegte Dissertation ist in das Projekt „Disparities in the diagnosis and treatment of women and men with heart failure (HF)“ (DISPAR-HF) eingegliedert, das das Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin in Kooperation mit dem Institut für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt hat. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und zielte darauf ab, mögliche Unterschiede in der Entscheidungsfindung von Hausärzt*innen sichtbar zu machen (Projektlaufzeit 07/2017 bis 12/2019).

DISPAR-HF ist eine multifaktorielle Studie, bei der Alter, angenommener Migrationshintergrund und Geschlecht (männlich oder weiblich) seitens der Patient*innen als mögliche Einflussfaktoren auf die ärztliche diagnostische und therapeutische Entscheidung bei HI unter Verwendung quantitativer und qualitativer Methoden untersucht wurden. Aufseiten der Ärzt*innen wird das Geschlecht und die fachärztliche Berufserfahrung (< 15 Jahre oder ≥ 15 Jahre) in den Blick genommen. Die hier vorgestellte Dissertation fokussiert den Aspekt der Entscheidungsfindung bei Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund und berücksichtigt dabei auf soziogenetischer Ebene (s. Kapitel 2.3.4) insbesondere das Alter und die fachärztliche Berufserfahrung in der Allgemeinmedizin der Ärzt*innen. Die vorliegende Arbeit greift einen Teilaspekt des DISPAR-HF-Projektes auf und soll einen tiefgreifenden Einblick in den, oft auch unbewussten, Prozess der Entscheidungsfindung von Hausärzt*innen ermöglichen mit dem Fokus auf den möglichen Einfluss des angenommenen Migrationshintergrundes. Dafür wurde ein Verfahren ausgewählt, welches die Durchführung einer intensiven und differenzierten Auseinandersetzung mit dem Gesagten der Interviewpartner*innen ermöglicht (s. Kapitel 2.2 zur Methodik des narrativen Interview und Kapitel 2.3.2 zur reflektierenden Interpretation).

Da es zwischen dem Projekt und der hier vorgestellten Dissertation viele methodischen Überschneidungen gibt, wird in den nächsten Unterkapiteln (Rekrutierung, Datenerhebung, Datenauswertung) immer erstmal die methodische Vorgehensweise bei DISPAR-HF vorgestellt, um dann anschließend die in dieser Arbeit angewandten Methoden zu präsentieren.

2.1 Rekrutierung (Zugang zum Feld)

Zur Erstellung der Grundgesamtheit der potenziell teilnehmenden Hausärzt*innen wurden aus der Datenbank des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin (IPA) 320 für die Studie geeignete Ärzt*innen in zufälliger Reihenfolge angeschrieben. Die Datenbank, auf die hier Bezug genommen wurde, besteht aus niedergelassenen Ärzt*innen in der KV-Region Hamburg (KV: Kassenärztliche Vereinigung) und Ärzt*innen, die in der Vergangenheit mit dem IPA kooperiert haben (z.B. im Rahmen einer Studie oder als Lehrpraxis). Kriterien für die Auswahl waren:

- Standort: der Standort sollte Hamburg oder das Hamburger Umland sein, jedoch keine weitere Großstadt, um mögliche standortbedingte (Stadt/Land) Unterschiede abbilden zu können
- Entfernung: da die Datenerhebung mit den Hausärzt*innen im persönlichen Kontakt erfolgte, sollten die Praxen gut erreichbar sein. Das heißt, die Anfahrtszeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln sollte maximal zwei Stunden betragen
- Auswahl der Ärzt*innen einer Praxis: Bei Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften wurde nur ein*e Ärzt*in zufällig ausgewählt und zur Teilnahme eingeladen¹⁵
- Hausärztliche Grundversorgung: diese sollte vorhanden sein und mehr als 50% der Arbeitszeit betragen, um möglichst praxisbezogene Ergebnisse zu erzielen

Alle 320 Hausärzt*innen wurden chargenweise per Brief und E-Mail (sofern vorhanden) angeschrieben und zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die potentiellen Teilnehmer*innen erhielten mit der Einladung einen Antwortbogen mit Angaben zu ihrer Tätigkeit (prozentualer Anteil der hausärztlichen Grundversorgung, Dauer der fachärztlichen Tätigkeit) und zu ihrer Person (Name, Alter, Geschlecht). Als *incentive* für die Teilnahme wurde den Ärzt*innen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 130€ angeboten. Einschlusskriterien waren eine fachärztliche Tätigkeit als allgemeinmedizinische*r oder internistische*r Hausärzt*in mit überwiegend

¹⁵ Um die notwendige Stichprobengröße des quantitativen Studienteils zu erreichen, wurden am Ende der Rekrutierung jedoch auch gezielt Kolleg*innen von bereits teilnehmenden Ärzt*innen zur Teilnahme eingeladen (s. Abbildung 2). Sie wurden gebeten, mit Ihren Kolleg*innen nicht über die Inhalte des Interviews zu sprechen.

hausärztlicher Grundversorgung und eine praktische Tätigkeit von mehr als 20 Stunden in der Woche. Ausgeschlossen wurden Hausarzt*innen, die hauptsächlich Komplementärtherapien anbieten (Akupunktur, Homöopathie, etc.). Dem Brief wurden ein Einladungsschreiben, ein Ablaufschema zur Studiendurchführung, ein Antwortbogen sowie ein freigestempelter Rückumschlag hinzugefügt (s. Anhang 1a-c Rekrutierungsunterlagen). Eine Antwort konnte somit per Briefpost, per Fax oder per E-Mail mittels einer elektronisch auszufüllenden PDF-Datei erfolgen. Die verschiedenen Medien und Antwortmöglichkeiten sollten den potenziell Teilnehmenden die Zusage und die Kontaktaufnahme erleichtern. Insgesamt sollten 128 Ärzt*innen in die Studie eingeschlossen werden.

Die ausgewählten Hausarzt*innen wurden im Zeitraum von Mai bis November 2018 zunächst in 30er Gruppen in zweiwöchigen Abständen angeschrieben. Nach dem Versand von 60 Briefen wurde entschieden, die Gruppen auf 20 Ärzt*innen zu reduzieren und diese wöchentlich anzuschreiben, um den Prozess zu beschleunigen und zeitgleich die auf die Zusage folgenden Interviews möglichst zeitnah durchführen zu können. Die Praxen, die auf die Einladung nicht reagiert hatten, wurden eine Woche nach dem Versand telefonisch kontaktiert, an den Brief erinnert und erneut zur Teilnahme eingeladen. Jede Praxis wurde maximal fünfmal kontaktiert, bevor ein Studienausschluss nach fehlender Kontaktaufnahme erfolgte. Bei allen teilnehmenden Ärzt*innen wurden, sofern nicht zuvor durch die Adressaten bereits schriftlich mitgeteilt, die Ein- und Ausschlusskriterien geprüft.

Nachdem alle potenziellen Teilnehmer*innen angeschrieben waren, wurde deutlich, dass die erforderliche Stichprobengröße nicht zustande kommen würde, so dass am Tag der Allgemeinmedizin (TdA) des IPA, eine Fortbildungsveranstaltung für Hausarzt*innen, nachrekrutiert wurde. Im Rahmen der Veranstaltung wurde über die Studie informiert und der Antwortbogen an Interessent*innen ausgegeben. Die Antwortbögen wurden danach zentral eingesammelt. Die Abbildung 2 zeigt ein Flowchart zum Ablauf der Rekrutierung.

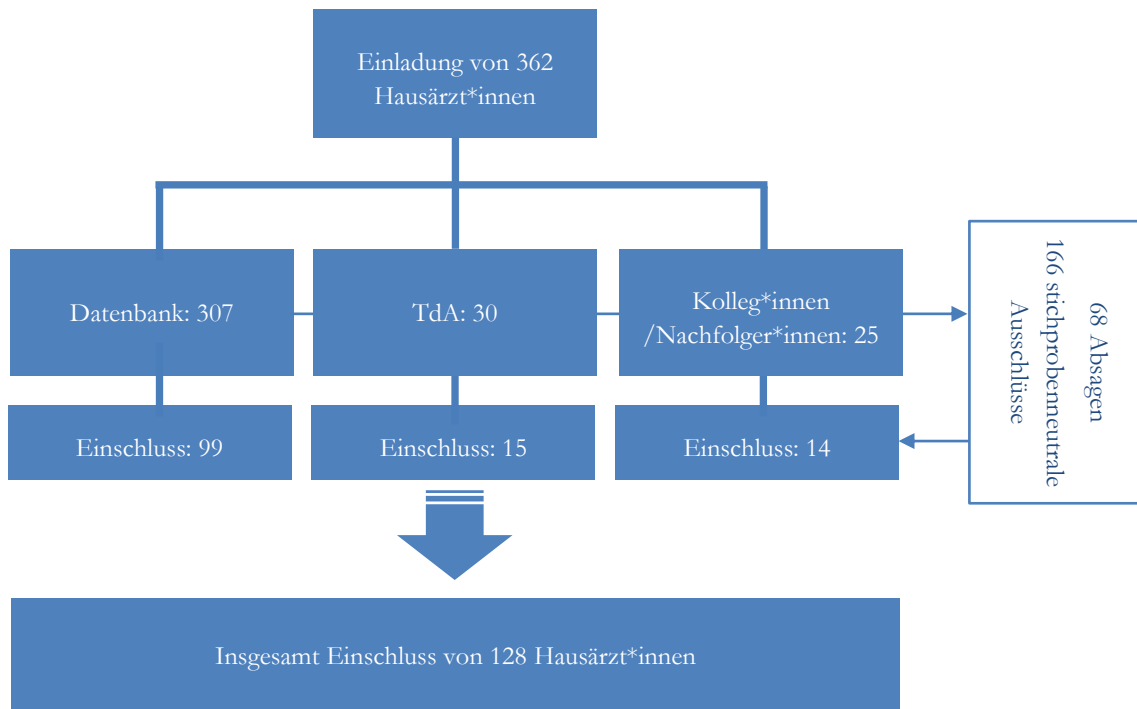


Abbildung 2, Flowchart der Rekrutierung, eigene Darstellung

2.2 Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurden acht unterschiedliche Video-Fallvignetten produziert, in denen eine Erstkonsultation mit fiktiven Patient*innen dargestellt wird, die für die HI typische Symptome schilderten. Das Skript wurde gemeinsam mit klinischen Beratenden (Allgemeinmediziner*innen, Internist*innen und Kardiolog*innen) sowie betroffenen Patient*innen in Workshops erarbeitet. Diese etwa siebenminütigen Videos orientieren sich in der Länge an der durchschnittlichen Konsultationszeit in einer Hausarztpraxis (Irving *et al.*, 2017) und wurden dann mit acht professionellen Schauspieler*innen in einem praxisähnlichen Kontext gedreht. Die gefilmten ‚Patient*innen‘¹⁶ sind entweder weiblich oder männlich, entweder 55 oder 75 Jahre alt und ‚haben einen Migrationshintergrund‘ oder nicht (s. Abbildung 3). Vier der acht Schauspieler*innen bekamen türkische Namen zugewiesen (Gülsen Yildiz, Pinar Yildiz, Hazan Yildiz, Hamid Yildiz) und sprechen in den Video-Fallvignetten mit einem leichten Akzent.

¹⁶ Die Namen der ‚Patient*innen‘ sind für die Studie pseudonymisiert worden und die Einwilligung zur Veröffentlichung deren Bild im Rahmen dieser Dissertation von den Schauspieler*innen erteilt worden

Wenn also vom Migrationshintergrund dieser Patient*innen in den Fallvignetten gesprochen wird, wird eigentlich nur anhand der oben genannten Kriterien angenommen, sie hätten einen.

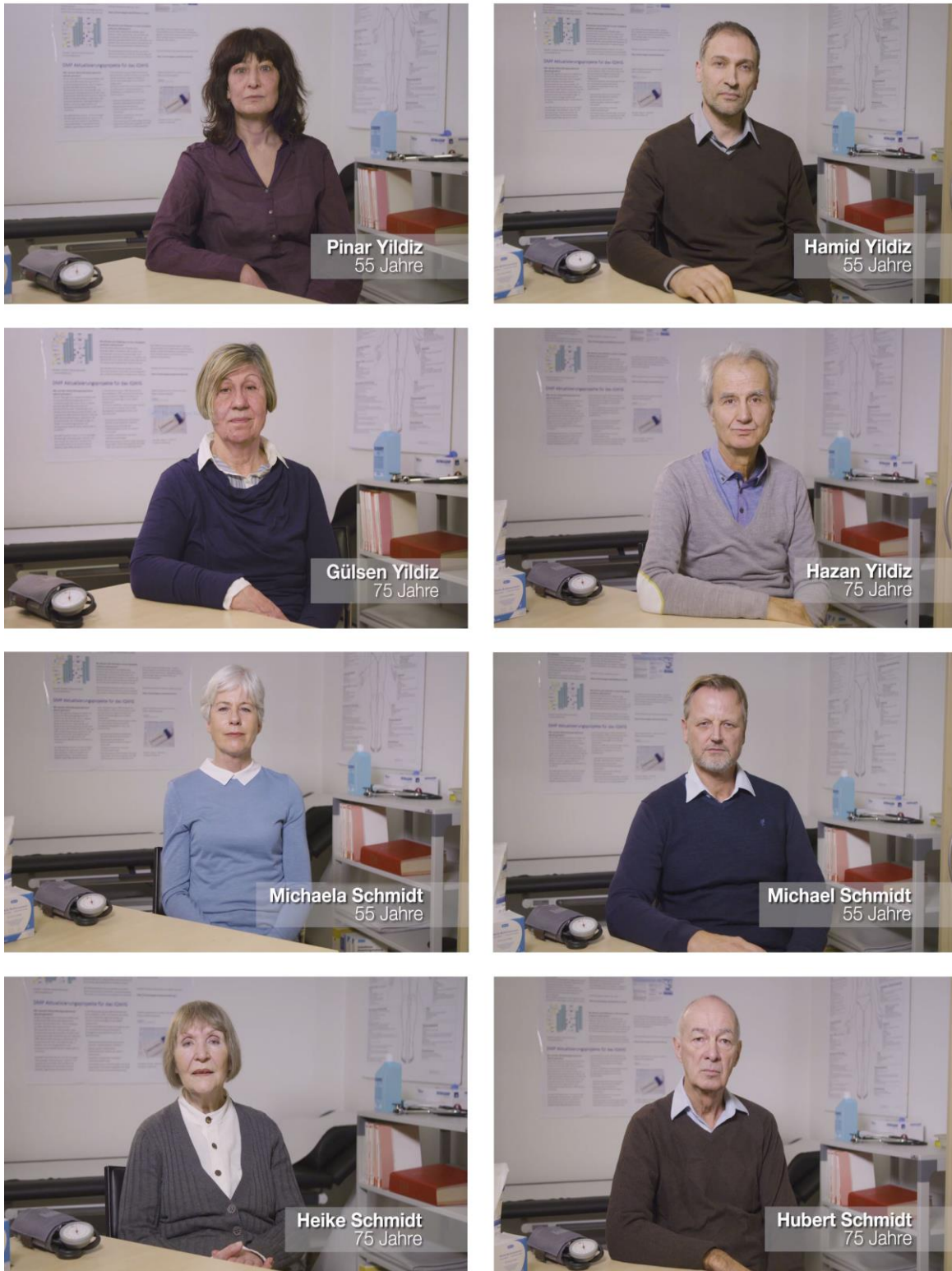


Abbildung 3, Videovignetten 1-8, Screenshot der einzelnen Videovignetten, eigene Darstellung

Um weitere mögliche Einflussfaktoren möglichst gering zu halten, wurde, bei gleicher Kameraeinstellung, besonders darauf geachtet, dass die Schauspieler*innen ähnlich gekleidet sind (etwa zum Entsprechen des Stereotyps einer durchschnittlichen der mittleren Mittelschicht angehörenden Person), die gleiche Körperhaltung und Intonation haben und den identischen Text sprechen. Damit wurde angestrebt, eine höchstmögliche Reproduzierbarkeit und Austauschbarkeit der dargestellten Situation zu erreichen. Die Patient*innen schilderten in den Fallvignetten unspezifische, aber für eine Herzinsuffizienz typische Beschwerden (Völlegefühl, Atemnot, Müdigkeit, Schwäche, Nykturie, Schlafstörungen, Beinödeme, Gewichtszunahme). Um eine Identifikation der Studienteilnehmenden mit der gezeigten Situation zu begünstigen, wurden die Videovignetten aus der Perspektive des Behandelnden gedreht und zur Datenerhebung direkt im Anschluss an die Sprechstunde gezeigt.

Nachdem die Vignette der an der Studie teilnehmenden Person präsentiert wurde, erfolgte zunächst ein standardisiertes Interview zu den Themen Diagnose, Untersuchungen, Behandlung und Therapie, sowie unmittelbar danach ein thematisch-narratives Interview mit Fokus auf die weitgehend unbeeinflusste Erzählung der Entscheidungsfindung (s. Anhang 2, qualitativer Interviewfragebogen). Die Interviews hatten einen zeitlichen Umfang von ca. einer Stunde und wurden audiodigital aufgenommen.

2.2.1 Thematisch-narratives Interview

Um eine intensive und differenzierte Auseinandersetzung mit dem Gesagten der Interviewpartner*innen zu ermöglichen, wurde für die Datenerhebung das thematisch-narrative Interview gewählt, das eine größtmögliche Offenheit erlaubt und die Erzählungen der Interviewten möglichst wenig beeinflusst. Die Datenerhebung orientiert sich an dem Prinzip der Offenheit (Hoffmann-Riem, 1980), das den Fokus auf die Möglichkeit einer von außen möglichst unbeeinflussten Darstellung der eigenen Gedanken, Wahrnehmungen und Erlebnisse legt. Das bedeutet, dass die Fragen offen sind, zum Erzählen anregen (im Gegensatz zu Argumentationen, Berichten und Beschreibungen) und keine Antwortmöglichkeiten angeboten werden, wie z.B. bei einem standardisierten Interview. Um eine größtmögliche Offenheit der Erzählung zu ermöglichen, wurde die narrative Interviewmethode als am besten geeignet angesehen, da sie es ermöglicht, einen engen Zusammenhang zwischen erzählter und erlebter

Erfahrung zu erhalten und sozial erwünschte Antworten und Reaktionen zu vermeiden (Schütze, 1977). Das heißt, die Erzählungen spiegeln persönliche Erfahrungen und Erlebnisse wider, die so nah wie möglich am tatsächlichen Handlungsgeschehen sind. Eigene, unreflektierte Theorien und Gefühle werden dabei ausformuliert und ersichtlich. Im Kontext dieser Untersuchung war es dabei besonders wichtig, dass die Erzählung möglichst nah an den eigenen Gedanken, die während der Videopräsentation aufkamen, bleibt.

Das durchgeführte narrative Interview ist in vier Phasen aufgebaut (Przyborski and Wohlrab-Sahr, 2013; Rosenthal and Loch, 2002):

1. Die *Erzählaufforderung* soll die interviewte Person dazu bringen, ihre Geschichte zu schildern und ihr Raum geben sich ungehindert, das heißt ohne Zwischenfragen, zu äußern.
2. Die *Stegreiferzählung* entsteht nach der Erzählaufforderung. Die interviewte Person schildert dann vom Anfang bis zum Ende ihre Geschichte, ohne unterbrochen zu werden. Diese erste Äußerung ist besonders wertvoll, da sie nicht an spezifische Fragen gebunden ist, sondern sich nur der Erzählaufforderung als Katalysator bedient.
3. Während der Stegreiferzählung werden *interviewinterne/immanente Nachfragen* zu Themen notiert, die nicht suffizient erläutert oder unklar geblieben sind. In diesem Teil werden diese Themen durch Formulierung offener Fragen nochmal aufgegriffen und angesprochen.
4. Am Ende des qualitativen Interviews werden für das Forschungsthema relevante *Leitfaden Fragen/exmanente Fragen* gestellt, wenn diese nicht schon vorher vom Interviewten thematisiert worden sind.

2.2.2 Durchführung des qualitativen Interviews

Der qualitative Teil des im Rahmen der DISPAR-HF-Studie durchgeführten Interviews wurde mit einer erzählgenerierenden Frage eingeleitet, forderte aber nicht auf, erlebte Geschehnisse zu schildern (wie im biographischen Ansatz), sondern sich an Gedanken und Ideen, die während des Videos aufkamen zu erinnern und diese, vom Beginn bis zum Ende der gezeigten Konsultation, so detailliert wie möglich wiederzugeben (thematisch fokussierter Ansatz). Jedes qualitative Interview wurde mit folgender Erzählaufforderung eingeleitet:

„Ein Ziel dieser Studie ist es, die ärztlichen Entscheidungswege zu rekonstruieren. Wir sind besonders daran interessiert, in welcher Situation Ihnen eine mögliche Diagnose zuerst bewusst wurde, wie Sie zu Ihrer Entscheidung gekommen sind und wie Ihr weiteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen wäre. Ich möchte Sie nun bitten, an den eben dargestellten Fall zurückzudenken. Bitte erzählen Sie mir, was Ihnen im Verlauf der Konsultation von Anfang bis Ende durch den Kopf gegangen ist. Es wäre schön, wenn Sie dabei auf alle Gedanken, Ideen und Aspekte eingehen würden, die für Sie in Bezug auf die Patientin (den Patienten), die Diagnose und die mögliche Therapie eine Rolle gespielt haben, auch jene, die Sie verworfen haben oder wo Sie unsicher sind. Bitte gehen Sie auch auf Einzelheiten ein. Alle Details, die für Sie wichtig sind, sind auch für uns interessant und wichtig.

Ich werde mich jetzt etwas zurückhalten und Sie in Ihrer Schilderung nicht unterbrechen. Ich mache mir aber ein paar Notizen, auf die ich ggf. später zurückkomme.“

Dieses Vorgehen lehnt sich zusätzlich an die Think Aloud Methode (Solomon, 1995; Konrad, 2017) an, in der Proband*innen dazu aufgefordert werden, Aufgaben zu lösen und zeitgleich laut mitzudenken. Eine Variante der Think Aloud Methode ist es, das Gedachte unmittelbar im Anschluss an die Aufgabe wiederzugeben. Die interviewten Ärzt*innen sollen sich mithilfe der narrativen Interviewtechnik aus der Expert*innenrolle lösen, die sie oft einnehmen, zum Äußern von offeneren Aussagen bewegt werden und unzensiert ihre Gedanken zum Vorgehen schildern.

Im Anschluss an die Stegreiferzählung und die immanenten Nachfragen wurden verschiedene vorbereitete Leitfadenfragen gestellt. Sie zielten darauf ab, die Interviewten zu ihren Verdachtsdiagnosen und deren Sicherheit und Priorisierung sowie der Anwendung von Leitlinien zu befragen. Außerdem wurde bei Ärzt*innen, die die HI als Verdachtsdiagnose genannt hatten, ein zusätzlicher Aspekt eingebunden: Sie wurden danach gefragt, welche Überweisungen, medikamentöse Therapien und nicht medikamentöse Therapien Sie, bei gesicherter HI, empfehlen würden. Durch diesen Leitfaden sollten die Interviewten dazu bewegt werden, näher auf Ihrer Entscheidungsfindung bei der Diagnostik und Therapie der HI einzugehen.

2.3 Datenauswertung – Dokumentarische Methode

Im DISPAR-HF Projekt erfolgte die Analyse möglicher Einflussfaktoren der Entscheidungsfindung mittels einer quantitativen Faktorenanalyse sowie einer vertiefenden inhaltlich-qualitativen Analyse. Dabei wurden unterschiedliche mögliche Einflussfaktoren in die Studie einbezogen (s. Tabelle 7). Mögliche Differenzen in diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen der Ärzt*innen wurden quantitativ mittels Varianzanalysen untersucht. Die qualitativ-inhaltliche Auswertung sollte zur Erläuterung und Ausdifferenzierung der quantitativen Daten dienen.

Tabelle 7, Berücksichtigte Faktoren im DISPAR-HF Projekt, eigene Darstellung

Patient*innengebunden	Ärzt*innengebunden
Alter	Geschlecht
Geschlecht	Erfahrung
Migrationshintergrund	

Methodisch erforderte dies die wörtliche Transkription der audiodigital aufgenommenen Interviews, um eine präzise Übertragung der Tondokumente in schriftliche Dokumente (Transkripte) zu ermöglichen. Die in diesem Projekt angewendeten Transkriptionsregeln wurden in Anlehnung an Rosenthal (Rosenthal, 2015) vereinbart (s. Anhang 3, Transkriptionsregeln). Die wörtliche Transkription erfasst die Geschwindigkeit, die Lautstärke, Versprecher und andere Phänomene wie Intonation oder dialektale Färbungen und ermöglicht es somit intersubjektiv überprüfbare Materialien für die Auswertung zu schaffen. Zusätzlich können die Transkripte „unter die Lupe“ (Przyborski and Wohlrab-Sahr, 2013, S.166) genommen werden und Wiederholungen, Betonungen oder Versprecher können somit in die interpretative Auswertung einfließen. Diese aufwendige Art der Transkription ist nicht nur realitätsnaher an den Ausgangsdokumenten (Audioaufnahmen), sondern verschafft auch mehr Möglichkeiten bei der interpretativen Analyse (Przyborski and Wohlrab-Sahr, 2013).

Während im DISPAR-HF Projekt bei der Auswertung also die erhobenen quantitativen und qualitativen Daten sowie drei patient*innengebundene und zwei ärzt*innengebundene Faktoren berücksichtigt wurden, setzte die vorliegende Arbeit einen Fokus auf die Auswertung der qualitativen Datenerhebung in Bezug auf den patient*innengebundene Faktor ‚Migrationshintergrund‘ (s. Kapitel 1.1.7 zum Begriff

Migrationshintergrund). Die Auswertung der qualitativen Daten erfolgte in Anlehnung an die dokumentarische Methode nach Nohl und Bohnsack (Nohl, 2017; Bohnsack, 2014). Diese Methode ermöglicht es, individuelle Entscheidungswege zu rekonstruieren und etwaige bewusste und unbewusste Orientierungsmuster (d.h. unbewusst Prozesse und Handlungsarten) der handelnden Ärzt*innen offenzulegen. Für die im Rahmen des hier vorgestellten Vorhabens zu untersuchende Fragestellung ist solch eine Vorgehensweise, d.h. die genauere Betrachtung unreflektierter Entscheidungsabläufe, besonders wichtig, da Unterschiede in der Behandlung von Menschen mit oder ohne Migrationshintergrund in Studien oft als nicht aussagekräftig erscheinen (z.B. Arber *et al.*, 2006), obwohl gesundheitliche Ungleichheiten nachgewiesen sind (Robert-Koch-Institut, 2008).

Die dokumentarische Methode ermöglicht die Untersuchung des namensgebenden ‚Dokumentsinns‘, den es von dem immanenten Sinngehalt zu unterscheiden gilt (s. Abbildung 4). Während der immanente Sinngehalt das „Was?“ wiedergibt, also die direkte und indirekte Bedeutung dessen, was gesagt wurde, wird durch den Dokumentsinn der „modus operandi“, das „Wie?“, also die „Rekonstruktion und Explikation des Rahmens“ (Bohnsack, 2014, S.137), dargestellt.

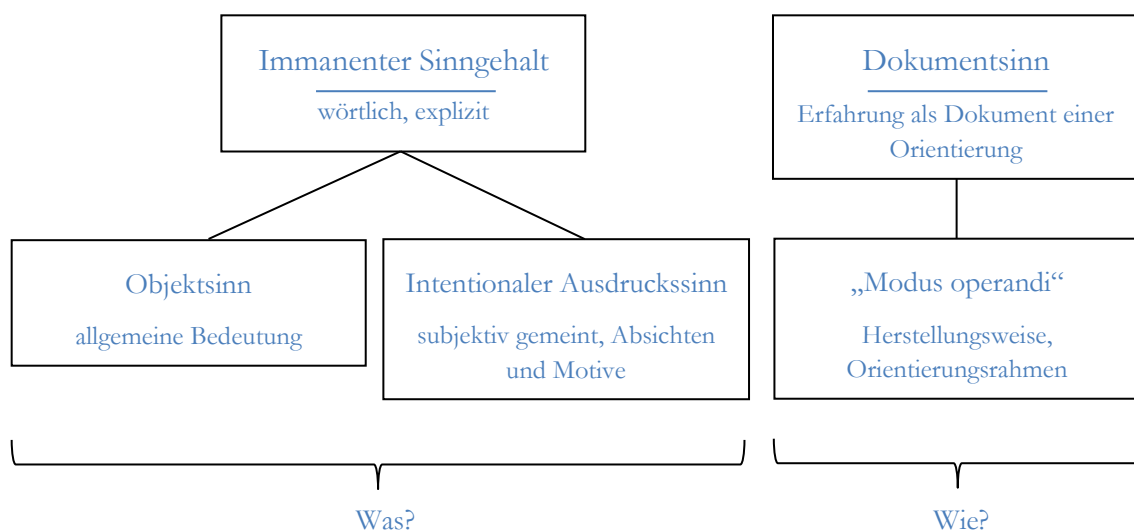


Abbildung 4, die zwei Sinnesebenen nach Nohl, 2017, S.4f, eigene Darstellung

Die in Abbildung 4 dargestellten drei Sinnesebenen können mit dem von Mannheim bekannten Beispiel des Schuhknotens illustriert werden:

„Knüpft man einen Schuhknoten, so kann man die Absicht haben, seine Schuhe zu binden. Diese Intention, dieser intentionale Ausdruckssinn als Komponente des immanenten Sinngehalts, ist dem außenstehenden Beobachter ebenso wenig wie

dem in seine eigene Vergangenheit zurückblickenden Akteur unmittelbar und valide zugänglich; er kann diese Intention nur der Handlung des Knotenknüpfens unterstellen. Das Gebilde selbst aber, das dabei entsteht, lässt sich (als Komponente des immanenten Sinns) als objektiver Sinnzusammenhang, der allgemeinen Charakter hat, identifizieren: Es ist ein Schuhknoten. Der Dokumentsinn indes konstituiert sich im Prozess der Herstellung des Knotens, ist also unmittelbar an die Handlungspraxis geknüpft. Jeder, der schon einmal einem Kind zu erklären versucht hat, wie ein Knoten zu knüpfen ist, wird sich daran erinnern, wie schwer es ist, diesen Herstellungsprozess verbal zu explizieren. Während wir im Alltag intuitiv auf die praktische Ebene zurückgreifen und das Knotenknüpfen einfach vormachen, sind wir in der Wissenschaft darauf angewiesen, Wege zu finden, den Herstellungsprozess bzw. den Orientierungsrahmen von Texten und Handlungen verbal zu explizieren.“
(Mannheim, 1980, S.73ff)

Die dokumentarische Interpretation wird in drei Prozesse aufgegliedert: die formulierende Interpretation (zur Analyse des Immanenten Sinngehalts, des WAS), die reflektierende Interpretation (zur Analyse des Dokumentsinns, des WIE) und die Typenbildung. Diese drei Schritte, sowie deren Anwendung in der vorliegenden Arbeit, werden in den folgenden Kapiteln vorgestellt.

2.3.1 Formulierende Interpretation

Die formulierende Interpretation in dieser Dissertation wurde mit der inhaltlich-qualitativen Auswertung des Gesamtprojekts kombiniert. Zuerst wurde ein thematischer Leitfaden in Form von Oberthemen (s. Tabelle 8), die sich an dem quantitativen Interview der DISPAR-HF Studie orientieren, erstellt (deduktiv). Diese thematische Einteilung wurde während der Auswertung nach und nach erweitert und angepasst (induktiv). Für die inhaltlich-qualitative Auswertung des DISPAR-HF Projekts wurden diese Themen genutzt, um die quantitativen Ergebnisse zu erläutern und zu erweitern.

Die formulierende Interpretation soll dazu dienen, den immanenten Sinngehalt (s. Abbildung 4) der durchgeführten Interviews wiederzugeben. Bei diesem Arbeitsschritt werden relevante Textstellen für die Auswertung identifiziert sowie ein thematischer Überblick über die erhobenen Daten geschaffen. Vor allem sollen aber „die Forschenden gegenüber dem Text fremd“ gemacht werden (Nohl, 2017, S.31). Durch diesen Prozess

kann sichtbar gemacht werden, dass die Interviews nicht eindeutig und selbstverständlich zu lesen sind, sondern interpretationsbedürftig sind.

Tabelle 8, Oberthematische Einteilung der Interviews, eigene Darstellung

Weitere diagnostische Fragen an Patient*in	Hinweise/Aufklärung zu weiteren Themen
Vorgehen bei Diagnosestellung	Weitere Dinge, die gemacht werden würden
Verdachtsdiagnosen	Patient*in nochmal einbestellen
Körperliche Untersuchung	Anwendung von Leitlinien
Weiterführende Untersuchungen	Ärzt*in-Patient*in Beziehung
Therapeutisches Vorgehen	Besondere Schwerpunktinteressen
Bei HI_ weiteres diagnostisches Vorgehen	Rahmung der Vignette
Bei HI_ Überweisung	Weitere Anmerkungen zum gezeigten Fall
Bei HI_ Medikamentöse Therapie	Anmerkungen/Sonstiges
Bei HI_ Nicht-medikamentöse Therapie	

Legende: **Deduktive Themen** / Induktive Themen

2.3.2 Reflektierende Interpretation

Um die reflektierende Interpretation darzustellen, sollen zunächst theoretische Grundlagen der Methode erläutert werden. Der Dokumentsinn, der in diesem interpretatorischen Schritt ausgearbeitet werden soll, wurde schon im Kapitel 2.3 als der „modus operandi“, das „Wie?“ der Erzählung, das heißt, der Schritt der „Rekonstruktion und Explikation des Rahmens“ (Bohnsack, 2014, S.137) dargelegt. In diesem Arbeitsschritt gilt es, den Orientierungsrahmen, der dem Habitus¹⁷ der Interviewten gleichgesetzt wird, zu rekonstruieren. Dieser Orientierungsrahmen wird durch Erlebnisse innerhalb eines gemeinsamen, konjunktiven Erfahrungsraums (s. Mannheim, 1980) gebildet. Dieser besteht nicht aus unmittelbaren ‚gemeinsamen‘ Erfahrungen (z.B. gemeinsam eine Patientin zu betreuen), sondern aus dem Erleben innerhalb ähnlicher Strukturen, beispielsweise des medizinischen Feldes bzw. etwas spezifischer des allgemeinmedizinischen Feldes. Allgemein gibt es unzählige Erfahrungsräume (z.B. geschlechts-, bildungs-, generations- oder berufsbezogene Felder), die auch ineinander

¹⁷ Unter Habitus wird in der dokumentarischen Methode das Selbstverständliche, Verbindende innerhalb eines Erfahrungsraums verstanden.

übergehen und sich teilweise überlagern können. Der Orientierungsrahmen kann, so Bohnsack, auf unterschiedliche Weise sichtbar gemacht werden:

„Während der methodische Zugang zum kommunikativen Wissen unproblematisch ist, da es ohne große Schwierigkeiten abgefragt werden kann, erschließt sich uns das konjunktive Wissen nur dann, wenn wir uns (auf dem Wege von Erzählungen und Beschreibungen oder auch der direkten Beobachtung) mit der Handlungspraxis vertraut gemacht haben. Die dokumentarische Methode ist darauf gerichtet, einen Zugang zum konjunktiven Wissen als dem je milieuspezifischen Orientierungswissen zu erschließen.“ (Bohnsack et al., 2013, S.15)

So wird bei der direkten Beobachtung von Gruppendiskussionen der Austausch zwischen den Teilnehmer*innen analysiert, um den Dokumentsinn herauszuarbeiten. Bei einem Einzelinterview fällt diese Interaktion weg, der Dokumentsinn muss anders sichtbar gemacht werden und wird aus den Erzählungen und Beschreibungen interpretiert. An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass in diesen Textsorten die Zugzwänge des Erzählens am besten greifen können und von einem „engen Zusammenhang zwischen erzählter und erlebter Erfahrung ausgegangen werden“ kann (Nohl, 2017, S.32).

Viele der durchgeführten Interviews bestanden allerdings nicht – wie es Nohl als wünschenswert beschreibt – hauptsächlich aus Erzählungen, sondern enthielten, relativ ausgewogen, unterschiedliche Textsorten¹⁸. Der Mangel an Erzählungen, trotz narrativem Interview, hängt möglicherweise mit dem Ungewohnten des Erzählens im ärztlichen Feld – das von Argumentation und Informationsweitergabe geprägt ist – sowie aber auch mit dem Studiensetting – das keinen echten ‚erlebten‘ Fall behandelt, sondern lediglich eine Simulation anbietet – zusammen. Allerdings soll, so Nohl, die Textsorte der Erzählung Basis für die reflektierende Interpretation sein. Bei Interviews, die diversere Textsorten beinhalten, empfiehlt er auf die Gesprächsanalyse der dokumentarischen Methode

¹⁸ In seiner Arbeit zur dokumentarischen Methode fasst Nohl die von Schütze entwickelte Einteilung von Textsorten zusammen: „Erzählungen zeichnen sich dadurch aus, dass in ihnen der Informant Handlungs- und Geschehensabläufe darstellt, die einen Anfang, ein Ende und einen zeitlichen Verlauf haben. Beschreibungen zeichnen sich dadurch aus, dass in ihnen immer wieder kehrende Handlungsabläufe oder feststehende Sachverhalte (z. B. ein Bild, eine Maschine) dargestellt werden. Argumentationen sind (alltags-)theoretische Zusammenfassungen zu den Motiven, Gründen und Bedingungen für eigenes oder fremdes Handeln (vgl. Schütze, 1987, S.148). Bewertungen sind evaluative Stellungnahmen zu eigenem oder fremdem Handeln.“ (Nohl, 2017, S.32)

zurückzugreifen (Bohnsack, 2014; Nohl, 2017). Für diese Dissertation wurde also die Erläuterung und Zusammenfassung wesentlicher Diskurstypen von Przyborsky angewandt (Przyborski, 2004), um verschiedene Diskurstypen in den Interviews herauszuarbeiten. Diese Analyse soll als Stütze dienen, um den Orientierungsrahmen der interviewten Ärzt*innen zu rekonstruieren und damit die interpretatorische Analyse zu strukturieren.

Zur konkreten Rekonstruktion des Dokumentsinnes wurde ein Subsample aus 21 Interviews für die reflektierende Interpretation erstellt. Die Auswahl der zu interpretierenden Interviewausschnitte wurde aufgrund der in der formulierenden Interpretation erstellten Themen getroffen. Dabei wurden jene Abschnitte einbezogen, in denen die Ärzt*innen sich zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit äußerten. Zur Identifizierung dieser Stellen, wurde ein Screening der thematischen Einteilung mit folgenden Schlüsselworten durchgeführt: türkisch, Türkei, Herkunft, Ausland, fremd, Kultur, kulturell. Diese Ausschnitte wurden einem Diskurstyp zugeordnet und darauffolgend Zeile-für-Zeile analysiert und unter der Anwendung vom abduktiven Schließen (Reichert, 2003) interpretiert.

2.3.3 Beispiel der formulierenden und reflektierenden Interpretation

Die zwei Schritte der formulierenden und reflektierenden Interpretation werden wie folgt von Bohnsack differenziert:

*„Während die formulierende Interpretation als Rekonstruktion des Themas des Diskurses mit seinen Untergliederungen, also als Rekonstruktion der thematischen Gliederung zu verstehen ist, zielt die reflektierende Interpretation auf die Rekonstruktion und Explikation des Rahmens, innerhalb dessen das Thema abgehandelt wird, auf die Art und Weise, wie, d.h. mit Bezug auf welches Orientierungsmuster, welchen Orientierungsrahmen das Thema behandelt wird.“
(Bohnsack, 2014, S.137)*

Während die formulierende Interpretation durch ihre Kategorienbildung also das „Was“ wiedergeben soll, wird in der reflektierenden Interpretation und der Auswertung der einzelnen Zeilen das „Wie“ rekonstruiert. Diese Unterscheidung wird hier anhand von einem Beispiel (Interview 1091) veranschaulicht.

Formulierende Interpretation

[sie hat ja einen türkischen Namen //mhm// und ähm
 ähm ich würde das auch n bisschen in die Therapie
 mit ähm einbinden oft ist es ja so dass ausm anderen
 Kulturkreisen auch andere Erwartungen sind zum
 Beispiel an unser Verhältnis //mhm// also ich hatte
 das Gefühl dass ich bei ihr ein bisschen mehr diese
 betreuende , äh Funktion hätte , dass ich sie auch ein
 bisschen führen muss , ähm oder klare Ansagen
 muss man anders vielleicht als mit einer deutschen ,
 Patientin die ein bisschen selbstständiger ist sich
 auch besser informieren kann , in einem anderen
 Kulturkreis aufgewachsen ist , also das , wär noch
 sone Anmerkung dass man , son klein bisschen auf
 diesen Hintergrund was ich auch mit der Familie
 sagte //mhm// inwieweit ist sie da akzeptiert wird sie
 unterstützt und aus ihrem Kulturkreis ist es ja anders
 zu sehen //mhm//] und dann is ja eben die Frage
 auch welcher , Religion sie angehört und-
 Religionsgemeinschaft also das wären sicher Dinge
 die noch n- die ich auch noch erfragt hätte in diesem
 //mhm// Gespräch also das find ich , ist dann- aber
 da braucht man eben auch mehr Zeit die hätt ich mir
 aber auch genommen beim Erstgespräch]]]

VORGEHEN BEI DIAGNOSESTELLUNG

Spezifische Aspekte der
Patient*innen berücksichtigen
Einfluss sozialer
Determinanten
→ Migrationshintergrund
berücksichtigen

WEITERE DIAGNOSTISCHE FRAGEN AN PATIENT*IN

Weitere Anamnesethemen
erfragen
Psychosoziale Anamnese
→ Religion

ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG

Patient*innen als
Herausforderung
(Problem/Schuldzuweisung)
Migrationshintergrund
→ Dadurch unselbständiger
als deutsche Patient*innen

Abbildung 5, Thematische Einteilung für die formulierende Interpretation, eigene Darstellung

Reflektierende Interpretation

Für die konkrete Ausarbeitung der reflektierenden Interpretation wurde das Layout so erstellt, dass drei Abschnitte zu erkennen sind:

■ Diskurstyp 2 (aufbauend auf Diskurstyp 1), erläuternder Titel des Orientierungsrahmens aus der Perspektive der interviewten Person

■ IP (interviewte Person): Zitat

*I (Interviewer*in): Zitat | Interview X Zeile Y-Z*

■ Reflektierende Interpretation

In der Folge wird dies anhand eines Ausschnitts der reflektierenden Interpretation aus dem Interview 1091 dargestellt:

■ Proposition 1, Annahme von Passivität und Unselbstständigkeit aufgrund des türkischen Namens

■ *I: mhm , und ähm haben Sie sonst noch irgendwelche weiteren , Anmerkungen Ergänzungen oder Ideen zu dem gezeigten Fall*

IP: sie hat ja einen türkischen Namen //mhm// und ähm ähm ich würde das auch n bisschen in die Therapie mit ähm einbinden oft ist es ja so dass ausm anderen Kulturkreisen auch andere Erwartungen sind zum Beispiel an unser Verhältnis //mhm// also ich hatte das Gefühl dass ich bei ihr ein bisschen mehr diese betreuende , äh Funktion hätte , dass ich sie auch ein bisschen führen muss , ähm oder klare Ansagen muss man anders vielleicht als mit einer deutschen , Patientin die ein bisschen selbstständiger ist sich auch besser informieren kann , in einem anderen Kulturkreis aufgewachsen ist , also das , wär noch sone Anmerkung dass man , son klein bisschen auf diesen Hintergrund was ich auch mit der Familie sagte //mhm// inwieweit ist sie da akzeptiert wird sie unterstützt und aus ihrem Kulturkreis ist es ja anders zu sehen //mhm// und dann is ja eben die Frage auch welcher , Religion sie angehört und- Religionsgemeinschaft also das wären sicher Dinge die noch n- die ich auch noch erfragt hätte in diesem //mhm// Gespräch also das find ich , ist dann- aber da braucht man eben auch mehr Zeit die hätt ich mir aber auch genommen beim Erstgespräch | Interview 1091 Zeile 176-190

■ Dem „türkischen Namen“ wird eine gewissen Bedeutung und Relevanz zugeschrieben, was anscheinend für die Entscheidungsfindung der interviewten Ärztin einen Einfluss haben könnte („sie hat ja einen türkischen Namen“). Im Folgenden wird sogar beschrieben, dass es „in die Therapie mit ähm ein[zu]binden“ wäre. Diese Idee wird dann weiter ausformuliert: „es ist ja so dass ausm anderen Kulturkreisen auch andere Erwartungen sind“. Hier können verschiedene Aspekte hervorgehoben werden. Erstens wird dieser Satz mit einer Formulierung, die eine gewisse Allgemeingültigkeit voraussetzt, angefangen („es ist ja so“) [...]

2.3.4 Typenbildung

Die formulierenden und reflektierenden Interpretationen greifen alle Textabschnitte der Interviews dieser Studie, in denen ein Bezug zum angenommenen Migrationshintergrund aufkam, auf. Die Art und Weise, wie mit diesem Thema in den verschiedenen Interviews umgegangen wurde, fiel aber deutlich unterschiedlich aus. Die Typenbildung knüpft genau an diesem Punkt an, indem sie diese verschiedenen

Handlungsmuster rekonstruiert und zusammen bündelt. So werden sogenannte sinngenetische und anschließend soziogenetische Typen gebildet.

Sinngenetische Typenbildung

Zur Ausarbeitung der sinngenetischen Typen in dieser Dissertation werden die Interpretationstexte der verschiedenen Interviews miteinander verglichen. So können minimal- und maximalkontrastierende Fälle identifiziert und zu Typen gebündelt werden. Die sinngenetische Typenbildung löst somit Einzelfälle auf und verbindet diese in Typen:

„In der sinngenetischen Typenbildung erhalten die kontrastierenden Orientierungsrahmen der Vergleichsfälle [...] eine eigenständige Bedeutung und werden in ihrer eigenen Sinnhaftigkeit gesehen. Die so rekonstruierten Orientierungsrahmen werden abstrahiert“ (Nohl, 2017, S.42)

Soziogenetische Typenbildung

Soziogenetische Typen werden nicht, wie es in der sinngenetischen Typenbildung der Fall ist, anhand der Interpretation ausformuliert, sondern können schon vor der Untersuchung vorläufig festgelegt werden. Sie richten sich an festgesetzte Orientierungsräume (z.B.: Arbeitsumfeld, Wohnort, Geschlecht). Für diese Arbeit wurden das Geschlecht (männlich/weiblich) und die ärztliche Erfahrung (unter/über 15 Jahre als Fachärzt*in tätig) der Interviewten als vorläufige soziogenetische Typen festgelegt, da Studien darauf hinweisen, dass diese Erfahrungsräume einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben können (s. S.14). Die letztendliche Festlegung der soziogenetischen Typen wird aber erst während der Typenbildung definitiv herausgearbeitet werden können, indem die vorbestimmten Erfahrungsräume getestet und möglicherweise neue in Betracht gezogen werden. Die soziogenetische Typenbildung schafft letztendlich eine mehrdimensionale Typenbildung und dient dadurch der Generalisierung von Untersuchungsergebnissen. Die Gegenüberstellung von sinn- und soziogenetischen Typen ermöglicht die Erstellung eines zweidimensionalen Systems, in dem die unterschiedlichen Typen positioniert werden können (s. Abbildung 6).

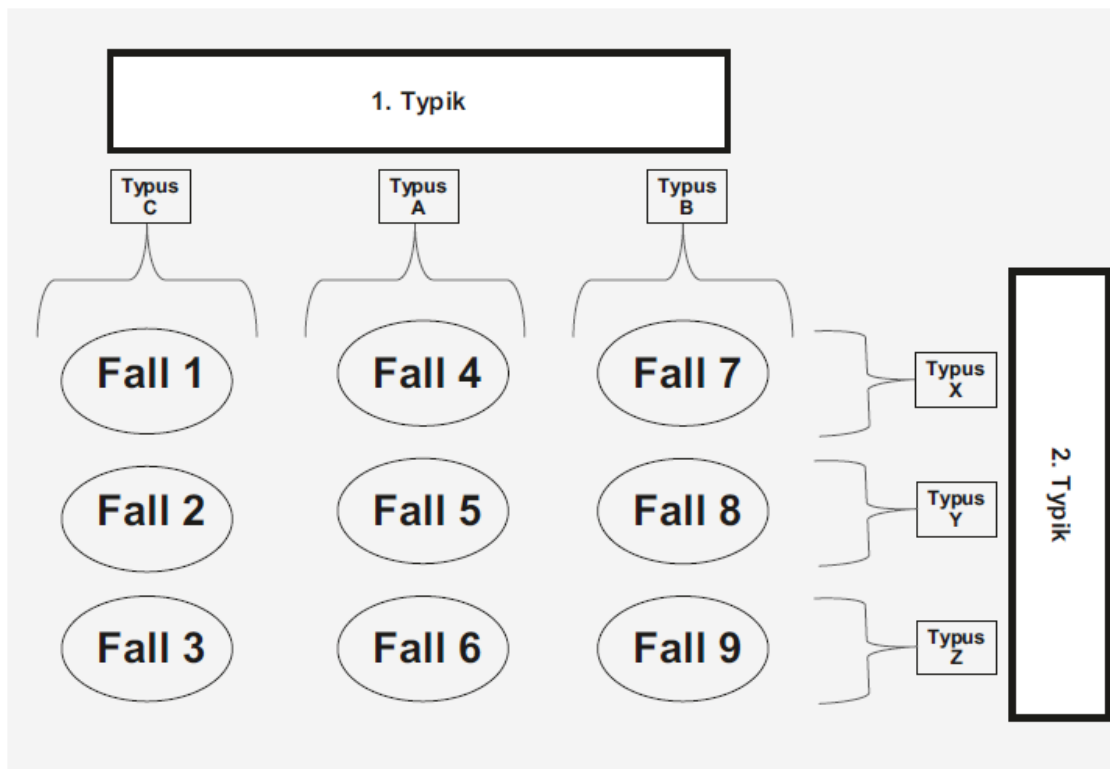


Abbildung 6, Zweidimensionale Typenbildung (Nohl, 2017, S.44)

Diese Typen werden abschließend vorgestellt und schaffen eine Übersicht über die unterschiedlichen Ansätze zur Entscheidungsfindung von Hausärzt*innen bei Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund.

2.4 Selbst- und Gruppenreflexion

Es ist außerdem methodisch notwendig, die Position der Forscher*innengruppe innerhalb dieser Studie zu reflektieren, da alle teilnehmenden Wissenschaftler*innen auch im Laufe des Projekts Interviews durchführten und somit mit den interviewten Ärzt*innen interagierten. Ein besonderer Fokus soll hierbei auf die Positionen der Cis¹⁹ und weiblich sozialisierten *Weiß*en Forscher*innen gelegt werden, da die genannten Faktoren die äußere Wirkungsweise beeinflussen und sich möglicherweise in den erhobenen Daten wiederfinden lassen. Aus diesem Grund werden zunächst alle oben aufgelisteten Aspekte und deren möglicher Einfluss hier vorgestellt sowie abschließend die Intentionen der Autorin dargelegt.

¹⁹ Cisgender (in Abgrenzung zu Transgender) bezeichnet eine Übereinkunft des an der Geburt zugeschriebene Geschlechts und der Geschlechtsidentität

Aufgrund dessen, dass die durchgeführten Interviews sich auf eine relativ kurze Zeit (ungefähr eine Stunde) beliefen und das narrative Interview sich auf einen fiktiven Fall konzentrierte, welcher kein besonders schweres oder intimes Thema für die interviewten Ärzt*innen aufgriff, konnte die notwendige Balance zwischen der Nähe (Interesse und Empathie) und Distanz (Professionalität) von den Forscher*innen effektiv gehalten werden (s. die eigene Rolle im Feld (Przyborski and Wohlrab-Sahr, 2013)). Unabhängig davon, wie gut mit dieser Balance umgegangen wurde, interagierten trotzdem alle Interviewer*innen mit den Interviewten und beeinflussten somit aufgrund von bestimmten sozialen Determinanten (wie beispielsweise das gelesene²⁰ Geschlecht) die erhobenen Daten. Zum einen ist es wichtig den Einfluss der Wahrnehmung der Interviewer*innen zu betrachten. Alle interpretierten Interviews wurden von Cis-weiblich und *Weiß* gelesene Interviewer*innen durchgeführt. Aus diesem Grund kann von einem Einfluss dieser ‚Merkmale‘ ausgegangen werden. Manche Interviewer*innen berichteten beispielsweise von dem Eindruck, nicht ernst genommen zu werden. Diese Situation könnte durch sexistische Vorurteile entstanden sein, würde sich aber durchaus positiv auf die Datenerhebung bewirken, da diese Wahrnehmung die Interviewten möglicherweise dazu bewegte ihre Ideen ausführlicher zu beschreiben (*mansplaining*²¹). Hinzu kommt, dass alle Forscher*innen als *Weiß* gelesen werden und somit nicht mit der Gruppe von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund assoziiert werden. Diese Voraussetzung lässt vermuten, dass die Interaktion mit *Weiß*en Ärzt*innen davon geprägt wurde, vor allem beim Ansprechen des Themas ‚Migrationshintergrund‘. Bei nicht *Weiß*en Interviewer*innen hätte es sein können, dass die Ärzt*innen sich mehr zensiert hätten und dass die soziale Erwünschtheit mehr zum Tragen gekommen wäre (da sie nicht bzw. anders über die ‚Anderen‘ vor eine der ‚Anderen‘ reden würden). In der tatsächlichen Datenerhebungskonstellation (*Weiß*e Interviewer*innen und Ärzt*innen) fühlten sich die Ärzt*innen aber möglicherweise sicherer ihre Gedanken zu äußern und über die ‚Anderen‘ zu reden. Andererseits sind die zwei mit nicht-*Weiß*en Ärzt*innen interpretierten Interviews davon geprägt, dass die Interviewer*innen *Weiß* sind und somit den Erfahrungsraum des zugeschriebenen ‚Migrationshintergrundes‘ nicht teilen können.

²⁰ Mit ‚gelesen‘ soll verdeutlicht werden, dass nicht unbedingt die tatsächliche Zugehörigkeit oder Identifizierung zu einer Gruppe gespiegelt wird, sondern vielmehr die gesellschaftliche Wahrnehmung und Zuordnung wiedergegeben wird.

²¹ Dieser in den sozialen Medien entstandene und populär gewordene Begriff kommt aus dem Zusammenschluss von ‚man‘ und ‚explain‘ und beschreibt, wie ein Mann typischerweise einer Frau etwas auf eine herablassende oder bevormundende Art erklärt. Mehr dazu s. (Kidd, 2017)

Hier ist die Konstellation eine ganz andere. Es könnte aber sein, dass sich diese Position der Interviewer*innen (außerhalb des Erfahrungsraumes der Interviewten) auch positiv auf die Interviews ausgewirkt hat, indem es die zwei Ärzt*innen dazu bewegte, ihr Wissen zu explizieren, anstatt es anzunehmen (s. Beispiel des Schuhknotens (Nohl, 2017, S.5)).

Unabhängig von der Wahrnehmung aller Forscher*innen des Projekts, soll an dieser Stelle auch meine Position als Forscherin, die eine Arbeit schreibt, welche rassistische Diskriminierung thematisiert, reflektiert werden. Aus diesem Grund war mir während der ganzen Untersuchung wichtig im Kopf zu behalten, dass ich selbst nicht von Rassismus betroffen bin und somit die Realität dessen nicht vollständig begreifen kann. Das Ziel dieser Arbeit soll es aber keinesfalls sein, Erlebnisse und Wahrnehmungen von Menschen die als ‚mit Migrationshintergrund‘ gelesen werden, wiederzugeben und sie damit zu bevormunden. Vielmehr soll die Seite von (meist) hochprivilegierten Ärzt*innen (wie ich) beleuchtet werden und unsere Rolle und Verantwortung in der Aufrechterhaltung rassistischer Vorgehensmuster erforscht werden. Diese Arbeit ist also auch eine persönliche Reflexion und Infragestellung meiner eigenen Macht als angehende Ärzt*in.

2.5 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission

Alle Studienteilnehmer*innen wurden im Vorfeld der Teilnahme schriftlich über die Details des Projektes sowie den Datenschutz aufgeklärt und um ihre Einwilligung gebeten. Die Anonymität der Teilnehmer*innen blieb im Fragebogen und Transkript erhalten, eine Zusammenführung war nur über eine ID-Nummer möglich. In den Transkripten wurden für die Diskutant*innen Pseudonyme verwendet (I: Interviewer*in; IP: Interviewte Person).

Die Zustimmung der zuständigen Ethikkommission wurde vor Beginn der Untersuchung eingeholt (Antragsnummer PV5663).

3 Empirische Untersuchung

Alle 128 Interviews wurden mithilfe von MaxQDa formulierend interpretiert (zur Methodik vgl. Kapitel 2.3.1 und 2.3.3). Aus der Grundgesamtheit wurden zwanzig Interviews für die reflektierende Interpretation ausgewählt, da sie sich auf die zu untersuchende Thematik bezogen. Daraus wurden alle Textabschnitte ausgewählt, in denen der Migrationshintergrund thematisiert wurde. Aufgrund dessen, dass von den 128 interviewten Ärzt*innen die Hälfte eine Vignette von den ‚Schmidt‘ Patient*innen und die andere Hälfte eine Vignette von den ‚Yildiz‘ Patient*innen sahen, bekamen 64 Ärzt*innen einen ‚Stimulus‘ zum ‚Migrationshintergrund‘. Von diesen 64 wurden 16 Interviews für die reflektierende Interpretation ausgewählt. Vier von den Ärzt*innen, die keinen ‚Stimulus‘ ausgesetzt wurden, äußerten sich auch zum Thema und wurden somit auch miteinbezogen.

3.1 Vorbemerkung

In diesem Kapitel werden alle ausgewählten Interviewausschnitte reflektierend interpretiert und Diskurstypen zugewiesen. Im Kapitel 4 Ergebnisse werden die Haupteckdaten dieser Interpretationstexte herausgearbeitet und zusammengefasst. Somit ist es an sich möglich diesen Teil der Dissertation zu überspringen bzw. parallel zum nächsten Kapitel zu lesen: im Ergebnisteil wird sich vielfach auf verschiedene Textstellen der empirischen Untersuchung bezogen und darauf hingewiesen, sodass ein ‚Hin- und Herblättern‘ zwischen beiden Teilen ermutigt bzw. empfohlen wird.

Außerdem ist wichtig zu beachten, dass jeder interpretierte Abschnitt einem Diskurstyp sowie einem ‚Titel‘ zugewiesen wird, welches den Orientierungsrahmen, der zur letztendlichen Aussage der Interviewten geführt hat, wiedergibt. Diese ‚Titel‘ werden also aus der Perspektive der Ärzt*innen formuliert und nicht aus der der Autorin (zum Layout und Struktur der Interpretationstexte s. Kapitel 2.3.3). Alle Interviewtranskripte (mit Zeilennummerierung) sind zudem im digitalen Anhang als PDF-Dokument abrufbar.

3.2 Interview 1001

Proposition 1, Annahme psychischer Erkrankung aufgrund von angenommenen Risikofaktoren auf Grundlage von stereotypen sozialen und familiären Bedingungen

*IP: also grundsätzlich ist natürlich bei emi-migranten oder Nachfahren von Immigranten immer , eine hohe , psychische Belastung ähh anzunehmen , sodasss ääähm man , aus unsrer Sicht immeerer eine gewisse Empfindlichkeit oder Wehleidigkeit , annimmt , dass die- diese Patienten unter den , hiesigen Arbeitsbedingungen besonders , leiden vielleicht auch durch , Trennung von der übrigen Familie //mhm// ähm das bekannt das ja ein hoher Grad an Depression , depressiven Reaktionen besteht , weil , wie gesagt die Eltern in der Türkei sind oder wieder sind und das da Probleme sind und ähh sie sich hier doch nicht so geborgen und beheimatet fühlen sodass also , eher mal schnell eine eine ähm mm m berufliche Krisensituation kommt , die dann auf die Gesundheit auf die gesamte Psyche auswirkt , und deshalb , ist das Erschöpfungssyndrom , diese Müdigkeit und Schlafstörung , können durchaus psychosomatische äh äh Erscheinungen sein //mhm// die ähm begründet sind durch die berufliche und und private ähmmm Situation alls , ehemaliger Ausländer sozusagen auch wenn er äh sehr gut , an sich gut deutsch spricht ähhh aber es gilt halt zunächst mal die somatische Seite abzuklären , undäh die konkreten , Beschwerden einer , **Belastungsdyspnoe** sind natürlich ein wichtiges Symptom , was auf alles Mögliche mit Koronarherzkrankheit mit ähh Herzbeteiligung mit Asthma Einschränkung der Lungenfunktion ähm Anämie ähm ähm Blutungsanämie durch einen Tumor oder so , ähh begründet sein kann , insofern wird also , mache ich das so das man erst eine , wirklich eine persönliche Bindung aufbaut in dem ich überhaupt frage woher er **kommt** woher die Eltern **kommen** ähm **Familienanamnese** ist enorm wichtig , was er beruflich tut wie viel er arbeitet ob ihm der beruf **Spaß** , macht ob was er- sogar welche Hobbys er hat , ähhh wie er eben lebt , alleine oder Familie-familiär gebunden , die Medikamente die er nimmt , Allergien ähm was er im Urlaub macht , um um überhaupt also ein- an die Bild von dem Patient zu bekommen , und ihm auch ein bisschen , sich wohlfühlen//mhm// dass er ernst genommen wird | Interview 1001 Zeile 10-32*

Zum Beginn des Absatzes wird der Patient als „emi-migranten oder Nachfahren von Immigranten“ kategorisiert. Dabei ist bemerkbar, dass „Emi-“granten, „migranten“ und „Immigranten“ gleichgesetzt werden und so eine undifferenzierte Vermischung entsteht, die vor allem darauf hinweist, dass der Patient nicht von ‚hier‘ ist. Passend zu dieser Kategorisierung wird eine Regel zum Patienten und allgemein zu „-migranten“ formuliert („also grundsätzlich“, „natürlich“, „immer“). Bei diesen Menschen könnte „immer , eine hohe , psychische Belastung“ angenommen werden. Das heißt, dass der Patient nicht gefragt wird und es nicht beobachtet wird, wie es in diesem einen spezifischen Fall sein könnte, sondern es wird einfach davon ausgegangen, dass diese

Annahmen bei „alle[n]“ „Migranten“ stimmen. Diese Regel wird gesteigert („hohe , psychische Belastung“) formuliert und weist damit möglicherweise auf die Besonderheit, Eigenartigkeit der Menschen dieser Kategorie. Der Arzt teilt hiermit dieser einleitenden Regel eine besondere Wichtigkeit zu und baut seine weitere Erzählung auf diese Ausgangsthese auf. Anstatt seine persönliche Sicht vorzustellen, redet der interviewte Arzt über „unsrer Sicht“ und macht den Otheringprozess (s. Brons, 2015) – also die Unterscheidung und Distanzierung der Eigengruppe gegenüber anderer Gruppen – dadurch deutlich sichtbar. „Unsrer Sicht“ wird als Richtlinie dargestellt, um über die „psychische Belastung“ von „**migranten**“ zu urteilen, die mit einer „gewisseee[n] Empfindlichkeit oder Wehleidigkeit“ gleichgestellt wird. Diese Gleichsetzung von psychischer Erkrankung und „Empfindlichkeit oder Wehleidigkeit“ führt zum Bagatellisieren von ernsten Beschwerden und reproduziert das stereotypische diskriminierende Bild, in dem Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund übertreiben würden. Die Kategorisierung sowie der Otheringprozess ziehen sich weiter durch die Erzählung des Arztes. Der Patient wird nicht mehr als Individuum betrachtet, sondern als Teil einer gleich zu bewertenden Gruppe („diese Patienten“). Es scheint als würde er selbst darüber nachdenken, woher diese zugeschriebene „Wehleidigkeit“ kommen könnte („unter den , hiesigen Arbeitsbedingungen besonders , leiden vielleicht auch durch , Trennung von der übrigen Familie“) und als Erklärung dafür Stereotype von Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund aufgreifen (schwere Arbeitsbedingungen, starke Beziehung zur Familie). Außerdem wird wie beispielsweise im Interview 1012 eine gewisse psychische Belastung angenommen, die als Ursache für die psychische Verdachtsdiagnose stehen soll. Diese Überlegungen führt der Arzt fort und begründet seine Ideen, indem er sie so formuliert, als wären es Selbstverständlichkeiten („ähm das [ist] bekannt dass ja ein hoher Grad an Depression“). Daraufhin werden „Depression , depressiven Reaktionen“ aneinandergereiht und somit gleichgesetzt: die Depression wird zu einer depressiven Reaktion vermindert/relativiert und bestätigt die Eingangsthese, dass der Arzt Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund Übertreibung zuschreibt. Beim interviewten Arzt besteht offensichtlich ein Rechtfertigungs- bzw. Begründungsbedürfnis („weil , wie gesagt“, „ähm das [ist] bekannt dass“), welches wahrscheinlich seinen Wunsch, der sozialen Erwünschtheit zu entsprechen, widerspiegelt. Es ist auffällig, dass sich immer wieder an Stereotypen bedient wird, die

Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund zugeschrieben werden und diese als psychische Vorbelastung formuliert werden. Beispielsweise im weiteren Absatz, in dem wieder auf die starke Beziehung zur Familie und dessen Einfluss auf die psychische Gesundheit eingegangen wird („weil [...] die Eltern in der Türkei sind“) sowie auf vermeintliche Konfliktsituationen im ‚Heimatland‘ („dass da Probleme sind“ / die Türkei als ‚gefährliches‘ Land). Der folgende Gedankengang zeigt möglicherweise, dass sich der Arzt bestimmten Konsequenzen der alltäglichen Diskriminierung bewusst ist („nicht so geborgen und beheimatet fühlen“), allerdings die Ursache vom strukturellen Rassismus zum Patienten selbst verschiebt. Die Gründe, weshalb er sich „nicht so geborgen und beheimatet“ fühlt, wären also die „hiesigen Arbeitsbedingungen“ sowie die „Trennung von der übrigen Familie“ und nicht der Rassismus dem Menschen, die nicht zur Mehrheitsgesellschaft²² gehören, alltäglich ausgesetzt werden. Sich nicht „geborgen und beheimatet“ zu fühlen führt, seinen Aussagen nach, zu einer „beruflicheee Krisensituation“. Hiermit wird die Ursache („Patienten unter den ,hiesigen Arbeitsbedingungen besonders , leiden“), die zur „Depression , depressiven Reaktionen“ führt auch zur Konsequenz („beruflicheee Krisensituation“). Es fällt erneut auf, dass der interviewte Arzt besonders darauf achtet seine Aussagen mit Argumentationen zu untermauern. Die „beruflicheee Krisensituation“ wirkt „auf die Gesundheit auf die gesamte Psyche“ und soll zum „Erschöpfungssyndrom“ führen, welches sich durch die „Müdigkeit und Schlafstörung“ beim Patienten bemerkbar macht. Der Interviewte hat hiermit die von ihm erstellte Beziehung zwischen dem angenommenem Migrationshintergrund und seinen psychosomatischen Differentialdiagnosen vervollständigt. Diese von ihm vorgestellte Theorie „begründet“ er erneut und macht seinen Gedankengang sowie sein Bedürfnis sich zu rechtfertigen (soziale Erwünschtheit) erneut sichtbar: „die ähm begründet sind durch die berufliche und und private ähm Situation“. Die Ausgangsklassifizierung vom Patienten als „emi- **migranten** oder Nachfahren von Immigranten“ tritt auch wiederholt zur Erscheinung als der Patient als „ehemaliger Ausländer“ bezeichnet wird. Der Arzt sieht den Patienten nicht als ‚echten Ausländer‘ da er „sehr gut, an sich gut deutsch spricht“, für ihn bleibt er trotz dessen ein Ausländer (s. „ewige Fremde“, (El-Tayeb, 2016, S.146)). Obwohl es prioritär „die somatische Seite abzuklären“ gilt, setzt der interviewte Arzt am Anfang seiner

²² Der Begriff Mehrheitsgesellschaft bezeichnet der Teil der Gesellschaft, der die Entscheidungsmacht über gesellschaftliche Normen (kulturell, religiös, ...) hat (s. Dominanzkultur (Rommelspacher, 1995)).

Stegreiferzählung den Fokus auf die psychischen Komponenten, die zu den geäußerten Symptomen führen könnten. Hier ist der Einfluss des angenommenen Migrationshintergrundes des Patienten ausschlaggebend für den Arzt in der Erzählung seines Entscheidungsprozesses, da er sich letztendlich auf eine psychosomatische Verdachtsdiagnose konzentriert, obwohl diese Theorie sogar von ihm selbst medizinisch als nicht prioritär angesehen wird. Seine persönliche Bindung baut er über das Erfragen von persönlichen Daten. Es ist auffällig, dass die Herkunft erneut eine wichtige Rolle spielt. Für ihn ist nicht nur relevant woher der Patient kommt, sondern auch woher die Eltern kommen. Damit spiegelt er einen Teil dessen, was am Begriff ‚Migrationshintergrund‘ kritisiert wird wider. Ausgrenzung erfolgt nicht nur anhand vom Geburtsort (Ausländer gegenüber Deutschen) sondern wird ausgeweitet und zieht eine ‚übergenerationelle Herkunft‘ mit sich („in dem ich überhaupt frage woher er **kommt** woher die Eltern **kommen** ähm **Familienanamnese** ist enorm wichtig“). Die „enorm wichtig[e]“ Familienanamnese wird von ihm als Erfragung der Herkunft der Familie dargestellt und nicht – wie eigentlich definiert – als Erhebung von Krankheiten, welche die Familienmitglieder*innen betreffen könnten. Somit wird die Relevanz der ‚Herkunft‘ des Patienten erneut betont und hervorgehoben. Die letzte Aussage wird anschließend hinzugefügt („und ihm auch ein bisschen , sich wohlfühlen //mhm// dass er ernst genommen wird“), um vielleicht zu zeigen, dass seine anamnestiche Fragen nicht nur dem Arzt dienen sollen, sondern dem Patienten auch; hier greift höchstwahrscheinlich wieder die soziale Erwünschtheit.

Elaboration 1 (Proposition 1), aufgrund des angenommenen Migrationshintergrundes werden die Sozial- und Familienanamnese der somatischen Anamnese vorgezogen

I: mhm ok und ähm haben Sie sonst noch irgendwelche Anmerkungen oder Ergänzungen , Ideen zu dem gezeigten Fall irgendwas was wir jetzt noch nicht angesprochen haben?

*IP: also , wie gesagt ich ähh bin in der Anamneseerhebung , ähm etwass , fast etwas ausführlicher , das also in der **Umfeld**anamnese //mhm// ich möchte gerne wissen **was** das für ein Mensch ist //mhm// was der so bisher hinter sich gebracht hat , weil das , grade bei , Ausländern ganz wichtig ist die- die hier leben , ähnm und , die die , **genauen** Fragen ähm , also ob jetzt nach der zweiten Treppe oder nach der vierten Treppe der- das ist dann nicht ganz so , so entscheidend , das , das sind die technischen Untersuchungen nachher dann , das Wesentliche | Interview 1001 Zeile 113-120*

Bei der letzten Frage des qualitativen Fragebogens („haben Sie sonst noch irgendwelche Anmerkungen oder Ergänzungen, Ideen zu dem gezeigten Fall irgendwas was wir jetzt noch nicht angesprochen haben?“) kommt der interviewte Arzt erneut auf den angenommenen Migrationshintergrund des Patienten zu sprechen. Er wünscht sich mehr Informationen über den Patienten („**was** das für ein Mensch ist“, „was der so bis jetzt hinter sich gebracht, hat“), weil er es „grade bei, Ausländer[n]“ als „ganz wichtig“ einschätzt diese Informationen zu sammeln. Hier können zwei Aspekte hervorgehoben werden. Erstmal wird der Patient als „emi- **migranten** oder Nachfahren von Immigranten“, als „ehemaliger Ausländer“ und jetzt sogar „Ausländer“ bezeichnet. Die Gleichsetzungen, die am Anfang der Stegreiferzählung erfolgten, ziehen sich bis zum Ende des Interviews hin und zeigen, dass der Patient trotz allem als „ewige[r] Fremde“ (El-Tayeb, 2016, S.146), als nicht-zugehörig wahrgenommen wird. Zweitens wird hier wieder auf bestimmte Stereotype zurückgegriffen („was der so bis jetzt hinter sich gebracht hat“), die in diesem Fall das Bild eines schweren Lebens widerspiegeln. „Grade bei, Ausländer[n]“ wird eine Anamnese, die sich an die Beschwerden orientiert als „nicht ganz so, so entscheidend“ empfunden. Der angenommene Migrationshintergrund erscheint hier weiterhin handlungsleitend und wird einer (somatischen) symptomorientierten Anamnese vorgezogen.

Immanente Nachfrage mit anschließender Validierung 1 und Differenzierung 1 (Proposition 1), Abwertung und Relativierung psychischer Krankheiten und der Symptomatik des Patienten vor dem Hintergrund des angenommenen Migrationshintergrundes

I: mhm, und ähm zu den Migranten das hatten Sie ja grad gesagt, haben sie da irgendwie können sie ein Beispiel schildern

*IP: ja ich hab, zum Beispiel eine Patientin, **Kurdin**, die, von ihrem Mann geschlagen wurde die haben sich dann **getrennt** und dann ist das Problem dass die Kinder teilweise zum, Ehemann gehen und- und sie dann eben äh in der Beratungssituation ist dann ist sie in Psychotherapie dann kann sie nicht arbeiten dann, flüchtet sie flüchtet sie sich ins- in die **Krankheit** äh und ähm **nervt** dann sozusagen also //mhm// **laufend** ist eigentlich ähm wenn man sie sie- ich **sehe** ja meine Patienten wie sie dann hier an der Bushaltestelle wie sie gehen und so und dann sag ich wieso kann sie nicht arbeiten aber, im Kopf steckt das drin und das ihn auch angeboten, geh zum Arzt lass dich krankschreiben //mhm// also da ist- da spielt die Psyche- ähm gestern wieder eine Deutsche ((hustet)) selbst, Psychologie studiert hat, aber (1) hoffnungslos äh in diesen äh*

Teufels//mhm//kreis Geschichte gekommen ist sich krankschreiben zu lassen durch Frust am Beruf Frust in der privaten Beziehung (2) und ich sitz dazwischen , ja | Interview 1001 Zeile 121-143

Auf die immanente Nachfrage wird ein „Beispiel“ gegeben, das die geäußerten Meinungen, Ideen des interviewten Arztes darstellen soll. Dafür wird die Geschichte einer „Patientin , **Kurdi**“ geschildert. Die erwünschte Parallele, die zwischen dem Patienten aus der Video-Fallvignette und seiner „Beispielpatientin“ erstellt werden soll, hängt somit mit der Herkunft beider Patient*innen zusammen. Während erzählt wird, dass die Patientin „von ihrem Mann geschlagen wurde“, ist „das Problem dass die Kinder teilweise zum , Ehemann gehen und- und sie dann eben äh in der Beratungssituation ist dann ist sie in Psychotherapie dann kann sie nicht arbeiten dann , flüchtet sie flüchtet sie sich ins- in die **Krankheit** äh und ähm **nervt** dann sozusagen also //mhm// laufend“. Die fehlende Empathie (u.a. Betonung von „**nervt**“) ist hier aber nicht ausschließlich das Bemerkenswerte. Auch die Wahl seines „Beispiel[s]“ sollte hier nicht unbeachtet bleiben. Erstmal wird die Gewalt des Ehemanns fast als selbstverständlich dargestellt und unkommentiert erwähnt. Dies spiegelt möglicherweise ein bestimmtes Bild von „Ausländer[n]“ wider: die unterdrückte Frau und der gewalttätige Mann werden als ‚Normalität‘ dargestellt. Zweitens ist die Aussage dieses Auszugs, dass die Patientin mit ihren psychischen Problemen „nervt“. Seine Genervtheit könnte also auch auf den Patienten bezogen sein, wenn bedacht wird, dass diese Aussage vom interviewten Arzt als Beispiel formuliert wurde. Daraufhin wird kritisiert, dass sie sich „in die Krankheit“ flüchtet und deswegen nicht mehr arbeitet. Eigentlich ist der Interviewte der Meinung, dass die Patientin arbeiten könnte („dann sag ich wieso kann sie nicht arbeiten“) aber sie sich einbildet, sie könne es nicht („im Kopf steckt das drin“, „also da ist- da spielt die Psyche“). Hier wird die in der Proposition 1 beschriebene „Wehleidigkeit oder Empfindlichkeit“ wieder aufgegriffen und auf die Patientin angewandt. Dieses Beispiel dient dem interviewten Arzt exemplarisch, um „Ausländer“ zu diskreditieren; sie seien wehleidig, würden deshalb krank werden und als Konsequenz dann nicht mehr arbeiten können/wollen. Anschließend an dieses Beispiel, wird eine „Deutsche“ Studentin erwähnt, die „hoffnungslos äh in diesen äh Teufels//mhm//kreis Geschichte gekommen“ ist und auch aufgrund ihrer psychischen Beschwerden „sich krankschreiben“ lassen hat. Es entsteht der Eindruck, er wolle zeigen, dass es nicht nur „Ausländer“ betrifft, sondern auch „Deutsche“. Dieses zweite Beispiel weist wahrscheinlich darauf hin, dass er aufgrund der sozialen Erwünschtheit seine Problematisierung von „Ausländer[n]“

ausweiten will. Es ist aber auffällig, dass beide Beispiele, die er gewählt hat von Patientinnen handeln, obwohl der Fall einen männlichen Patienten darstellt. Es könnte daran liegen, dass das stereotypische Rollenbild einer Frau besser in diese Rolle der Schwäche reinpasst und somit seine Erzählung besser illustriert. Abschließend stellt er sich in eine Opferrolle, indem die Situation so dargestellt wird, als müsse er diese „Wehleidigkeit“ aushalten („und ich sitz dazwischen , ja“). Er wird von der Interviewerin gefragt, ob es noch etwas gäbe „was Sie abschließend , dazu noch irgendwie sagen wollen“. Daraufhin fängt der Interviewte einen langen Absatz an, in welchem er besonders positiv seinen Beruf schildert: „das Schöne ab der Allgemeinmedizin“, „sehr viele , interessante Fälle“, „ein persönliches Verhältnis“, „zu helfen“, „sehr viel Freude“, „hier bin ich am Leben“. Diese Schilderung kontrastiert seine vorigen Aussagen scharf, in denen er sich über das Verhalten von Patient*innen beschwerte und sich in eine Opferrolle begab. Somit wird die sich durchziehende soziale Erwünschtheit abschließend wieder dargestellt und validiert.

3.3 Interview 1003

Proposition 1, Annahme einer psychischen Erkrankung aufgrund familiärer Bedingungen

*IP: ähm , dann kam die Frage ähmhm //mhm// er berichtet ja von sein- von den- von der Frage nach den **Eltern** nach **Vorerkrankungen** die dann kamen , und - gut der Vater ist an nen Unfall gestorben deshalb mit- war das- ist es als Punkt raus , ähm dann die Frage nach seiner Mutter und das hat ihn schon sehr belastet so das ich sag schon etwas was er gesagt hat das is ihm **schwer** gefallen- die ist jetzt alt gestorben aber , ähm die Söhne haben ja häufig da sehr viel Verbindung- die türkische Familien kümmern sich ja sehr **intensiv** um ihre Angehörigen ähm interessanterweise gibt es da ein zeitlichen Zusammenhang also es passt ungefähr den Tod seiner **Mutter** , mit seiner Müdigkeit , das war ungefähr zeitlich- könnt mans in Verbindung setzen hab ich getan hätte ich gerne mehr nachgefragt , was , zum Beispiel- welche Rolle er gehabt hatte (2) Lebensaufgabe und so weiter das ist mir so durch den Kopf gegangen , ähmhm (5) | Interview 1003 Zeile 48-57*

Der interviewte Arzt leitet das Thema etwas zögernd ein („dann kam die Frage -ähmhm“, „er berichtet ja von sein- von den- von der Frage“) und wendet umständliche Formulierungen an („von der Frage nach den **Eltern** nach **Vorerkrankungen**“), als würde er sich dabei nicht wirklich wohl fühlen. Dieses Unwohlsein könnte ein Ausdruck davon sein, dass er sich nicht sicher ist, ob er in Gegenwart der Interviewerin dieses

Thema ansprechen kann. Diese Theorie wird erstmal weiter verstärkt, da er sehr vage in seinen Aussagen bleibt: Der Tod der Mutter wird mit „d[er] Frage nach seiner Mutter“ als Euphemismus formuliert und umgangen. Im Anschluss dazu macht der Interviewte seinen Bezug zum Gesagten deutlich, als wolle er betonen, dass er nicht interpretiert, sondern sich auf klare Fakten bezieht: „so dass ich sag schon etwas was er gesagt hat das is ihm **schwer**gefallen“. Außerdem wird „**schwer**“ betont und deutet damit auf die Wichtigkeit dieses Wortes für seine folgende Reflexion hin. Diese wird mit „die ist jetzt alt gestorben aber“ eingeleitet. Eigentlich sieht er es als natürlich an, dass Menschen in dem Alter sterben, „aber“ dem Patienten ist der Tod seiner Mutter trotz dessen sehr „**schwer**“ gefallen. Die Erklärung für diese „**schwer[e]**“ Reaktion findet er in der Beziehung vom Patienten zu seiner Mutter: „die Söhne haben ja häufig da sehr viel Verbindung“. Der Arzt sagt nicht ‚Söhne‘ sondern „die Söhne“. Der definierte Artikel weist somit darauf hin, dass der Interviewte auf bestimmte Söhne hinweisen will („die Söhne“ von ...). Der Kontext wird spätestens dann bei der nächsten Aussage klar, welche auf die Herkunft des Patienten eingeht („die türkischen Familien kümmern sich ja sehr **intensiv** um ihre Angehörigen“). Hiermit steht seine Kategorisierung fest. Die aufgestellte Regel zu „türkische[n] Familien“ soll das Verhalten des Patienten erklären. Der Ausdruck „**intensiv**“ verleiht dem Kümmern eine besondere Bedeutung, als wäre es dem Arzt fast zu viel oder übertrieben. Außerdem wird damit eine psychische Belastung, die zur psychischen Verdachtsdiagnose des Arztes führt, konstruiert. Der „zeitliche[...] Zusammenhang“ zwischen „de[m] Tod seiner **Mutter**“ und „seine[...] Müdigkeit“ setzt er in „Verbindung“. Der zuvor betonte Einfluss des angenommenen Migrationshintergrundes auf die Beziehung zur Mutter wird damit in Zusammenhang mit den Symptomen des Patienten gebracht und zeigt damit auf, dass der angenommene Migrationshintergrund des Patienten eine Rolle in der Entscheidungsfindung des Arztes spielt. Daraufhin wird ein aktiver Fokus auf diesen Aspekt gesetzt („hab ich getan hätte ich gerne mehr nachgefragt“). Durch seinen Abschlussfrage „welche Rolle er gehabt hatte (2) Lebensaufgabe“ stellt sich außerdem die Frage, ob er annimmt, es gäbe bestimmte Rollen und Lebensaufgaben in der „türkische[n] Familie“. Damit würde er sich ein konkretes Bild der türkischen Familie vorstellen, welches er aber erstmal nicht offenbart.

Leitfadenfrage mit anschließender Validierung 1 (Proposition 1), Annahme einer psychischen Erkrankung aufgrund des angenommenen Migrationshintergrundes

I: ok , ähm , dann können sie mir bitte nochmal im Detail schildern was Sie dazu veranlasst hat , die von Ihnen genannten vorläufigen Diagnosen zu stellen , das haben Sie schon etwa gemacht , und wie Sie zu der Priorisierung und der Angabe der Sicherheit gekommen sind

*IP: ((atmet tief ein und aus)) ich hab sie **gefühlt** , anders kann es nicht- also letztlich ist mal letztlich ist Medizin was wir durchführen glaube **ich** , nichts anders als ne hochkomplexe Wahrscheinlichkeitsrechnung , und und diese hochkomplexe Wahrscheinlichkeitsrechnung , ist **das** was wir in unserem **Kopf** , glaube ich machen und , je- je besser wir sind umso eher- umso besser können wir im Prinzip im Kopf rechnen , das heißt (2) ich , lasse einfließen in dem Moment , **emotional** wie wirkt der Patient , was **fühle** ich , aus welchem **Gebiet** kommt er , wie tritt er auf (1) ähhh wie wahrscheinlich ist es- ja also alleine durch so ein Auftreten können wir sagen **wirkt** er wie ein klassischer Herz-Kreislauf Patient? **ne** , wirkt er nicht , also er ist nicht übergewichtig , die Haut sieht ordentlich aus | Interview 1003 Zeile 77-88*

In diesem Zitat erklärt der Arzt seine Priorisierung der psychischen Verdachtsdiagnose mit Gefühlen („ich hab sie **gefühlt**“). Diese Annahmen werden als unausweichlich dargestellt: „anders kann es nicht-“ funktionieren. Dabei versucht er sein persönliches („glaube **ich**“) Vorgehen zu verbildlichen („hochkomplexe Wahrscheinlichkeitsrechnung“). Dem Vorgehen wird eine Neutralität und Komplexität verliehen (wie ein Computer), der den Eindruck vermittelt, die Entscheidungen des Arztes wären objektiv und allgemeingültig (wie $1+1=2$). Hier ist auch nicht mehr von „ich“ die Rede, sondern vom „wir“. Durch diese Verallgemeinerung inkludiert er nicht nur sich, sondern Ärzt*innen generell in seine Darstellung der Entscheidungsfindung. Die Auflistung „ich , lasse einfließen in dem Moment , **emotional** wie wirkt der Patient , was **fühle** ich , aus welchem **Gebiet** kommt er , wie tritt er auf“ besteht aus sehr subjektiven, unspezifischen Wahrnehmungen außer der konkreten Frage nach der Herkunft des Patienten. Möglicherweise will der Arzt dieses eine Kriterium unauffällig darstellen, als wäre es eins von vielen. Andererseits wird aber deutlich, dass die Herkunft des Patienten („aus welchem Gebiet kommt er“) wichtig und relevant für seine Entscheidungsfindung ist, da er das „in dem Moment einfließen lässt“. Diese vielen Faktoren werden vom Arzt als „Auftreten“ aufsummiert und als Grund benannt, weshalb der Patient kein „klassischer Herz-Kreislauf Patient“ ist. Dazu wird das Gewicht und das Hautkolorit ergänzend genannt und verleiht der Schlussfolgerung einen medizinischen Aspekt, der bis jetzt fehlte.

Proposition 2, Annahme von Risikofaktoren aufgrund von stereotypen sozialen Bedingungen

*IP: ähm er ist vom Hauttyp ähm eher etwas **heller** vielleicht Istanbul dd- von der Region=also eher Westtürkei ähm ähm ähm zumindest hab ich jetzt- ich hätte den wahrscheinlich noch nach seinem Wurzeln gefragt ich hab jetzt türkisch angenommen ich hätte ihn danach gefragt wo er herkommt , ähm er ist lange in Deutschland so gut wie er spricht ähm möglicherweise Gastarbeiter der ersten Generation das heißt er hat wahrscheinlich mal geraucht , ähm diese Informationen würde ich alle **irgendwo** reinnehmen , gar nicht gezielt fragen sondern sie auch zum Teil auch **annehmen** , ja **Berufsanamnese** zählt noch da dazu wäre nochmal wichtig das hätte auch meistens gefragt er ist- haben ja auch schwere Berufe gehabt , Werft oder sowas gearbeitet , ähm sehen aber nochmal häufig verbrauchter aus wie ich finde und , **das** , zusammen mit dem **Versuch** ein paar harte Fakten zu kriegen | Interview 1003 Zeile 88-96*

Bei der Beschreibung seiner Vorgehensweise wird der „Hauttyp“ als relevanter Faktor genannt, obwohl dieser keine Indikation bezüglich solcher Erkrankungen geben kann. Diese Aussage dient aber dem Interviewten, um zurück zu seiner Auseinandersetzung mit der Herkunft des Patienten zu kehren. „Vom Hauttyp“ schließt er auf die Region, aus welcher der Patient kommt. Widersprüchlich erwähnt er aber im Anschluss, dass er diese Informationen nicht angenommen hätte, sondern „gefragt“ hätte. Allerdings führt er direkt mit seinen Annahmen fort („er ist lange in Deutschland“, „möglicherweise Gastarbeiter“, „er hat wahrscheinlich mal geraucht“). „Diese Informationen“ würde er „gar nicht gezielt fragen, sondern sie auch zum Teil auch **annehmen**“. Der Interviewte widerspricht seiner früheren Aussage („ich hätte ihn danach gefragt“) und erklärt, wie er anhand seiner stereotypen und vorurteilsbehafteten Assoziationen bestimmte anamnestiche Befunde/Risikofaktoren „**annehmen**“ würde. Die Berufsanamnese würde er noch erfragen, wobei er direkt darauf wieder annimmt, dass ‚die‘ „auch schwere Berufe“ ausüben, „Werft oder sowas“. Am Anfang dieser Aussage unterbricht sich der Interviewte („er ist- haben ja auch schwere Berufe gehabt“) und geht vom Patienten („er“) auf die Gruppe („haben ja auch schwere Berufe gehabt“). Diese Gruppe wird nicht genannt („er ist“ – „türkisch“?), um vielleicht dabei nicht auffällig eine Trennung durchzuziehen (soziale Erwünschtheit). Allerdings wird diese Trennung, das Othering, hier auch sichtbar: es geht nicht mehr um den Patienten, sondern um die Gruppe, zu der er vermeintlich zugehörig ist. Auffällig ist, dass es nicht mehr ums Individuum geht, sondern um ‚die Türken‘. Obwohl der Patient nicht so aussieht, als hätte er in einer Werft gearbeitet („sehen aber nochmal häufig verbrauchter aus wie ich finde“), wird ein „schwere[r] Beruf“ angenommen. Als Zusammenfassung stellt er „**das**“, was er gesagt

hat, gegenüber von „ein paar harte[n] Fakten“ und impliziert damit, dass er sich für seine Entscheidungsfindung bisher nicht auf Fakten bezogen hat, sondern auf Annahmen und Vorurteile („**das** , zusammen mit dem **Versuch** ein paar harte Fakten zu kriegen“).

Elaboration 2 (Proposition 1), die psychische Erkrankung hängt stark mit der türkischen Familienbande zusammen

*IP: ähm dann ähm (5) würde mich interessieren- auch da wieder hi- hier hab ich türkische Clans also ich würde zu ihm kennen wer gehört dazu , ich wüsste nicht wie Yildiz Clan jetzt in Hamburg wäre wie ist sozusagen wie stark es städtisch ist aber hier hab ich , drei vier große Clans die sozusagen mit türkischen Wurzeln haben das wäre- dann wüsste man wer ist mit dabei , die kann man mal anfragen , wer ist deine Tochter die kenne ich (doch) auch , also um darüber so ein bisschen mehr **Familie** so ein bisschen zu , und ähm dann mach ich es so dass ich , dass wenn ich das Gefühl habe das ist jetzt **nichts** , **somatisches** , also ich sage ich hab meinentwegen- oder auch- nehmen wir auch nur die **Herzinsuffizienz** , ähm dann ähm hol ich mir die wieder , dann sag ich , pass auf sie kriegen mal ein Termin im viertel Jahr , dann sehen wir uns wieder , wenns ihnen gut geht dann sagen sie ihn ab aber lass uns mal- das sie den **Faden** zu mir behalten , das f-ehlt mir so ein bisschen- | Interview 1003 Zeile 230-241*

Hier wird der Abschnitt mit „würde mich interessieren“ eingeleitet und zeigt somit die Relevanz des Themas für den interviewten Arzt auf. Er determiniert die Zugehörigkeit des Patienten zu einem „türkische[n] Clan“. Mit dieser Gleichstellung von Familie und Clan verwendet er einen vorurteilsbehafteten und stark diskriminierenden Begriff, welcher im alltäglichen Gebrauch als Synonym für kriminelle türkische Großfamilien gebraucht wird (s. Abbildung 7). Während in der Erzählung des Interviewten der Aspekt der Großfamilie betont wird, wird der Aspekt der Kriminalität allerdings nicht deutlich. Hierdurch besteht die Möglichkeit, dass der Interviewte den Begriff anders versteht (die Wortwahl bleibt in diesem Zusammenhang trotzdem zu hinterfragen). Der Frage nach der „Rolle“ und „Lebensaufgabe“ des Patienten in der Familie, welche in Proposition 1 aufgebracht wurde, wird hier Kontext gegeben und seine Vorstellung einer „türkische[n] Familie“ wird deutlich. Die Assoziation des angenommenen türkischen Migrationshintergrundes mit Großfamilien wird durch die Fragen „wer gehört dazu“, „wer ist mit dabei“ weiterhin untermauert. Eigentlich ist es für ihn selbstverständlich, wer zu einer Familie dazugehört aber im dem vom Arzt gesetzten Kontext der „türkische[n] Clans“ gehören nicht nur direkte Familienangehörige dazu, sondern vielleicht auch andere Menschen. Im Folgenden stellt sich der Interviewte als ortskennntlich und -

zugehörig dar und schafft eine Hierarchie: „hier hab ich , drei vier große Clans“ – er ,hat‘/besitzt/steht über den Clans. Allerdings erscheint diese Bezeichnung im Folgenden unsicher („drei vier große Clans , die sozusagen mit türkischen Wurzeln haben“) und es stellt sich die Frage, ob diese fremdbestimmten „Clans“ wirklich türkische Wurzeln haben oder ob er hier ein Amalgam schafft und allgemein von nicht-Weißen „Clans“ redet. Es wird zumindest deutlich, dass sich seine Aussagen eher auf Vorurteile und Annahmen beziehen als auf Fakten. Daraufhin erläutert er seinen verallgemeinerbaren Umgang mit diesen Menschen, als hätte er dies schon öfter getan, als würde er sich da auskennen („die kann man mal anfragen“). Während er die Interviewerin immer gesiezt hat, duzt er den Patienten auf einmal und spiegelt damit erneut seine hierarchisierte Stellung zum Patienten („deine Tochter“: macht die Hierarchie zwischen ihm und den Patient*innen klar). Sein Gefühl reicht aus, um Entscheidungen zur Ätiologie der Erkrankung zu treffen („wenn ich das Gefühl habe das ist jetzt **nichts somatisches**“). Direkt im Anschluss dazu kommt er aber auf die Herzinsuffizienz zurück, welche seine dominante Verdachtsdiagnose repräsentierte. Es scheint, als würde er die psychosomatische Seite nur aufgrund des angenommenen Migrationshintergrundes des Patienten in Betracht ziehen. Nachdem die Herzinsuffizienz genannt worden ist, siezt der Arzt den Patienten wieder, anstatt ihn weiter zu duzen. Eine Gegenüberstellung der Konstrukte [Migrationshintergrund, duzen, psychosomatisch] und [nicht Migrationshintergrund, siezen, somatisch (HI)] zeichnet sich ab. Hiermit wird die weitreichende Relevanz des angenommenen türkischen Migrationshintergrundes und dessen Assoziation mit ‚Clans‘ in der Entscheidungsfindung unterstrichen.

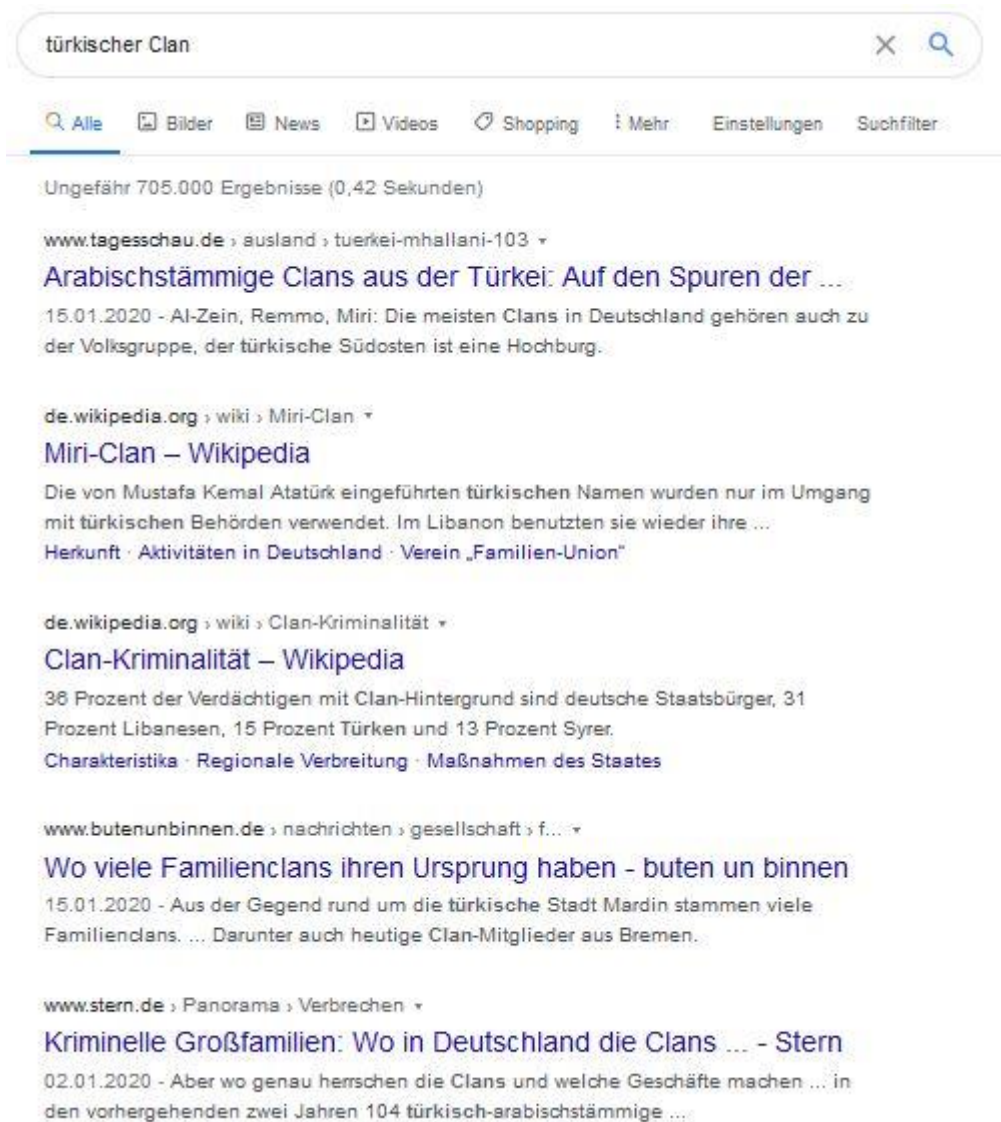


Abbildung 7, Screenshot Google Suche türkischer Clan 25.07.2020 16:38, eigene Aufnahme

3.4 Interview 1010

Proposition 1, Annahme einer psychischen Erkrankung aufgrund des angenommenen türkischen Migrationshintergrundes

I: Also sie sind gerade auf Matt eingegangen , (aber) sie hatten matt aber sehr differenziert

*IP: Ja , dieses differenzierte ist für mich immer wichtig , es gibt ja so Leute die können sich überhaupt nicht **ausdrücken** da kann man **zehnmal** nachfragen , äh und da kommt einfach **keine** weitere Antwort dann muss man irgendwie wirklich konzentrierte Fragen stellen //mhm// gibt es **dieses** Problem gibt es jenes Problem //mhm// da kommt man vielleicht dann auch **weiter** , aber bei diesem Patienten reichte ja schon ein kleines Nachfragen dass er das dann nochmal anders formuliert oder auch nochmal ne zusätzliche , äh Klage da , ähm ankam es würde mich schon interessieren was der fürn Beruf hat das äh würde ich schon sehr interessant auch finden , w- hat*

*der denn gearbeitet noch in dieser Zeit er hat sich ja offensichtlich nicht krankschreiben lassen , ist er berufstätig äh (1) //mhm// was für en sozialen Hintergrund hat er eigentlich das äh wurde ja aus dieser ganzen Geschichte irgendwie , wenn man den **Namen** hört ist klar kommt vielleicht aus dem türkischen Bereich ne , //mhm// und da ist ja auch immer die Frage , ähm (1) was ist da auch an **Vorgeschichte** gelaufen das sind ja auch oft Menschen die , äh ne ganze Menge an Dingen erlebt haben , er hat allerdings ja selber auch gesagt er hat **wenig** äh , Erkrankungen aus der Familie gut der Vater ist früh gestorben , ähm bei der Mutter hat er sich nicht weiter differenziert ausgedrückt , keine Geschwister ist eher ungewöhnlich finde ich für türkische Familien //mhm// das äh , ist was **Besonderes** find ich weil die oft ja auch , größeren Kreis haben also das hätt - dieser Hintergrund , der würde mich schon auch interessieren //mhm// | Interview 1010 Zeilen 269-288*

Zuerst führt die Interviewte eine klare Gegenüberstellung von „differenzierte[n]“ Patient*innen und „so Leute die können sich überhaupt gar nicht **ausdrücken**“ durch. Diese Dichotomisierung wird durch eine überspitzte Darstellung betont („da kann man **zehnmal** nachfragen , äh und da kommt einfach **keine** wweitere Antwort“). Diese ‚nicht differenzierten‘ Patient*innen erscheinen wie eine Last für die Ärztin, die dann ihre Fragen anpassen muss („da kommt einfach keine wweitere Antwort dann muss man irgendwie wirklich konzentrierte Fragen stellen //mhm// gibt es **dieses** Problem gibt es jenes Problem [...] da kommt man vielleicht dann auch **weiter**“). „Man“ kommt nur „vielleicht“ weiter, wenn „man“ „konzentrierte Fragen stellt“. Die Ärztin nimmt die Rolle einer Fürsprecherin der gesamten Ärzt*innenschaft ein und präsentiert ihr persönliches Vorgehen als eines, welches verallgemeinbar sei. Auf der anderen Seite wird der vorgestellte Patient als „differenziert“ dargestellt und dadurch auch angenehm und einfach zu anamnestizieren („aber bei diesem Patienten reichte ja schon ein kleines Nachfragen“). Nachdem die Interviewte ihre Dichotomisierung aufgestellt hat, zeigt sich ein Bruch in der Erzählung: Die Ärztin geht von der Differenziertheit des Patienten auf ihr Interesse zu seinen sozialen Determinanten über. Sie ist „interessiert“ und fände es „sehr interessant“ die Berufsanamnese zu kennen. Dieses besondere Interesse kann vielleicht darauf zurückgeführt werden, dass die Interviewte solch eine Differenziertheit nicht vom Patienten erwartet hatte. Sie erhofft sich womöglich durch die Berufsanamnese aber auch im Folgenden durch die Erfragung des „sozialen Hintergrund[s]“ bestätigende Informationen für ihr Bild von ‚differenzierten Patienten‘ zu erlangen, um sich diese ‚Auffälligkeit‘ erklären zu können. Differenziertheit bei Patient*innen wird also bei dieser Ärztin mit der Berufsanamnese und sozialen Herkunft in Verbindung gebracht. Sie könnte also „interessiert“ daran sein, wie es bei diesem Patienten ist, weil sie erstmal

davon ausging, dass ein Patient mit türkischem Namen („wenn man den **Namen** hört ist klar kommt vielleicht aus dem türkischen Bereich ne“) ,bestimmte‘ Berufe ausübt, einen ,bestimmten‘ sozialen Hintergrund hat und sich deshalb im Ärzt*innengespräch nicht besonders „differenziert“ ausdrückt. Ihre Vorannahmen stellt sie also während des Interviews in Frage und passt sie an ihre Wahrnehmung des Patienten in dem Video an: der Patient hat einen türkischen Namen, seine Schilderungen sind also aus diesem Grund nicht differenziert. Während der Anamnese zeigt er sich aber als durchaus differenziert. Deshalb wäre es interessant, seine Berufs- und Sozialanamnese zu kennen, weil diese sich wahrscheinlich von dem, was die Ärztin von Menschen, denen sie einen türkischen Migrationshintergrund zuschreibt, erwartet hätte, unterscheiden. „Das äh wurde ja aus dieser ganzen Geschichte irgendwie“ nicht deutlich: die Interviewte schätzt die Sozial- und Berufsanamnese („das“) als relevant für ihre Entscheidungsfindung ein und versucht daraufhin sich diese Informationen heuristisch herzuleiten („wenn man den **Namen** hört ist klar kommt vielleicht aus dem türkischen Bereich“). Der angenommene Migrationshintergrund soll die fehlenden anamnestischen Informationen ersetzen und als Indikator für die Sozial- und Berufsanamnese dienen. Später fällt die Gegensätzlichkeit von „klar“ und „vielleicht“ auf, was möglicherweise eine Autozensur deutlich macht: für diese Ärztin ist es klar, dass Menschen mit türkischen Namen einer Kategorie zugeordnet werden können („klar“), schwächt sich aber in der Interviewsituation ab („vielleicht“), um ein bestimmtes Bild von sich zu präsentieren (soziale Erwünschtheit). Diese Autozensur wird außerdem im gleichen Satz erneut sichtbar als die Ärztin nicht ‚Türkei‘ sondern einen schwammigen Begriff verwendet („türkischen Bereich“), so als würde sie sich nicht sicher sein, wie sie es sagen soll. Bei Menschen aus dem „türkischen Bereich“ ist „ja auch immer die Frage , ähm (1) was ist da auch an **Vorgeschichte** gelaufen“ ist. Die Ärztin scheint hier davon auszugehen, dass der angenommene Migrationshintergrund mit einer (psychischen?) Vorbelastung assoziiert werden muss. Sie tritt dabei erneut als Fürsprecherin auf und trifft verallgemeinernde Aussagen („immer“). Außerdem ist ihre Differenzierung zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sowie ihre Verwendung von „da“ (im Kontrast zu ‚hier‘) als verallgemeinernde Ortsangabe Zeichen des Otherings das sie vollzieht. Sie distanziert sich hiermit vom Patienten: er ist nicht von ‚hier‘ sondern von „da“. Dieser Prozess wird fortgeführt und findet sich in ihren weiteren Aussagen wieder („das sind ja oft Menschen die , äh ne ganze Menge an Dingen erlebt haben“). Hier wird deutlich, dass die Interviewte den angenommenen

Migrationshintergrund mit einer bestimmten Vorbelastung assoziiert und damit ihre psychische Verdachtsdiagnose stärkt. Die Ärztin generalisiert außerdem und erstellt eine Regel: ‚das sind Menschen, die sich so und so verhalten‘. Der Patient wird als Mensch mit Migrationshintergrund kategorisiert. Im Folgenden bezieht sie sich wieder auf ihre Beobachtungen während der Anamnese („er hat allerdings ja selber auch gesagt er hat **wenig** äh , Erkrankungen aus der Familie“) und zeigt dabei eine erneute Diskrepanz zwischen ihren Vorurteilen und ihren Beobachtungen (sie hätte eine höhere familiäre Belastung erwartet). Diese Diskrepanz erweitert sich: „keine Geschwister ist eher ungewöhnlich finde ich für türkische Familien“, „weil die oft ja auch , größeren Kreis haben“. Erneut passt der Patient nicht in der Kategorisierung der sie ihn gerne zuordnen würde und wird damit zu jemand „Besonderem“ der die Ärztin „interessier[t]“, weil er nicht ihren Vorurteilen entspricht („dieser Hintergrund der würde mich schon auch interessieren“). Als abschließende Aussage wird der Patient trotz allem weiterhin in der Kategorie Mensch mit Migrations„hintergrund“ zugeordnet. Hier wird die Macht dieser Kategorisierung deutlich. Es wird vorerst das Stereotyp angenommen und um sich davon zu lösen, muss der Patient erstmal das Gegenteilige beweisen.

Immanente Nachfrage mit Proposition 2, Misstrauen und Anzweiflung von Aussagen aufgrund des angenommenen Migrationshintergrundes

I: Und äh könnten sie - sie meinten auch grade , ähm (3) ah ich hatte das grade ich , ich dachte ich , behalt mir das im Kopf und schreibe das nicht auf ähh , ah genau sie hatten gerade gesagt dass ähmm , ähm Menschen mit türkischem Migrationshintergrund //mhm// oft ähmm , jetzt hab ich den genauen Wortlaut vergessen aber //mhm// aber sie korrigieren mich wenn das nicht genau ist ähm -dass sie schon viel erlebt haben //mhm mhm genau// so - sowas in der Art

*IP: L Meistens ist es ja irgendein , **Migrationshintergrund** warum auch , **immer** der muss ja nicht unbedingt **Flüchtling** sein oder so aber , das sind ja Menschen die aus einem anderen **Kulturkreis ursprünglich** stammen , der ist vom Alter vielleicht gerade noch in der Gruppe die hier schon geboren sind er spricht ja völlig akzentfrei Deutsch also wird es keiner sein der erst hier so , seit zwei drei Jahren oder- da würde man den Akzent einfach deutlicher hören , ähm sodass ich denke dass der schon , zu mindestens **sehr sehr sehr lange** , äh //ja// äh äh in Deutschland lebt , aber das sollte man natürlich auch immer ein **bisschen** mit im Hintergrund haben , ähm ob da irgendwas eh ist , allerdings hab ich die Erfahrung gemacht dass äh wenn die in jüngeren Jahren gesundheitliche Probleme in der Türkei hatten , die oft sehr wenig **Wissen** über die genauen Dinge haben die da abgelaufen sind äh , da ist offensichtlich so die Einbeziehung //mhm// , der Patienten ähnlich wie bei uns früher noch nicht so gut gewesen und die haben dann meistens*

*keinerlei Unterlagen mehr dadrüber , und ähm das ist dann immer ähm etwas schwierig zu interpretieren weil er hat ja auch angegeben , er war gesund und es gab **nichts** ob das so stimmt , hm kann man ja nicht wissen //mhm ja// , wenn man erstmal nur - er hat es so **wahrgenommen** ne //mhm// okay | Interview 1010 Zeilen 289-308*

Als nächstes wird von der Interviewerin eine immanente Nachfrage zur Aussage der Ärztin („das sind ja oft Menschen die , äh ne ganze Menge an Dingen erlebt haben“) gestellt. Die interviewte Ärztin geht dann auf den angenommenen Migrationshintergrund ein, dabei spielt es für sie keine Rolle, ob „irgendein , Migrationshintergrund“ oder „Flüchtling“. Das relevante Unterscheidungskriterium wird hier klar: Menschen die nicht zu ihrer Identifikationsgruppe (*Weiß*e) gehören werden als ‚die Anderen‘ dargestellt. Diese weitreichende Aus-/Begrenzung wird durch die nächste Aussage noch klarer: sie „stammen“ „aus einem anderen **Kulturkreis ursprünglich**“. Hier werden ‚diese Menschen‘ als nicht von ‚hier‘ sondern „aus einem anderen **Kulturkreis**“ kommend dargestellt. Die Benutzung der Begriffe „stammen“ und „**ursprünglich**“ in dem Kontext fällt dabei als Redehabitus auf, die PoC (People of Colour) und Schwarze Menschen oft zugeschrieben wird (wild, naturnah, ursprünglich, ...) und könnte möglicherweise auch einer solchen Wahrnehmung bei der interviewten Ärztin widerspiegeln. Darauf folgend erstellt die Ärztin Subkategorien für Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund und weist der „Gruppe“, die „**sehr sehr sehr lange** [...] in Deutschland lebt“ auch Eigenschaften zu („völlig akzentfrei Deutsch“) sowie der gegenübergesetzten Gruppe („da würde man den Akzent einfach deutlicher hören“). Die dreifache Betonung von „sehr“ erweckt den Eindruck, als wäre ein Mensch mit türkischem Namen, welcher akzentfrei spricht, etwas besonderes/seltenes für der Interviewten. Außerdem wird die Sprachkompetenz als relevanter Indikator dargestellt, welcher die Interviewte auf die Dauer des Aufenthaltes der Patient*innen schließen lässt (und damit auf deren ‚Integration‘?). Durch eine weitere Regelsetzung („sollte man“; „natürlich“, „immer“) versucht die Ärztin den Eindruck zu geben, es sei nicht ihre persönliche subjektive Ansicht, sondern einfach eine Regelmäßigkeit, eine generelle Wahrheit. Außerdem wird betont, dass es „immer“ wichtig ist zu beachten, dass Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund aus einem anderen Kulturkreis stammen („das sollte man natürlich auch immer ein **bisschen** mit im Hintergrund haben“). Diese Aussage lässt auf zwei Aspekte schließen. Für die Interviewte gehören erstens Menschen mit ‚Migrationshintergrund‘ nicht zum „**Kulturkreis**“ der Ärztin (obwohl viele die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen und in Deutschland aufgewachsen

sind) und zweitens wird eine Inkompatibilität angedeutet zwischen ‚ihrem Kulturkreis‘ und dem „anderen[...] **Kulturkreis**“; es wird als Problem dargestellt, als etwas, worauf „man“ achten müsste²³. Anhand ihrer „Erfahrung“ legitimiert sie ihre Aussage, und versucht sie zusätzlich damit zu begründen, dass „man“ gucken sollte „ähm ob da irgendwas eh ist“. Sie zögert und bleibt sehr vage, welches darauf hinweisen könnte, dass sie wahrscheinlich selbst nicht sicher ist, worauf ‚geguckt werden sollte‘. Die Interviewte verstärkt ihre Kategorisierung und das Othering weiterhin und bezeichnet die von ihr abgegrenzte Gruppe mehrmals als „die“ („die in jüngeren Jahren gesundheitliche Probleme in der Türkei hatten, die oft sehr wenig **Wissen** über die genauen Dinge haben die da abgelaufen sind“). Es wird außerdem eine Gegenüberstellung vom progressiven Deutschland und von der rückständigen Türkei aufgestellt („da ist offensichtlich so die Einbeziehung //mhm//, der Patienten ähnlich wie bei uns früher noch nicht so gut gewesen“), die als „offensichtlich“ bezeichnet wird. Nachdem viel über „die“ Patient*innen gesagt wurde, wird auch das türkische medizinische System kritisiert und als unorganisiert dargestellt („die haben dann meistens keinerlei Unterlagen mehr dadrüber, und ähm das ist dann immer ähm etwas schwierig zu interpretieren“). Hiermit stellt sich die Interviewte als Expertin dar und verstärkt die vorher genannte Gegenüberstellung Türkei – Deutschland. Obwohl der Patient am Anfang dieses Ausschnitts als grundsätzlich anders als der Rest der Menschen mit angenommener Migrationshintergrund dargestellt wird (weil er differenziert ist, akzentfrei spricht und keine große Familie hat) wird die Ärztin in ihrer abschließenden Aussage trotz allem genau aufgrund des angenommenen Migrationshintergrunds misstrauisch und zweifelt die Ansagen des Patienten an („er hat ja auch angegeben, er war gesund und es gab **nichts**, ob das so stimmt hm kann man ja nicht wissen“). Dieser Schluss zeigt, wie tiefgreifend der Einfluss des Namens des Patienten auf die Ärztin war. Die letzten Wörter bleiben etwas unklar formuliert („wenn man erstmal nur- er hat es so **wahrgenommen**“) aber es

²³ s. kulturalistisch argumentierenden Rassismus: „Grundlage ist der Glaube an eine historisch gewachsene unausweichliche Differenz und Hierarchie der Kulturen sowie der Religionen als integralem Bestandteil von Kulturen. Diese werden als essentialistische, also als in ihrem Wesen unwandelbare und somit statistische Konstrukte verstanden. Damit einher geht eine Quasi-Naturalisierung kultureller Eigenschaften. Hierbei werden allen Personen einer kulturell-homogen definierten Gruppe bestimmte Merkmale zugeschrieben. Zudem wird das soziale Verhalten der Mitglieder dieser Gruppe vorrangig oder gar ausschließlich der Gruppenzugehörigkeit und den damit verbundenen unterstellten Eigenschaften abgeleitet. Derartige Annahmen rekurren implizit auf einen Kollektivcharakter. [...] Für das Individuum bleibt bei dieser deterministischen Sichtweise auf kulturelle Einflüsse wenig Spielraum – menschliches Handeln wird so allein aufgrund von zugeschriebenen Gruppenzugehörigkeiten erklärbar“ (Shooman, 2014, S.58f)

kann vermutet werden, dass die Ärztin sich auf ihre vorige Aussage bezieht. Der Patient wird hier als unwissend/unaufgeklärt dargestellt und wird dadurch entmündigt: er hat „wahrgenommen“, dass er krank ist, „ob es stimmt hm kann man ja nicht wissen“. Wahrscheinlich beruht dieses Misstrauen auch auf der Darstellung des türkischen Gesundheitssystems als ein rückständiges System.

Elaboration 1 (Proposition 2), das Misstrauen gegenüber Patient*innen mit ‚Migrationshintergrund‘ ist dadurch begründet, dass sie psychische Beschwerden somatisieren (Schuldzuweisung). Die Konsequenzen und das Leid werden von der Ärztin getragen (Opferrolle)

I: Okay , ähm (3) genau (7) ja ähm , sie hatten außerdem ähm gesagt dass sie das immer im Hinterkopf behalten wenn , Patienten kommen ähm , körperliche Symptome schildern , äh dass da immer trotzdem noch ne //mhm// , psychosomatische //mhm// Ursache dahinter sein kann , ähh könnten sie das auch noch ein bisschen weiter erläutern

*IP: das sind auch Erfahrungen die man natürlich im z- Laufe der vielen **Jahre** hat , ich erinnere einen Patienten auch mit einem , a u s l ä n d i s c h e n Hintergrund , der die Symptome einer bronchial Karzinomkrankung hatte darauf auch im Krankenhaus untersucht wurde , hochspezialisiert den man schon Lungenflügel entfernen wollte , der dann Symptomatik einer Hirnmetastasierung zeigte- sich nicht mehr weiter abklären lassen wollte , schon hochdosiert unter Opiaten stand und wir haben uns vorbereitet dass er **stirbt** (1) //mhm// ähm es war ein ungutes Gefühl weil ich halt nicht weiter , **klären** konnte die , einzelnen Sachen es stand dieser Verdacht Bronchialkarzinom durch Kleinzeller , ne //mhm// es war aber nichts **bestätigt** weil , die Probe wurde nicht entnommen die Lunge wurde nicht operiert die Symptome **verstärkten** sich wie bei einer **fortschreitenden** metastasierten Bronchialkarzinomkrankung=sehr intelligenter Patient //mhm// , und dann haben die Angehörigen- der hatte weltweit Kontakte aus Palästina kommend , **gebetet** für ihn und auf einmal stand er auf und alles war wieder weg , dem war schon- der hatte Lähmungen im Arm , dem fiel was aus der Hand und dann , irgendwann Monate später ham wir dann nochmal was gemacht und es war nichts da , und das war schon für mich ne sehr beeindruckende Situation weil ich glaube nicht dass es ne Spontanremission war dies in seltenen Fällen ja auch mal gibt , sondern ich glaube das war eine **hochdramatisch** psychosomatische , **hysteriforme** Störung //mhm// , mit einer- für mich nie wieder so aufgetretenen Dynamik gewesen //mhm// , und äh (1) wenn man sowas erlebt hat ist man schon , doch sehr geprägt auch , in der Zukunft sehr genau zu **gucken** obs noch andere Aspekte gibt //mhm// ne , das ist zwar sehr unwahrscheinlich //ja// in so ner Situation- da passte **alles** in die körperliche Schiene **alles** //mhm// , und auch alle **Fachärzte** waren ja dabei- ist dann eben nur zur weiteren Klärung nicht mehr er hat gesagt er will dann in Ruhe sterben , so //mhm// , und ähm wir ham ihn wirklich schon auf dem Totenbett gesehen //ja// , fand ich schon sehr beeindruckend und , ähm man macht ja im*

Laufe der Zeit eine Vielzahl von solchen Erfahrungen mit , wo man diagnostische Schienen hat wo sie sich bewahrheitet haben wo man , feststellt Mensch ist was ganz anderes dahinter gewesen | Interview 1010 Zeilen 332-360

Die Interviewerin greift auf das Gesagte vom Arzt zurück und fragt nach weiteren Erläuterungen zur Aussage „dass Patienten also äh , körperliche Beschwerden schildern weil sie damit , gut ankommen und irgendwie Aufmerksamkeit haben und in Wirklichkeit liegt der ganze Fokus doch auf ner anderen Situation im Hinterkopf behalte ich sowas eigentlich immer“ (Interview 1010 Zeile 292-295). Daraufhin schildert die Interviewte ein Beispiel aus ihrer eigenen „Erfahrung“ und legitimiert die Aussagekraft dessen anhand von Redewendungen, die ihre Expertise sowie die Allgemeingültigkeit ihrer Äußerungen rechtfertigen sollen („man“, „natürlich“, „Erfahrungen [...] im Laufe der vielen **Jahre**“). Der Patient, den sie in ihrer Erzählung als Beispiel nehmen wird, hat einen „ , a u s l ä n d i s c h e n Hintergrund“. Mit der Pause vor „a u s l ä n d i s c h“ und ihrer langsamen Sprechweise markiert die Ärztin eine Zäsur, so als wäre sie sich unsicher, wie sie den Patienten beschreiben soll. Obwohl der ‚Hintergrund‘ des Patienten für ihr Beispiel eigentlich irrelevant ist, will die Ärztin trotzdem präzisieren, dass der Patient „a u s l ä n d i s c h“ ist. Hierdurch distanziert sie sich von diesem und schafft den Eindruck, dass ein Mensch, der keinen „a u s l ä n d i s c h e n Hintergrund“ hat, sich womöglich nicht so verhalten hätte. Dieser Patient hatte „die Symptome einer Bronchialkarzinomkrankung“, wurde „hochspezialisiert“ untersucht, „zeigte“ dann die „Symptomatik einer Hirnmetastasierung“ aber wollte „sich nicht mehr abklären lassen“. Die Interviewte erläutert ziemlich detailliert ihr Beispiel, benutzt aber eine bestimmte Wortwahl: der Patient „zeigte“ seine Symptome und wollte „sich nicht mehr abklären lassen“. Die Wortwahl ‚zeigen‘ (Präsentieren) könnte implizieren, dass die Symptome in ihrer Wahrnehmung vorgeführt wurden. „Wollte nicht“ weist auf einen fehlenden Willen des Patienten hin, gesund zu werden. Diese Erzählung lässt eine Gegenüberstellung vom medizinischen System, welches alles tut, um diesen Menschen zu helfen, und vom Patienten, der klagsam und unkooperativ ist, erscheinen. Dadurch, dass der Patient „sich nicht mehr weiter abklären lassen wollte“, wurde „nichts **bestätigt**“, die „Probe wurde nicht entnommen“ und „die Lunge wurde nicht operiert“. Die dreifache Verneinung betont das, was ihrer Meinung nach falsch lief und die Verantwortung wird dabei auf den Patienten gesetzt. Diese Schuldzuweisung durch Bestätigung der Verantwortung wird auch nochmal durch die Betonung der Intelligenz des Patienten verstärkt („er wusste was er macht“ – „sehr intelligenter Patient“). Im Vergleich zu ihrer vorigen Erläuterungen

dieser Geschichte, die ziemlich lang und detailliert waren, bleibt die – eigentlich beeindruckende – Genesung des Patienten wenig ausführlich kommentiert („und dann haben die Angehörigen- der hatte weltweit Kontakte aus Palästina kommend , **gebetet** für ihn und auf einmal stand er auf und alles war wieder weg“). Dabei wird – wie zum Anfang des Beispiels – auf die Herkunft der Menschen, von denen sie berichtet, eingegangen („Kontakte aus Palästina“) und dadurch als relevant für die Ereignisse dargestellt. Durch dieses Beispiel zieht sich eine Fixierung auf ihre eigene Wahrnehmung der Situation und der Bezug zum Patient geht verloren (es wird in keinem Moment geschildert, wie sich der Patient fühlte). Die Ärztin stellt sich in eine Opferrolle, als hätte sie leiden müssen und der Patient hätte sie ausgenutzt („dem war schon- der hatte Lähmungen im Arm , dem fiel was aus der Hand und dann irgendwann Monate später ham wir dann nochmal was gemacht und es war nichts da“). Die Interviewte beschreibt diesen Beispiel als „beeindruckende Situation“ und schließt ihre eigene Rückschlüsse über die Erkrankung des Patienten („ich glaube nicht dass es ne Spontanremission war dies in seltenen Fälle ja auch mal gibt“, „ich glaube das war eine **hochdramatisch** psychosomatische , **hysteriforme** Störung“). Hiermit wird noch einmal das ‚Schlimme‘ betont („**hochdramatisch**“) und der Patient wird als ‚hysterisch‘ beschrieben. In der ganzen Erzählung geht es eigentlich nicht um den Patienten und wie es ihm und seiner Umgebung in der Zeit ging, sondern vor allem um die Ärztin und ihre Wahrnehmung der Ereignisse. Diese Theorie wird im Folgenden bestätigt als die Ärztin das Erlebnis erneut auf sich bezieht („wenn man sowas erlebt“): obwohl es eigentlich der Patient ist, der die Krankheit „erlebt“ hat, geht es hier darum, dass sie „sowas erlebt[e]“ und welche Konsequenzen es für sie hatte. Die Interviewte schließt aus dieser Erfahrung, dass sie bei Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund aufpassen muss, ob psychosomatische Beschwerden durch körperlichen Beschwerden ausgedrückt werden („wenn man sowas erlebt hat ist man schon , doch sehr geprägt auch , in der Zukunft sehr genau zu **gucken** obs noch andere Aspekte gibt“). Obwohl sie ihre Erzählung eigentlich schon beendet hat, betont sie nochmal, dass es tatsächlich „**alles** in die körperliche Schiene“ passte (betont dabei zweimal „**alles**“) und holt sich auch nochmal Validierung indem sie „alle **Fachärzte**“ miteinbezieht. Das Einzige, was ihren Aussagen nach nicht ‚richtig‘ erfolgte, war, dass der Patient „nur zur weiteren Klärung nicht mehr“ hingehen wollte und sagte, er wolle „in Ruhe sterben“. Hier wird Schuldverweisung an dem Patienten wiederholt ausformuliert. Sie macht außerdem auch erneut deutlich, wie sehr dieses Erlebnis sie

betroffen hat („sehr beeindruckend“), validiert sich selbst („man macht ja im Laufe der Zeit eine Vielzahl von solchen Erfahrungen mit“) und verwendet wiederholt „man“, um ihre Aussage auf ein ‚normales‘, ‚selbstverständliches‘ Verhalten auszuweiten („man macht ja“, „was man diagnostische Schienen hat“, „wo man , feststellt“). Letztendlich spricht die Ärztin sich hiermit ihre eigene Verantwortung für das nicht-feststellen einer Diagnose ab, weil sie „diagnostische Schienen hat wo sie sich bewahrheitet haben“ aber diese Patient*innen trotz allem eine andere Diagnose haben („wo man , feststellt Mensch ist was ganz anderes dahinter gewesen“).

3.5 Interview 1012

Proposition 1, Annahme einer psychischen Erkrankung aufgrund des Verhaltens

*IP: als erste fällt auf , dass Frau **Yildiz** mehr oder weniger sieben Minuten lang , **nichts** außer Ihre Lippen bewegt //mhm// und , damit stellt sich gleich irgendwie , immer=mal=die Frage, ist das was organisches oder was , psychosomatisches , also , isse **vielleicht** , ähm zum Beispiel etwas mit der Schilddrüse oder **vielleicht** , ne Rückzugerscheinung aufgrund irgendwelche anderer sozial , psychosoziale Umstände | Interview 1012 Zeile 10-14*

Der erste Punkt, auf den vom Interviewten aufmerksam gemacht wird, ist das Verhalten der Patientin. Sie hätte „mehr oder weniger sieben Minuten lang , **nichts** außer Ihre Lippen bewegt“. Die Kombination von „als erste fällt auf“ und die Betonung von „Frau **Yildiz**“ lässt denken, dass die Patientin von ihm als auffällig wahrgenommen wird. Es könnte sein, dass der Arzt diesen türkischen Namen auffällig findet und bestimmte Verhaltensweisen damit assoziiert. Dieser Anfang könnte schon auf eine Kategorisierung der Patientin hinweisen. Aus dem Verhalten von „Frau **Yildiz**“ zieht der Arzt den Schluss, dass „sich gleich irgendwie , immer=mal=die Frage [stellt] , ist das was organisches oder was , psychosomatisches“. Durch die Verwendung von Begriffen wie „gleich“ und „immer“ wird dem Gesagten des interviewten Arztes eine Selbstverständlichkeit und Regelmäßigkeit verliehen. Die Betonung des Geschlechts und des Namens der Patientin („Frau **Yildiz**“) könnte darauf hinweisen, dass der Arzt einem Zusammenhang zwischen „Frau **Yildiz**“ und „**nichts** außer Ihre Lippen bewegt“ erstellt. Er illustriert seine Aussage anhand von einem „Beispiel“: es könnte „etwas mit der Schilddrüse oder **vielleicht** , ne Rückzugerscheinung aufgrund irgendwelche anderer sozial , psychosoziale Umstände“ sein. Der Arzt will wahrscheinlich auf das ihm als Dysthymie erscheinende Verhalten

eingehen und erwähnt zwei mögliche Ursachen. Einerseits eine organische Ätiologie (wie beispielsweise Hypothyreose), die zu einer depressiven Symptomatik führen könnte oder ein psychosomatisches Krankheitsbild, welches von ihm als „Rückzugerscheinung“ beschrieben wird. Der Interviewte bedient sich hiermit einer Beschreibung, die nicht medizinisch ist. Die psychosomatische Ätiologie wird zudem banalisiert, indem keine Verdachtsdiagnose genannt wird, sondern eine „Rückzugerscheinung“ genannt wird. Diese „Rückzugerscheinung“ lässt vermuten, welches Bild sich der interviewte Arzt von der Patientin gemacht hat: eine zurückgezogene, wahrscheinlich schüchterne und distanzierte „Frau“. Die Ursache dieses Rückzugs wird in den „sozial , psychosozialen Umstände[n]“ vermutet, die zuerst von ihm nicht weiter aufgeführt werden. Hier kann auf eine Parallele zu mehreren anderen Interviews (z.B. 1010 und 1001) hingewiesen werden, in denen eine psychische Vorbelastung bei Patient*innen aufgrund deren angenommenen Migrationshintergrund angenommen/konstruiert wurde. Es zeichnet sich möglicherweise also ein ähnliches Bild ab, in dem „Frau **Yildiz**“ sich aufgrund von „sozial , psychosozialen Umstände[n]“ (die psychische Vorbelastung) zurückzieht.

Proposition 2, vermeintliche mangelnde Integration von Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund als Ursache psychischer Erkrankungen

*IP: sollte sich tatsächlich eine organische **Gesundheit** da rausstellen , dann würde man gucken wie man eine 75 jährige (1) zwar gut integriert- ähh=in te griert aber doch **Türkin** vermut ich mal , zu mindestens , Herkunftsland , ähm besser , integriert wenn das die Ursache sein sollte (2) Mutter tot Vater tot Geschwister **keine** (1) fragt man sich natürlich was macht die Dame , sonst (3) und dann würde man die möglicherweise ein bisschen an die hausärztliche , Bindung versuchen zu bekommen indem man sie regelmäßig , sieht und einbestellt (5) | Zeile 51-57 Interview 1012*

Der interviewte Arzt äußert, dass er erstmal die somatischen Ursachen abklären würde, bevor er sich der psychosomatischen Seite widmet („sollte sich tatsächlich eine organische **Gesundheit** da rausstellen“). Dabei zeigt die Benutzung von „tatsächlich“, dass der Interviewte mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer „organische[n] **Gesundheit**“ ausgeht. Diese Annahme könnte auf dem letzten Abschnitt aufbauen, in dem vorgeschlagen wurde, dass „Frau **Yildiz**“ aufgrund von „psychosozialen Umstände[n]“ psychosomatische Symptome zeigt. Außerdem stellt der Arzt sein Vorgehen so dar, als

wäre es verallgemeinbar („würde man gucken“). Die psychosomatische Ätiologie wird direkt an das Alter und an die angenommene Herkunft der Patientin gebunden („dann würde man gucken wie man eine 75 jährige (1) zwar gut integriert- ähh=in te griert aber doch **Türkin** vermut ich mal zu mindestens , Herkunftsland , ähm besser integriert wenn das die Ursache sein sollte“). Hier stellt sich die Frage, warum der Arzt die Patientin als „gut integriert“ wahrnimmt. Außerdem wird die Integration der Patientin ihrer Herkunft gegenübergestellt („in te griert aber doch **Türkin**“), so als würde das Eine („**Türkin**“) dem Anderen („in te griert“) verhindern (s. „ewige Fremde“, (El-Tayeb, 2016, S.146) und Interview 1001). Hier wird der Otheringprozess sichtbar: die Patientin ist „integriert“, gehört aber nicht zum ‚Wir‘, weil sie „**Türkin**“ ist. Es wird eine Grenze zwischen ‚Wir‘ (der Arzt) und die ‚Anderen‘ (die „**Türkin**[nen]“) gezogen. Durch „vermut ich mal zu mindestens , Herkunftsland“ schwächt der Arzt seine Aussage ab, indem er nochmal klar macht, dass er nicht wissen kann, ob die Patientin tatsächlich „**Türkin**“ ist. Trotzdem wird dabei betont, dass die Türkei ihr „Herkunftsland“ ist. Letztendlich zielen beide Aussagen („sie ist Türkin“ und „ihr Herkunftsland ist die Türkei“) auf das Gleiche ab, und zwar darauf hinzuweisen, dass die Patientin nicht von ‚Hier‘ ist. Der Arzt sieht es im Folgenden als seine Aufgabe, die Patientin „besser [zu] integrier[en]“ und stellt sich damit in eine aktive Rolle, die der zurückgezogenen passiven Patientin (gegen)übersteht. Die Herkunft wird als Krankheitsursache formuliert, verdeutlicht somit die Relevanz des angenommenen Migrationshintergrundes für den Interviewten („wenn das die Ursache sein sollte“) und bestätigt die Theorie des vorigen Absatzes zur Annahme der Vorbelastung bei Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund. Dieses vom Arzt erstellte Bild der psychisch belasteten Patientin versucht er im Folgenden zu untermauern, indem er die Belastungen konstruiert („Mutter tot Vater tot Geschwister **keine**“). Der Arzt gibt der Familie eine große Relevanz, die mit dem stereotypischen Bild der türkischen Familien in Zusammenhang stehen könnte (s. Interview 1003). Er lokalisiert die Patientin als ‚passiven‘ Teil dieser Familie, da er – nachdem er sagt, dass alle „tot“ sind – sich fragt „was [...] die Dame“ eigentlich macht. Es erscheint so als hätte die Patientin ohne Familie keine Rolle, und entspricht damit vielleicht dem Bild einer türkischen Frau, welches der Arzt hat. Weiterhin werden Formulierungen angewandt, die einer Regelmäßigkeit entsprechen sollen („würde man“, „indem man sie regelmäßig“). Der Arzt entwirft sich weiterhin als aktiver Part der imaginierten Interaktionen: alle Handlungen werden darin von ihm durchgeführt und der Patientin wird weiterhin eine

passive Rolle zugewiesen („dann würde man die möglicherweise ein bisschen an die hausärztliche , Bindung versuchen zu bekommen indem man sie regelmäßig , sieht und einbestellt“). Außerdem fällt auf, dass die von ihm empfohlenen Handlungen nur zögerlich geraten werden („möglicherweise“, „ein bisschen“). Es könnte damit in Verbindung gebracht werden, dass der Arzt das Leiden der Patientin nicht ernst nimmt (durch die Bagatellisierung von psychischen Erkrankungen) und dementsprechend keine dringende Handlungsnotwendigkeit sieht.

Elaboration 1 (Proposition 2), Höhergewichtung sozialer Zusammenhänge gegenüber psychischen und somatischen Symptomen aufgrund des angenommenen türkischen Migrationshintergrundes

IP: L achso! die wichtigste natürlich , die psychosomatische Geschichte //dem , ja// ähnm , die ich sehr hoch , auch noch , priorisiere , äh das gesamte Erscheinungsbild (3) ist es das was mich so an eine milde depressive oder , anpassungsgestörte äh äh Diagnose denken lässt

I: mhm können Sie mir vielleicht näher erzählen was Sie- was Sie damit meinen?

*IP: sie sitzt da seeeehr ähm na fast=schon eher unbetroffen- also Sie berichtet über Ihre Symptome wie , ähh als wenn das nicht Ihre sind ähm aber ich würde ihr niemals unterstellen dass sie nach Aufmerksamkeit sucht , aber die von ihr **benannten Symptome** sind seeeehr äh ähh schildernd und nicht leidend vorgebracht //mhm// und , vielleicht ist das auch die Suche nach einem Zuhörer //ähm tschuldigung// **die Suche nach einem Zuhörer** | Zeile 98-107 Interview 1012*

Der Arzt betont die „psychosomatische Geschichte“ als seine „wichtigste“ Verdachtsdiagnose, knüpft dabei am vorigen Absatz an und bestätigt damit die Relevanz des angenommenen Migrationshintergrundes für seine Entscheidungsfindung. Eine psychosomatische Ätiologie wird anhand des „gesamte[n] Erscheinungsbild[es]“ angenommen. Das Wort „gesamt“ lässt denken, dass er sich nicht nur am „Erscheinungsbild“ orientiert, sondern, dass auch der angenommene Migrationshintergrund miteinbezogen wird. Die ‚Anpassungsstörung‘ („milde depressive oder , anpassungsgestörte“, s. Zeile 13 „Rückzugerscheinung“) bezieht sich wahrscheinlich auf die vorige Annahme einer psychischen Belastung aufgrund des Todes der Mutter und der fehlenden Familie. Die Wortwahl des Interviewten weist deutlich auf seine Sicherheit bezüglich dieser Verdachtsdiagnose hin: „wichtigste“, „natürlich“, „sehr hoch [...] priorisiere“. Außerdem zeigt die Formulierung und die Zögerung des Arztes

(„an eine milde depressive oder , anpassungsgestörte äh äh Diagnose“), dass er sich höchstwahrscheinlich autozensiert hat: „eine [...] anpassungsgestörte“ Frau/Türkin hätte grammatikalisch Sinn ergeben während „eine [...] anpassungsgestörte äh äh Diagnose“ nicht. Diese sozial erwünschte Umformulierung kaschiert somit die Kategorisierung des Arztes. Daraufhin wird von der Interviewerin nach weiteren Erläuterungen zu seiner Äußerungen gefragt und der Arzt fängt dann an, seine Eindrücke der Patientin wiederzugeben („sie sitzt da seeeehr ähm na fast=schon eher unbetroffen- also Sie berichtet über Ihre Symptome wie , ähh als wenn das nicht Ihre sind ähm“, „schildernd und nicht leidend vorgebracht“). Er macht deutlich, dass er „ihr niemals unterstellen [würde] dass sie nach Aufmerksamkeit sucht“ und betont damit, dass die von ihm als psychisch gedeuteten Symptome ernst genommen werden. Zugleich widerspricht er sich aber im nächsten Satz indem er formuliert die Patientin suche „nach einem Zuhörer“. Diese Diskrepanz weist darauf hin, dass der Interviewte sich sehr wohl vorstellen kann, dass die Patientin „nach Aufmerksamkeit sucht“. Somit werden die vorgetragenen Symptome der Patientin, die seines Erachtens auf eine psychosomatische Störung hindeuteten, bagatellisiert und relativiert, da er das Anamnesegespräch als „Suche nach einem Zuhörer“ interpretiert. Hierdurch plausibilisiert sich auch die Proposition 2, indem deutlich wird, dass die psychische Symptomatik in Verbindung mit dem angenommenen Migrationshintergrund als mangelnde Integration, die zu Einsamkeit und Isolation führt, gedeutet wird.

Validierung 1 (Elaboration 1), Annahme eines festgefahrenen Stereotyps der türkischen Frau und Ablehnung jeglicher Ausnahmen

I: ok gut ähm ich hätte dann noch eine Frage , so zu was Sie vorhin gesagt haben , ähm Sie haben über den Migrationshintergrund der Patientin geredet //IP: mhm// ähh und äh gesagt dass sie gut integriert aussieht //IP: scheint// aber doch Türk- oder scheint , aber doch Türkin ist , können Sie , vielleicht näher erläutern was Sie damit meinen oder anhand von Beispielen

*IP: L mhm also spricht- also trägt einen türkischen **Namen** //mhm// und , äh (1) ob man will oder **nicht** , es gibt ja schon bei , **Ärzten** und **Schwestern** und **Pflegern** durchaus das sogenannte mediterrane Syndrom , was einfach nur , äh , darlegen soll und überhaupt nicht wertend gemeint ist dass , derartige ((atmet ein)) wie soll man jetzt sagen? also das bestimmte mediterrane Länder- und das ist für das gesamte südeuropäische Bereich , **klagsamer** sind als zum Beispiel , die n- nordischen , **Länder** //mhm// Dänemark Schweden oder wie auch immer , und wenn man , damit nicht umgehen kann , dann ä will man vielleicht auch alles machen , gut- aber unabhängig **davon***

ähm fragt man sich bei dieser Frau , die so gut deutsch spricht , so sehr westlich europäisch gekleidet ist , ähm , ein türkischen Namen trägt , also irgendwann mal wenn man so 75 Jahre sieht und ich geh mal davon aus dass das relativ heute spielt dann ist irgendwann neunzehn hundert vier zig geboren? **vermuutlich** Anfang der sechziger als Gastarbeiterin oder als Tochter einer Gastarbeiterin nach Deutschland gekommen- 61 62 rum , ist **hier** , glücklicherweise mit modernen Eltern hergekommen sodass sie eine , gute Ausbildung danach hatte , gut deutsch sprach wirklich gut integriert ist , aber **trotzdem** ein Großteil Ihrer Familie nicht mehr hier hat //mhm// und , wenn die Eltern auch noch gestorben sind und sie **atypischerweise** für eine **türkische** , Frau keine Geschwister hat oder die vielleicht auch noch in T- 'in der Türkei leben oder die sie nicht kennt oder wie auch immer also die Umstände sind ja letztendlich alle unklar' , dann ist das sicherlich schon eine familiäre Besonderheit und sicherlich auch eine traurige Situation wenn man praktisch son bisschen entwurzelt , weil die ersten zwanzig Jahre hat dann sie vermutlich in der Türkei gelebt aufgewachsen und so weiter und so fort wenn man dann hier so alleine lebt //mhm// und wenn man dann , warum auch immer , ich weiß zum Beispiel **nicht** , **genau** fiel noch nicht würde aber in einem richtigen Gespräch sicherlich erfragt worden sein ob sie verheiratet war , wo der Mann war , war noch keine äh Aussage darüber , das würde man fragen (1) ob sie verheiratet war und so weiter , wo der Mann ist , und so weiter warum es denn , keine Kinder gibt , hatte Sie Kinder? Geschwister hat Sie keine , Kinder wurden nicht erfragt na? //ne// mhm wurde man sicherlich fragen ob es Kinder gibt und wenn wo die dann sind und so weiter- also das sind alles Informationen das ist in so einem Interview natürlich äh immer so ein bisschen merkwürdig aber das hätte man natürlich tatsächlich auch erfragt //mhm// äh und dann würde man eben gucken ob sie nicht doch mittlerweile wo jetzt auch noch die letzten vielleicht wegsterben , sie ist in nem Alter wenn sie Freunde hat die vielleicht auch schon gestorben sind , einer gehörigen Portion Vereinsamung leidet | Zeile 139-173 Interview 1012

Die immanente Nachfrage der Interviewerin bezieht sich auf die Aussage Zeile 52 des Interviews „zwar gut integriert- ähh=in te griert aber doch **Türkin**“. Der interviewte Arzt beginnt seine Antwort ohne Personalpronomen zu benutzen („mhm also spricht- also trägt einen türkischen **Namen**“) und distanziert sich somit von der Patientin während er gleichzeitig nochmal auf den ‚ausländischen Namen‘ der Patientin hinweist. Hierdurch wird die Distanzierung verstärkt und die Kategorisierung der Patientin verdeutlicht. Im Folgenden bezieht sich der Arzt auf diese Kategorisierung und behauptet, dass „bestimmte mediterrane Länder [...] **klagsamer** sind als zum Beispiel die , n-nordischen , **Länder**“. Das Vorurteil des mediterranen Syndroms (auch Morbus Mediterraneus oder Morbus Bosporus) ist leider ein immer noch bestehendes rassistisches Vorurteil, welches Menschen aus ‚mediterranen Ländern‘ wehleidiger als die normierten weißen Europäer*innen („Dänemark Schweden oder wie auch immer“) darstellt. An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass dieses sogenannte ‚Syndrom‘ oder ‚Morbus‘ keine reelle Krankheit ist und auf keinerlei wissenschaftlicher Grundlage basiert. Trotzdem wird es

vom interviewten Arzt als bestehendes fachlich konsensuelles Wissen dargelegt („es gibt ja schon bei **Ärzten** und **Schwestern** und **Pflegern** durchaus das sogenannte mediterrane Syndrom“). Zusätzlich versucht er seine Aussage zu objektivisieren indem er betont, dass es „einfach nur , äh , darlegen soll und überhaupt nicht wertend gemeint ist“. Diese Objektivisierung versucht das ‚mediterrane Syndrom‘ zu rechtfertigen und gibt den Eindruck, es würde auf nachweisbare Fakten zurückzuführen sein. Außerdem wird durch sein Zögern in diesem Abschnitt apparent, dass er sich nicht sicher ist, wie er sich äußern soll (soziale Erwünschtheit): „derartige ((atmet ein)) wie soll man jetzt sagen?“, „bestimmte mediterrane Länder“. In diesem ersten Teil seiner Äußerung legt der interviewte Arzt seine Wahrnehmung von – von ihm als solche gelesene – Menschen mit türkischem Migrationshintergrund dar: Übertreibende, klagsame Menschen (‚mediterranes Syndrom‘). Daraufhin präsentiert er sich als kompetent in diesem Feld und weist auf die, die damit nicht „umgehen“ können („und wenn man , damit nicht umgehen kann , dann ä will man vielleicht auch alles machen“): Ärzt*innen die das ‚mediterrane Syndrom‘ nicht begreifen, würden vielleicht zu viel Diagnostik machen, die Sache zu ernst nehmen und dabei nicht beachten, dass die Symptome von ‚mediterranen‘ Patient*innen übertrieben werden. Nach diesen Erläuterungen wendet sich der Arzt aber von diesem Ansatz ab („- aber unabhängig **davon**“), möglicherweise, weil er diesen Stereotyp nicht bei der Patientin wiederfinden kann. Eine neue Überlegung wird eingeführt: „ähm fragt [...] sich bei dieser Frau“... Diese unbeendete Frage wird im Folgenden klar ausformuliert: er fragt sich warum eine Frau „die so gut deutsch spricht , so sehr westlich europäisch gekleidet ist , ähm , einen türkischen Namen trägt“ und gibt hiermit Hinweise für seine Einschätzung der Patientin als „gut integriert“ (Zeile 52). Hier wird deutlich, dass die Patientin seinem Vorurteil der türkischen Frau (und somit des ‚mediterranen Syndroms‘) nicht entspricht. Seine sich durch das Interview ziehende Gegenübersetzung von deutsch – türkisch, sprachkompetent – sprachinkompetent, ‚westlich moderne Kleidung‘ – ‚orientalisch konservative Kleidung‘ wird hiermit deutlich sichtbar gemacht. Dieses rassistisch vorurteilsbehaftete Bild der ‚türkischen Frau‘ knüpft auch an seine vorherige Beurteilung der Patientin als passiv an. Die Diskrepanz zwischen seinem stereotypischen Bild und die tatsächliche Patientin versucht er dann im folgenden Absatz (sich selbst) zu erklären: „also irgendwann mal wenn man so 75 Jahre sieht und ich geh mal davon aus dass das relativ heute spielt dann ist irgendwann neunzehn hundert vier zig geboren? **vermuutlich** Anfang der sechziger als

Gastarbeiterin oder als Tochter einer Gastarbeiterin nach Deutschland gekommen- 61 62 rum, ist **hier**, glücklicherweise mit modernen Eltern hergekommen sodass sie eine, gute Ausbildung danach hatte, gut deutsch sprach wirklich gut integriert ist“. Dabei bedient er sich seiner Annahmen („Gastarbeiterin“) und versucht die Elemente, die für ihn nicht hereinpassen (sie spricht gut Deutsch und ist „westlich europäisch gekleidet“) zu erklären („mit modernen Eltern“). Hinzu kommt, dass er dies bewertet („glücklicherweise“) und somit die Norm bei „modernen Eltern“ setzt, die als ‚besser‘ dargestellt werden als ‚nicht-moderne‘ also ‚konservative‘ oder ‚traditionelle‘ Eltern. Nach seiner Darstellung der Patientin als passiv und familienorientierte „**türkische**, Frau“ aber „glücklicherweise mit modernen Eltern hergekommen“, liegt es nah, die gegenübergesetzten ‚konservativen Eltern‘ als konservativ-religiös, überwachend und freiheitsbegrenzend zu verstehen. Obwohl die Patientin keinerlei Hinweise oder Andeutungen zu ihrer Erziehung, Religion oder sonstiges macht, nimmt der Interviewte diese verschiedenen Vorurteile an und passt sie an die Patientin an, um sie in seine Kategorisierung einzuzwängen. Es wird außerdem angenommen, dass ihre Familie „nicht mehr hier“ ist. Nochmals wird die Kategorisierung der Patientin als „**türkische**, Frau“ bestätigt und die Relevanz für die Beurteilung der Patientin durch den Arzt gezeigt: Sie wird als ‚atypisch‘ für ihre Kategorie beurteilt („**atypischerweise** für eine **türkische**, Frau keine Geschwister hat“). Da der interviewte Arzt denkt, dass „**türkische**, Frauen“ ‚typischerweise‘ Geschwister haben, versucht er alternative Erklärungen dafür zu finden, dass die Patientin keine Geschwister bei der Anamnese angegeben hat („oder die vielleicht auch in T- 'in der Türkei leben oder die sie nicht kennt oder wie auch immer“). Dieses Vorgehen ist sehr bezeichnend, da es darauf hinweisen könnte, dass die klare Antwort der Patientin im Video nicht ausreicht, um den Arzt von seinem Vorurteil („türkische Frauen haben Geschwister“) zu lösen. Er beschreibt „die [familiären] Umstände“ sogar als „alle unklar“, obwohl dies nicht der Fall ist (Mutter, Vater und Geschwister wurden erfragt). Es wird erneut darauf hingewiesen, dass die Patientin und ihre Familie „sicherlich“ nicht ‚normal‘ sind („familiäre Besonderheit“), weil sie den Vorurteilen des interviewten Arztes nicht entsprechen. Diese „Besonderheit“ führt dazu, dass angenommen wird, die Patientin sei „entwurzelt“, „alleine“ und in „eine[r] traurige[n] Situation“. Im nächsten Schritt fragt sich der Interviewte, „ob sie verheiratet war“, „wo der Mann war“, „ob sie verheiratet war und so weiter“, „wo der Mann ist, und so weiter“, „warum es denn, keine Kinder gibt“, „hatte sie Kinder“, „Geschwister hatte sie keine“, „Kinder wurden nicht erfragt“, „würde man sicherlich

fragen ob es Kinder gibt“, „wo die dann sind“. Diese teilweise wiederholende schnelle und fast unruhige Aufzählung von Fragen zu ihrem Mann und ihren Kindern wirkt, als wäre der Interviewte etwas aufgeregt. Der Arzt erscheint erstmal verwirrt, dass diese „türkische Frau“ nicht so familiengebunden ist, wie er es erwartet hätte. Diese Unsicherheit wird auch darin sichtbar, dass er die Erhebung – der eigentlich routinierte – Sozialanamnese als „merkwürdig“ bezeichnet. Es fällt auf, dass der Bezug zur immanenten Frage der Interviewerin inzwischen völlig verloren gegangen ist und, dass der Arzt versucht zu rechtfertigen warum die Patientin „traurig“ ist und dafür auf die (abwesende/verstorbene) Familie hinweist. Daraufhin vermutet der Interviewte den Grund darin, dass „wenn sie Freunde hat die vielleicht auch schon gestorben sind“ und dass „die letzten vielleicht wegsterben“. Seine Empathielosigkeit wird durch seine Formulierungen deutlich und tritt wiederholt am Ende seiner Aussage deutlich hervor („einer gehörigen Portion Vereinsamung leidet“).

Validierung 2 (Elaboration 1), Diagnostik aufgrund stereotyper Annahmen türkischer Lebensweise

*IP: sicherlich würde ich auch , son bisschen auf die **Ernährung** ähm hinweisen ohne da groß , **Einfluss** nehmen zu wollen weil ne 75 jährige älter Dame die werden sie nicht davon loskriegen , gleichwohl sollen sie wissen- äh Türken essen eigentlich relativ gesund (1) die Italiener natürlich am gesündesten aber , ähm , das hängt von einigen Dingen ab also (gesetzt den vor) sie sollte ein hohes Cholesterin haben dann würde man vielleicht doch nach Hause ein bisschen , auf ne andere Ernährung eindringen | Interview 1012 Zeile 304-309*

Hier wird erneut betont, dass die „Türken“ mit bestimmten Bildern assoziiert werden sowie aber hier auch die „Italiener“, denen er bestimmte Ernährungsgewohnheiten zuschreibt, anstatt die Patient*innen direkt zu fragen. Dieser kurze Abschnitt wirkt bestätigend für die anderen Interpretationsausschnitte, indem erneut klar wird, dass Stereotypisierungen sehr leitend für das Denken des Arztes zu sein scheinen (familiäre Beziehungen, mediterranes Syndrom, Essgewohnheiten).

3.6 Interview 1017

Proposition 1, die Emotionalität von Patient*innen wird anhand von Stereotypen bestimmt und bedingt die weitere Entscheidungsfindung

*IP: ähm da kann ich nicht sagen ich fang jetzt immer mit Torasemid fünf Milligramm oder zehn Milligramm , an -das sondern das richtet sich das **echt** nach der Klinik , also im Schnitt äh wenn sie jetzt Beinödeme hat würd ich sagen , fang ich mit ihr mit-mit zehn oder zwanzig Milligramm an- das richtet sich aber **wirklich** nach der Klinik , und **besonders** beeinträchtigt ist sie ja anscheinend gar nicht , wobei sie- sie schilderts ja auch wirklich nicht ohne- ohne Emotion also insofern weiß ich , gar nicht wie wie beeinträchtigt sie sich tatsächlich fühlt ne , und das ist grade bei , ist noch natürlich bei jemandem der emotionaler sagt ach ich krieg die Luft nicht durch und mehr so der Mittelmeertyp da würde man wahrscheinlich sogar eher **höher** dosieren und **a-ggressiver** rangehen und sie ist mehr so , das ist die **Gefahr** auch vielleicht bei ihr dass sie ihre Beschwerden nur so unterschwellig ähm schildert , sie fällt auch mal durchs äh durchs Netz da sagt man ach die is ja eh nur depressiv und die hat gar nichts somatisch (2) also wie gesagt Torasemid zehn bis zwanzig Milligramm | Interview 1017 Zeile 176-186*

Der interviewte Arzt erklärt am Anfang dieses Absatzes, dass er nicht „immer“ mit „Torasemid fünf Milligramm oder zehn Milligramm“ anfangen kann, sondern sich „nach der Klinik“ richtet. Im nächsten Schritt legt er aber eine Dosis fest, als er die „Beinödeme“ erwähnt („zehn oder zwanzig Milligramm“). Er betont dabei zweimal, dass er sich an den klinischen Symptomen der Patientin orientieren würde („dann richtet sich das **echt** nach der Klinik“, „das richtet sich aber **wirklich** nach der Klinik“). Obwohl es offensichtlich wird, dass ihm Informationen fehlen, um eine Therapieempfehlung zu äußern, trifft er trotzdem Angaben zum Wirkstoff und zur Dosis. Hier wird sichtbar, dass der Arzt wahrscheinlich versucht, seine Kompetenz zu beweisen und deshalb nicht einfach sagt, dass er anhand der vorliegenden Informationen keine konkrete Dosisangaben äußern kann. Daraufhin werden sich widersprechende Angaben gemacht, als der Interviewte die Patientin als „anscheinend“ nicht „**besonders** beeinträchtigt“ bezeichnet aber direkt im Anschluss dazu „insofern weiß ich , gar nicht wie wie beeinträchtigt sie sich tatsächlich fühlt“. Seine Unsicherheit erklärt er mit der Emotionsarmut der Patientin („wobei sie- sie schilderts ja auch wirklich nicht ohne- ohne Emotion“: durch den Abbruch, also „ohne Emotion“). Die wahrgenommene Emotionslosigkeit der Patientin wird als Hürde wahrgenommen, um ihre tatsächliche Beeinträchtigung einzuschätzen. Es zeigt sich weiterhin bei dem interviewten Arzt der Versuch kompetent und sicher zu wirken sowie ‚Antworten‘ zu geben. Dabei wird seine Unsicherheit trotzdem klar (unterschiedliche Dosisangaben innerhalb von zwei Sätzen, Patientin als nicht beeinträchtigt einstufen aber daraufhin aufgrund ihrer Emotionslosigkeit infrage stellen). Hier wird aber auch die Komplexität der Anamnese deutlich, indem verschiedene Einflussfaktoren sichtbar gemacht werden: einerseits die ‚harten‘ Fakten („Klinik“) und andererseits die ‚weichen‘

Fakten (Anschein und Emotion der Patientin). Um seiner Unsicherheit zu entkommen, versucht der Arzt auf einen anderen Fall hinzuweisen: anstatt sich eines Fallbeispiels zu bedienen, wird der ‚Mittelmeertyp‘ als stereotype, verallgemeinbare Patient*innengruppe ausgewählt. Dabei fällt auch der Anfang dieser Äußerung auf („und das ist grade bei“) welcher vorzeitig abgebrochen wird und den Eindruck vermittelt, der Interviewte hätte sich selbst zensiert („und das ist grade bei“ Ausländern?). Dieser Gedanke wird trotz der Autozensur in ‚abgeschwächter‘ Form (mit dem „Mittelmeertyp“) weitergeführt. Da weiß der Interviewte „natürlich“ wie er vorgehen würde. Er fühlt sich mit diesem Stereotyp vielleicht wohler und sicherer, weil er diesen einschätzen kann und die Unsicherheit vom zuvor behandelten Fall ablegen kann. Der „Mittelmeertyp“ wird von ihm so definiert als „jemand[...] der emotionaler sagt ach ich krieg die Luft nicht durch“. Beim (auf rassistischen Vorurteilen basierenden) ‚Mittelmeersyndrom‘ werden Menschen aus dem Mittelmeerraum als klagsamer dargestellt im Gegensatz zu – den als Norm gesetzten – *Weiß*en Menschen (s. Interview 1012). Die Herkunft von Patient*innen wird hier also als relevant dargestellt und mit Emotionalität, Übertreibung und Klagsamkeit verbunden: [Menschen aus dem Mittelmeerraum – emotional], [*Weiß*e Deutsche – nicht emotional]. Aus dieser Einteilung werden auch therapeutische Schlüsse gezogen: beim Mittelmeertyp „würde man wahrscheinlich sogar eher **höher** dosieren und **a-ggressiver** rangehen“. Für den Mittelmeertyp erscheint die Klinik (die harten Fakten) also nicht mehr als relevant und die Entscheidungsfindung wird eher an die Emotionen der Patient*innen angepasst. Beim „Mittelmeertyp“ wird also mit einer „**a-ggressiver**[en]“ Therapie (stark emotional beladen) auf viele Emotionen („Mittelmeertyp“ ist „emotionaler“) reagiert. Es werden außerdem Diskrepanzen in der Sprache und in dem Inhalt des Interviewten deutlich. Einerseits verallgemeinert er seine Aussagen („man“), andererseits reguliert er sie („wahrscheinlich“, „eher“). Dieser Widerspruch könnte ein erneutes Zeichen der Autozensur/Selbstregulierung im Sinne der sozialen Erwünschtheit darstellen. Dabei trifft er inhaltlich alarmierende und medizinisch ungerechtfertigte Aussagen: „**a-ggressiver**[e]“ Therapie mit „**höher**[e]“ Dosierung bei Menschen aus dem Mittelmeerraum. Daraufhin bezieht sich der Arzt erneut auf die Patientin (von der er annimmt sie hätte keinen Migrationshintergrund – also nicht emotional) und stellt sie als eine „**Gefahr**“ dar. Hier kommt die Unsicherheit des Arztes erneut zum Tragen, indem er versucht sich von seiner Verantwortung zu distanzieren. Dazu äußert er mehrere Schuldzuweisungen und lenkt die ‚Schuld‘ von sich ab: der „Mittelmeertyp“ ist

„emotionaler“ und muss deshalb anders (höher und aggressiver) therapiert werden, die Patientin ist nicht emotional genug und ist deshalb gefährlich (weil „sie [...] auch mal durchs durchs äh durchs Netz“ fällt). Die Patientin sieht er als ‚Ursache‘ seines Problems und formuliert seine Aussagen so, dass sie den aktiven Teil darstellt, während er als Arzt unsichtbar bleibt: „dass sie ihre Beschwerden nur so unterschwellig ähm schildert“, „sie fällt auch mal durchs [...] Netz“. Als Konsequenz für ihr Verhalten (Dissimulation) wird verallgemeinert („man“), um zu zeigen, dass er nicht der einzige gewesen wäre, der so denken würde: „da sagt man ach die is ja eh nur depressiv und die hat gar nichts somatisch“. Die Patientin ist quasi selbstverschuldet, wenn ihre somatischen Beschwerden als psychische Krankheit interpretiert werden. Die Bezeichnung „eh nur depressiv“ weist außerdem auf die Stigmatisierung und Bagatellisierung hin, mit welcher psychisch Erkrankte konfrontiert werden, indem sie als nicht krank angesehen werden. Stattdessen wird ihnen „anormales“ Verhalten vorgeworfen“ (Miller, 2011, S.14). Es kann vermutet werden, dass der interviewte Arzt nicht nur den „Mittelmeertyp“ kategorisiert, sondern auch die Patientin in die Kategorie Frau einordnet und damit auch bestimmte diskriminierende Assoziationen verbindet, wobei dies sich hier noch nicht sicher zeigen lässt. Abschließend kommt der Interviewte wieder auf die Dosisangaben des Anfangs zurück („also wie gesagt Torasemid zehn bis zwanzig Milligramm“) und formuliert seine Zusammenfassung wie eine logische Schlussfolgerung der vorigen Sätze (obwohl da kein Zusammenhang besteht). Der Kompetenzdruck bestätigt sich hier erneut und würde den Bruch vor seinem Abschlusssatz erklären: der Arzt versucht mit seiner abschließenden Dosisangabe nochmal zu beweisen, dass er sich bei seinem Vorgehen sicher ist (obwohl im Interview klar wurde, dass dies nicht der Fall ist).

Immanente Nachfrage und Elaborierung 1 (Proposition 1), Hierarchisierung und Problematisierung von Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund und von Frauen

I: Und sie haben grad noch ähm ihren Typ angesprochen dass zum Beispiel meinten sie glaube ich den Mittel-meer-typ dass sie da , vielleicht anders ähm ähm behandeln oder entscheiden würden- können sie da vielleicht ein Beispiel nennen und das irgendwie

IP: L Ja also

I: näher beschreiben

IP: L ja es gibt Menschen die sind einfach die kommen rein und sind absolut fordernd und äähm ehheh schildern das wirklich viel **blumiger** viel ausgeprägter mit mehr Gestik , und viel dramatischer , sie dissimiliert ja eher also so das is so der Eindruck- also sie sie- , man muss ihr ja schon so en bisschen aus der Naseäh ziehen trotzdem , sie ist ja **gekommen** , und da gibt es eben Menschen die da viel mehr auch gleich ne Therapie fordern oder jetzt untersuchen sie mich doch mal endlich und was stellen sie mir für blöde **Fragen** da is sie ja ganz , **dankbar** sozusagen sie beantwortet ja alles wunderbar und seelenruhig da gibt es andere die sagen ne ((nuschelnd)) was für Fragen was interessiert da ob ich jetzt Geschwister hab oder was , ich sitze doch hier und ich bin hier die Treppe kaum hoch gekommen so ungefähr , und dass man dann , häufig irgendwo- oder ich ich bleib stehen nach einer , Treppe und dann tuts mir dermaßen weh da krieg ich die Luft nicht durch ich denke ich sterbe , ähm also und das sagt sie ja da ist sie ja **weit** von entfernt //mhm// und da weiß man nicht , ich kann sie noch nicht einschätzen , hmm ääh wie gefährlich jetzt das und das sind eigentlich die gefährlichsten Menschen wo man das schlecht einschätzen kann wobei bei dem der eben mehr übertreibt , das ist leider so der immer am lautesten schreit wird dann auch am schnellsten- dem bestellt man dann auch gern mal nach drei Tagen wieder rein obwohl das eigentlich Unsinn ist aber man kennt die ja nicht man weiß nicht , ähm und und du siehst ja mehr so der ruhige Vertreter der dann alles stoisch beantwortet aber das **das** war wie gesagt das man irgendwie auch am Interview zum Schluss ein bisschen nervös gemacht hat was , was ist jetzt äh **was** steht denn jetzt im Vordergrund , aus aus Sicht der Patientin //mhm ja// also von **meiner** Priorität is ja ganz klar | Interview 1018 Zeile 199-223

In diesem Absatz geht der Arzt auf die immanente Nachfrage der Interviewerin zur Behandlung von Menschen vom „Mittelmeertyp“ ein. Erstmal präsentiert er seine Sicht vom „Mittelmeertyp“, als wäre dieser eine objektive Tatsache: „es gibt Menschen die sind einfach“. Außerdem wird das Othering – mit der Situierung des „Mittelmeertyp[s]“ als ‚die Anderen‘ – durch die Benutzung von „die“ („die kommen rein“) als Personalpronomen sichtbar. In dieser Beschreibung des interviewten Arztes werden vielfach Steigerungen angewendet, um seiner Meinung möglicherweise einen absoluten Charakter zu verleihen („die kommen rein und sind absolut fordernd“, „schildern das wirklich viel **blumiger** viel ausgeprägter mit mehr Gestik“, „viel dramatischer“). Das von ihm vermittelte Bild vom „Mittelmeertyp“ wird der Patientin gegenübergestellt („sie dissimiliert ja eher“). Die abschließende Theorie der Proposition 1 wird hier bekräftigt und die Kategorisierung und Assoziation vom „Mittelmeertyp“ mit ‚laut und fordernd‘ und der Patientin (also möglicherweise von Frauen) mit ‚leise und dissimulierend‘ wird weitergeführt. Es zeichnen sich verschiedene Rollen ab, die der interviewte Arzt abhängig von seiner Darstellung annimmt. In der Proposition 1 stellt er sich als passiv hinsichtlich der Verantwortung für eine akkurate Diagnosestellung und Therapie dar. Er sieht die Patientin quasi als selbstverschuldet daran, dass sie „durchs Netz“ fällt, da sie

„dissimuliert“. In diesem Abschnitt nimmt er aber die aktive Rolle ein und lässt die Patientin passiv wirken („muss ihr ja schon so ein bisschen aus der Nase ziehen“). Die Formulierung von Zeile 204 („es gibt Menschen die sind einfach“) wird hier erneut aufgegriffen („da gibt es eben Menschen die da“). Der Arzt versucht also wiederholt seine Darstellung zu objektivisieren und verstärkt den Otheringprozess durch die Verwendung von „man“ als ‚Wir‘ und „die“ als ‚die Anderen‘. „Die“ werden von dem Interviewten nachgemacht („jetzt untersuchen sie mich doch mal endlich und was stellen sie mir für blöde **Fragen**“) und somit weiter mit negativen Eigenschaften charakterisiert (nicht nur fordernd und laut aber auch unfreundlich). Die Patientin wird hingegen als angenehmer dargestellt („da ist sie ja ganz , **dankbar** sozusagen“, „sie beantwortet ja alles wunderbar und seelenruhig“). Diese Formulierung lässt aber verstehen, dass sie wohl ‚dankbarer‘ als der „Mittelmeertyp“ ist aber trotzdem noch ‚schwierig‘ bleibt. Der optimale *Weiß*e Patient (kein angenommener Migrationshintergrund, keine Frau) zeichnet sich hier immer weiter als die vom Arzt gesetzte Norm ab. Im Folgenden wird der Otheringprozess vom Interviewten klar ausformuliert: „da gibt es andere die sagen“. Er fängt erneut an, den „Mittelmeertyp“ nachzumachen, verstellt diesmal sogar seine Stimme (er nuschelt) und wirkt damit noch degradierender: „was für Fragen was interessiert da ob ich jetzt Geschwister hab oder was , ich sitze doch hier und bin hier die Treppe kaum hoch gekommen“, „ich ich bleib stehen nach einer , Treppe und dann tuts mir dermaßen weh da krieg ich die Luft nicht durch ich denke ich sterbe“. Genauso zieht er den Vergleich zur Patientin (bzw. zur Kategorie (*Weiß*e) Frauen) und stellt sie als ‚bessere Patientin‘ dar: „ähm und also das sagt sie ja da ist sie ja **weit** von entfernt“. Allerdings wird die Patientin als nächstes problematisiert und erneut (wie in der Proposition 1) als ‚Gefahr‘ dargestellt („wie gefährlich jetzt das und das sind eigentlich die gefährlichsten Menschen“), da „man [...] sie noch nicht einschätzen“ kann. Der Arzt macht hier auch deutlich, dass er nicht der einzige ist, der sie nicht einschätzen kann („man“). Sie wird dann wiederum mit dem „Mittelmeertyp“ verglichen („wobei bei dem der eben mehr übertreibt , das ist leider so der immer am lautesten schreit wird dann auch am schnellsten“). Es zeichnet sich ein deutliches Hin und Her des Arztes zwischen Charakterisierungen vom „Mittelmeertyp“ und von Frauen ab, was die Relevanz und Definition dieser Kategorien für ihn deutlich macht. Er zieht sich im Folgenden auch weiter aus der Eigenverantwortung („man“) und setzt Regeln auf, wie ‚alle‘ Ärzt*innen sich verhalten würden bei ‚solchen‘ Patient*innen: „dem bestellt man dann auch gern mal

nach drei Tagen wieder rein obwohl das eigentlich Unsinn ist aber man kennt die ja nicht man weiß nicht“. Hier wird außerdem impliziert, dass die von ihm als „Mittelmeertyp“ beschriebenen Patient*innen meistens keine ernstzunehmende Beschwerden haben, da es „Unsinn“ wäre, sie wieder kurzzeitig einzubestellen. Die Patientin wird dem aber direkt wieder gegenübergesetzt und in ihre Kategorie weiter eingezwängt: sie ist „stoisch“, „der ruhige Vertreter“. Abschließend verallgemeinert der Interviewte weiterhin seine Position durch eine grammatikalisch falsche Formulierung („das war [was] man [eigentlich ,mich‘, Anm. CG] [...] ein bisschen nervös gemacht hat“). Somit stellt er sich jetzt doch wieder in eine passive, verallgemeinbare Rolle und entzieht sich damit seiner Verantwortung („was , was ist jetzt äh **was** steht jetzt im Vordergrund , aus Sicht der Patientin“). Dennoch verwendet er seine letzten Wörter, um seine Kompetenz zu affirmieren („also von **meiner** Priorität is ja ganz klar“).

3.7 Interview 1019

Immanente Nachfrage und anschließender Proposition 1, psychischen Erkrankungen werden „anderen Kulturkreisen“ zugeschrieben

I: mhm können sie das mit diesem Schema noch ein bisschen näher ähm , erläutern

IP: Ja was ich damit meine ist dass es manchmal Patienten gibt die ähhh , Dinge beschreiben die (1) ähh äh zu keiner mir bekannten Diagnose passen //mhm// , und , dann , weiß man nicht so richtig was man damit anfangen soll und denkt , auch , ja wie Menschen - diese Menschen das so wieder erleben das //mhm// , können Menschen aus ganz anderen Kulturkreisen sein die Krankheiten ganz anders , beschreiben erleben , ähhh ich hatte mal nen chinesischen Patienten der , hatte immer bei der Beschreibung seiner Bauchsymptome tastete er da rum wie - er hat so - wie immer auf Akupunkturpunkte zeigte , äh seine Symptome bezeichnet , manchmal beschreiben Menschen aus anderen Kulturen auch- auch Krankheiten ganz anders und sie ist , sachlich sehr strukturiert sehr äh , kausal orientiert zielführend argumentiert //mhm// sie (1) a- hm das heißt ich hab nicht den Eindruck dass , da- dass i- sie sich irgendwas ausdenkt oder ähhh , ein ganz andersartiges Problem dass sie v- vielleicht auf einer Ebene hat - ihre Mutter ist ja gestorben //mhm// , ähh dass sie das so aus=agiert oder ähh irgendetwas äh , erlebt was , im ganz andern Bereich zu sehen ist , also diesen , dort auch beschriebenen Todesfall der Mutter sehe ich nicht im Zusammenhang mit //mhm// , diesem Leiden ähh ich hab nicht den Eindruck dass (1) sie jetzt ein , depressive Situation , so , erlebt sondern ich hab eher das Gefühl dass sie , mit dem Todesfall der Mutter durchaus äh , angemessen umgeht und eine körperliche Krankheit hat ist mein Eindruck (5) | Interview 1019 Zeile 59-76

Hier werden Patient*innen mit für den Arzt unklaren Beschwerden vorgestellt und deren Schilderung gewertet. Anstatt Symptome zu beschreiben, beschreiben sie „Dinge“, die zu keinen ‚dem Arzt bekannten Diagnosen passen‘. Diese Formulierung zeigt möglicherweise, dass die Schilderung der Patient*innen ihrer medizinischen Relevanz entzogen werden, da keine Symptome, sondern lediglich „Dinge“ beschrieben werden. Dazu kommt, dass der Arzt seine Meinung verallgemeinert, da er im Weiteren nicht mehr über sich („mir bekannten Diagnose“) sondern über „man“ redet („dann , weiß man nicht so richtig was man damit anfangen soll“). Diese schwierig zu diagnostizierenden Patient*innen werden als solche, die „aus ganz anderen Kulturkreisen“ kommen und „Krankheiten ganz anders beschreiben , erleben“, beschrieben. Es ist auffällig, dass nicht nur das Beschreiben der Krankheiten als „anders“ wahrgenommen wird, sondern auch das Erleben. Somit werden weitreichende Unterschiede zwischen dem ‚Kulturkreis‘ des Arztes und „ganz anderen Kulturkreisen“ impliziert: es geht nicht nur um Kommunikation („beschreiben“) sondern um allgemeine (Körper-)Wahrnehmung („erleben“). Um seine Äußerung zu untermauern, bedient sich der interviewte Arzt dem Beispiel eines „chinesischen Patienten“, der „immer auf Akupunkturpunkte zeigte“ um seine Beschwerden zu schildern. Der Arzt macht in diesem Fall die ‚kulturellen‘ Unterschiede an unterschiedlichen medizinischen Traditionen fest (hier Traditionell chinesische Medizin, TCM). Daraufhin kehrt er zurück zur Patientin (ohne angenommenen Migrationshintergrund) und beschreibt, dass sie „kausal orientiert zielführend argumentiert“. Sein, mit dieser Aneinanderreihung von fast wissenschaftlichen, objektiven Begriffen einhergehender Eindruck ist, dass er der Patientin vertrauen kann („ich hab nicht den Eindruck dass , da- dass i- sie sich irgendwas ausdenkt“) und sie keine psychische Beschwerden hat („oder ähhh , ein ganz andersartiges Problem dass sie v- vielleicht auf einer Ebene hat - ihre Mutter ist ja gestorben //mhm// , ähh dass sie das so aus=agiert oder ähh irgendetwas äh“). Der psychische ‚Bereich‘ wird als „ganz andern Bereich“ definiert und erinnert somit an den „ganz anderen Kulturkreisen“. Möglicherweise assoziiert der interviewte Arzt diese „Dinge [...] die (1) ähh äh zu keiner mir bekannten Diagnose passen“ mit psychischen Krankheitsbildern sowie „ganz anderen Kulturkreisen“. Diese Vermutung scheint sich am Ende des Absatzes zu bestätigen, da in dieser Logik die Patientin nicht psychisch, sondern somatisch krank ist, da sie „kausal orientiert zielführend argumentiert“ („eine körperliche Krankheit“).

Immanente Nachfrage und Elaboration 1 (Proposition 1), „westlich geprägte Medizin“ ist objektiver und somit besser als andere „Denkweisen“

I: und ähm genau dann hatten sie dieses Schema ja grade //ja// erwähnt sozusagen und ähm , das mit Puzzleteilen //ja// sozusagen ähm können sie da ähm nochmal , erzählen wie das ähm in diesem Fall jetzt abgelaufen ist , so ihre Diagnose ähm (3)

IP: Also ich analysiere das was sie mir , schildert schon in Hinsicht kann ich da mit ,etwas anfangen //mhm// passt das , zu Dingen (1) die- von denen ich was verstehe , sind das Symptome die , zu Krankheiten passen die wir in irgendner wissenschaftlichen Struktur irgendwann beschrieben haben //mhm// oder ist es irgendetwas was Menschen warum auch immer erleben //mhm// aber dass dann von nem sehr individuellen , persönlichen Erleben geprägt ist und , in keins dieser vielen dicken Lehrbücher hinein passt die da hinter mir stehen //mhm// , das mein ich mit äh , Struktur //mhm// das heißt das menschliche Erleben ist ja so bunt dass , kribbelt den Leuten hier und ähh , man macht sich Gedanken über dieses und , //mhm// da können Menschen ihrer - und erleben wir ja jeden Tag alles mögliche , und (1) wenn man da irgendson ich sag mal Kribbel Krabbel in seinem großen Zeh hat dann kann ich damit , in diesen wissenschaftlichen Strukturen viel anfangen //mhm// dann passt das nicht zu einem mit bekannten , Krankheitsentität //mhm// und ich denke die große FFFortschritt den wir ja in der , auch westlich geprägten Medizin haben ist dass wir das , sehr bunt geprägte Leiden der Menschen in irgendeiner Form Strukturieren und Katalogisieren //mhm// und damit auch Krankheitsentitäten beschreiben //mhm// und , da passt sie irgendwie für mich hinein //mhm// , in unsere , schematische Denkweise //mhm// die wir haben und da gibts natürlich andere Kulturen die ganz andere Denkweisen haben , äh wenn ich traditionelle chinesische Medizin betreibe dann muss ich ganz anders denken was ich nicht mache //mhm// und auch nichts davon verstehe aber ich weiß dass die anders ticken , und dass die andere Schemata haben dass sie andere Schubladen haben in die sie , Sachen hineinstecken //mhm// , aber diese passt in- diese Patientin passt in in meine Denkweise hinein | Interview 1019 Zeile 77-99

Die Interviewerin stellt eine immanente Nachfrage zum Schema des Arztes „mit den Puzzleteilen“. Daraufhin beschreibt der Interviewte, wie er zwischen „Symptome[n] die , zu Krankheiten passen die wir in irgendner wissenschaftlichen Struktur irgendwann beschrieben haben“ und „irgendetwas was Menschen warum auch immer erleben //mhm// aber dass dann von nem sehr individuellen , persönlichen Erleben geprägt ist und , in keins dieser vielen dicken Lehrbücher hinein passt die da hinter mir stehen“ differenziert. Hier wird erneut das „persönliche[...] Erleben“ dem „wissenschaftlichen“ gegenübergestellt. Die Vielfältigkeit des menschlichen Erlebens wird von ihm bestätigt aber auch problematisiert, da es nicht in seine „wissenschaftlichen Strukturen“ passt. Allerdings wird daraufhin die Differenzierung der „westlich geprägten Medizin“ gegenüber der anderen (wie z.B. die TCM) betont. Das aufgestellte Konstrukt dieses

Arztes stellt die ‚westliche Medizin‘ als ‚strukturiert und katalogisierend‘ dar und somit implizit objektiver und besser („große Fortschritt“) als ‚die anderen‘ Vorgehensweisen. Die Patientin, die selbst „sachlich sehr strukturiert sehr äh , kausal orientiert zielführend argumentiert“ „passt“ in sein Bild der „westlich geprägten Medizin“ hinein und wird von ihm deshalb angenommen. Hier wird die Identifikation des Interviewten mit der „westlich geprägten Medizin“ außerdem klar, er begreift sich als Teil der Wissenschaft. Es entsteht den Eindruck, er wüsste nicht wie er mit Patient*innen umgehen soll, die nicht so „sachlich“ ihre Beschwerden schildern, weil sie nicht in sein medizinisches Konstrukt hineinpassen. Dieses Konstrukt wird hier aber auch verallgemeinernd als „unsere [...] Denkweise die wir haben“ bezeichnet und lässt den Otheringprozess hervortreten: es zeichnet sich eine Trennung zwischen ‚unsere‘ westliche Medizin, ‚unsere Denkweise‘ und die ‚der Anderen‘. Die aufgestellten Unterschiede werden folglich als „natürlich“, selbstverständlich dargestellt und nochmal als sehr bzw. „ganz“ anders betont. Das Beispiel der TCM wird wieder aufgegriffen und stark von seinem Vorgehen abgegrenzt (5x „anders“ oder „andere“). Auch wenn er zugibt, dass er „nichts davon versteh[t]“, weiß er trotzdem, dass „die anders ticken“. Hier wird nach und nach also klar, dass nicht nur die Medizin gegenübergestellt und hierarchisiert wird, aber auch bestimmte Patient*innen: ‚sachliche‘, ‚fachliche‘ Patient*innen mit ‚wissenschaftlich fundierten‘ Beschwerden passen zu ihm, zur ‚westlich geprägten Medizin‘ („diese Patientin passt in in meine Denkweise hinein“), und die ‚Anderen‘, die mit unklaren „Dinge[n]“ passen zu anderen medizinischen Systemen, wie beispielsweise die TCM.

3.8 Interview 1024

Proposition 1, Annahme der Gesundheitsinkompetenz und -unbewusstsein bei Menschen aus „andere[n] Kulturkreis[en]“

IP: interessant ist ja dass sie auch sehr lange nicht beim Arzt war ist auch so die Frage , ähm is ein anderer Kulturkreis wahrscheinlich , aber warum warum war ich jetzt nie beim Arzt? hatt ich Angst davor , was hat meine Mutter für ne Krankheit gehabt würd mich ja auch nochmal so en bisschen interessieren , ich ich würd ein bisschen reden dass sie sich jetzt bisschen besser um sich selber kümmern muss ich würd sie natürlich nach ihrer Ernährung fragen nich /((Klopfen an der Tür)) ich weiß nicht/ was sie isst | Interview 1024 Zeile 220-225

Die interviewte Ärztin zeigt ein besonderes Interesse dafür („interessant ist ja“), dass die Patientin „sehr lange nicht beim Arzt war“ und erklärt sich dieses Verhalten damit, dass sie der Patientin einen „andere[n] Kulturkreis“ zuschreibt. Diese Formulierung lässt denken, dass die Interviewte das Gesundheitsverhalten aus dem zugeschriebenen „Kulturkreis“ ableitet. Es könnte vermutet werden, dass hier ein ähnliches Bild von Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund dargestellt wird, wie im Interview 1046 in dem dem Patienten Gesundheitsinkompetenz/-unbewusstsein zugeschrieben wurde. Weiterhin ähnlich zum Interview 1046, nimmt die Ärztin die aktive Rolle ein, indem sie sich die Rolle der Patientin zu eigen macht („warum warum war ich jetzt nie beim Arzt? Hatt ich Angst davor, was hat meine Mutter für ne Krankheit gehabt“). Gleichzeitig könnte die verwendete Ich-Perspektive auf den Versuch hinweisen, empathisch zu sein und sich in der Lage der Patientin hineinzuversetzen. Allgemein ist aber bemerkenswert, dass diese Fragen auch ohne Assoziation zum „Kulturkreis“ hätten gestellt werden können. Somit bieten sie eine Alternative zur plakativen Erklärung, das Gesundheitsbewusstsein würde vom „Kulturkreis“ abhängen und zeigen einen möglichen Reflexionsprozess auf, bzw. einen Prozess der sozialen Erwünschtheit, welcher die Ärztin dazu bewegt, ihre Äußerungen anderweitig zu rechtfertigen. Mit der wiederholten Äußerung ihres Interesses („würd mich ja auch nochmal so ein bisschen interessieren“) schließt die Interviewte die Frage ab, warum die Patientin lange nicht beim Arzt war und bezieht sich im Folgenden auf die Konsequenzen, die sie daraus zieht. Dabei werden die Theorien der Gesundheitsinkompetenz und des Gesundheitsunbewusstseins sowie die der aktiven Rolle der Ärztin weiterhin unterstützt, da sie davon ausgeht, dass die Patientin sich „jetzt bisschen besser um sich selber kümmern muss“ und sie dafür keine Aktionen für die Patientin nennt, sondern die Aktion auf sich bezieht („ich würd sie natürlich nach ihrer Ernährung fragen nich /((Klopfen an der Tür)) ich weiß nicht/ was sie isst“).

3.9 Interview 1042

Immanente Nachfrage mit anschließender Proposition 1, Priorisierung durch stereotype Normsetzungen. Annahme von Risikofaktoren anhand des angenommenen Migrationshintergrunds, des Geschlecht und des Alters

I: Genau sie hatten gerade ähm so angesprochen dass sie dann, gucken wie häufig bestimmte Dinge dann eben in der Allgemeinmedizin, auftauchen können sie das noch ein bisschen ähm

näher beschreiben (1) also in wiefern das ähm , eben ne ne Rolle spielt bei der , Diagnose=stellung oder haben sie da ein Beispiel

IP: L naja das spielt ne ganz entscheidende Rolle weil ich schon daran glaube dass man erstmal bevor man ähm jetzt ausschließen muss dass dieser Mensch vielleicht ne Tb hat weil er irgendwie Türke ist und irgendwie davon mal , ähm keine Ahnung als Kind angesteckt worden ist und jetzt vielleicht ne /(lachend)) AIDS-Erkrankung hat/ //mhm// und die dann zum Ausbruch der Tuberkulose wieder führt , dass ist halt sehr selten , ja und insofern würd ich immer versuchen eine gewisse Reihenfolge in den diagnostischen Schritten zu behalten //mhm// und , wie gesagt ähm wir haben in der Medizin damals gelernt Kolibris sind selten Spatzen sind häufig also wird erstmal an den Spatz gedacht an das Normale //mhm// , und das ist halt wie gesagt bei ner Raucherbronchitis - das ist erstmal eine sehr häufige Diagnose und eine sehr wichtige Diagnose für uns , und ähm insofern wird sie dann halt auch erstmal , beachtet | Interview 1042 Zeile 64-77

Die immanente Nachfrage bezieht sich auf folgende Aussage des Interviewten: „Häufiges ist häufig Seltenes ist selten ein 55-jähriger Mann raucht häufig und hat dann natürlich nach vielen Jahren Nikotin auch häufig eine Lungenerkrankung dahinter stecken“. Die von der Interviewerin genannten „bestimmte Dinge“ (die in der Allgemeinmedizin auftauchen können) werden vom Arzt als relevant dargestellt, da er direkt im Anschluss zur Frage sagt „das spielt ne ganz entscheidende Rolle“. Obwohl „das“ nicht spezifiziert wird, kann vermutet werden, dass die (gefühlte) Häufigkeit/Inzidenz von Erkrankung damit gemeint ist. Um sein Vorgehen zu erläutern verwendet der Interviewte mehrmals „man“ und verleiht seinen Aussagen damit einen verallgemeinbaren Charakter. Analog zu seiner ursprünglichen Assoziation zwischen dem Alter, dem Geschlecht und dem Risikoverhalten (rauchen) des Patienten, assoziiert der Interviewte die angenommene Herkunft des Patienten mit Tuberkulose und AIDS. Dadurch wird klar, dass die, anhand des Videos gewonnenen Eindrücke vom Patienten ausreichend waren, um Schlüsse über seine Herkunft zu ziehen und damit bestimmte Erkrankungen in Betracht zu ziehen. Die Aussage „ähm keine Ahnung“ inmitten der Äußerung lässt vermuten, dass diese Verdachtsdiagnosen (Tuberkulose und AIDS) vor allem auf stereotypischen, „automatische“ Assoziationen mit „Türke“ basieren. Außerdem fällt das Lachen des Arztes im Zusammenhang mit der AIDS-Erkrankung auf („jetzt vielleicht ne /(lachend)) AIDS-Erkrankung hat/“), lässt eine Empathielosigkeit erscheinen und zeigt möglicherweise, dass er sich der Überzogenheit seines Beispiels bewusst ist. Obwohl der Interviewte darauf hinweist, dass es „halt sehr selten“ ist, wird trotzdem deutlich, dass für seine Entscheidungsfindung das Geschlecht, das Alter aber auch bestimmte Merkmale

wie das Aussehen und der Name berücksichtigt werden. Anhand dieser Kriterien entwickelt er eine „gewisse Reihenfolge“ an „diagnostischen Schritten“. Zuerst wird an das „Normale“ gedacht, wobei hier wichtig ist, sich zu fragen was er als ‚normal‘ definiert. Ausgang für diese These ist eine Abwandlung des bekannten Spruchs ‚was häufig ist, ist häufig, was selten ist, ist selten‘ (‚Kolibris sind selten Spatzen sind häufig‘). Durch die Verbindung dieser Ideen wird aber implizit vorgesetzt, dass der rauchende „55-jährige Mann“ das „Normale“ sei von dem der an Tuberkulose erkrankte „Türke“ abweichen würde. Erst am Ende des Absatzes wird sich von den angenommenen Informationen über den Patienten abgewandt und wieder auf die eigentliche Verdachtsdiagnose („Raucherbronchitis“) konzentriert, die durch mehrere Superlative unterstrichen wird („sehr häufige Diagnose“, „sehr wichtige Diagnose für uns“): das „Normale“ wird hier also priorisiert und begründet.

Immanente Nachfrage mit anschließender Elaborierung 1 (Proposition 1),
Annahme von Gesundheitsunbewusstsein anhand des angenommenen
türkischen Migrationshintergrundes sowie stereotypische Wahrnehmung
von Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund

I: Genau und dann hatten sie- ähm waren sie auch auf das Geschlecht einmal eingegangen , also dass es ein Mann ist //mhm// 55 ähm hat- können sie das

*IP: Genau und letztendlich offensichtlich türkisch muss man auch sagen auch sowas prägt natürlich ein bisschen , ne dann sieht man doch **mehr** Zigaretten sag ich mal **weniger** Sport , in vielen Bereichen sozusagen , ähm vielleicht ja , denkt man dann auch an belastendere Tätigkeiten oder sowas dann dabei das sind natürlich **Vorurteile** , hätte man halt nun erfragen müssen ne ob er nun Bauarbeiter ist oder Sekretär oder , was auch immer , ne , oder Fußballprofi oder wie auch immer | Interview 1042 Zeile 112-119*

In diesem Absatz wird die Relevanz der ‚Herkunft‘ des Patienten wieder aufgegriffen und ausgeweitet. Diese angenommene Herkunft wird erstmal als „offensichtlich“ beschrieben, obwohl in dem Video keine Informationen zu dem Thema mitgeteilt werden. Die offensichtliche Assoziation zu „türkisch“ ist für den Interviewten also einfach mit dem Namen, das Aussehen und der Sprechweise des Patienten verbunden. Die Relevanz der ‚Herkunft‘ wird hier vom interviewten Arzt klar betont und wörtlich ausgesprochen: „muss man auch sagen auch sowas prägt natürlich ein bisschen“. Durch „man“ und „natürlich“ wird seiner Aussage eine Allgemeingültigkeit verliehen, wobei er wiederum

mit „ein bisschen“ möglicherweise versucht sich der sozialen Erwünschtheit zu fügen, indem er seine Aussage mildert. Allerdings wird diese ‚Prägung‘ im Folgenden dargestellt, indem bestimmte Stereotypen mit „offensichtlich türkisch“ assoziiert werden („**mehr** Zigaretten [...] **weniger** Sport“, „belastendere Tätigkeiten“). Diese Annahmen identifiziert er selbst als „**Vorurteile**“ und vermittelt damit den Eindruck er würde seine Aussagen reflektieren und sich Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund auch außerhalb dieses starren rassistischen Rahmens erdenken können. Dieser Aussage wird aber im nächsten Absatz widersprochen, indem die mögliche Berufswahl des Patienten auf stereotype Berufe für diese Gruppe reduziert wird („ob er nun Bauarbeiter ist oder Sekretär oder , was auch immer , ne , oder Fußballprofi oder wie auch immer“).

Immanente Nachfrage und anschließende Validierung 1 (Elaborierung 1), Annahme einer stereotypen Lebensweise anhand des angenommenen türkischen Migrationshintergrundes

I: mhm , ähm können sie das noch ein bisschen näher ausführen inwiefern das -

*IP: Naja die **Biografie** ist einfach ne wichtige Anamnese ja , also zu wissen was den Patienten ausmacht //mhm// , und ähm (2) ja zu verstehen , wie er in seiner Lebenssituation funktioniert mit eigenen Kindern mit Beruf mit ähm seiner Verwandtschaft mit seiner ähm Rolle als ähm , als ähm Hamid Yildiz in Deutschland ja ob die Türkei für ihn sozusagen **wichtig** ist ob er da hinfährt ne er sagt er war seit einem Jahr nicht mehr im Urlaub , ne , aber natürlich ist es ein wichtiger Teil der Biografie //mhm// | Interview 1042 Zeile 120-126*

Der interviewte Arzt wird von der Interviewerin dazu aufgefordert seine Aussage näher zu erläutern und betont die Wichtigkeit der „**Biografie**“ seiner Patient*innen für die Entscheidungsfindung („ist ne wichtige Anamnese ja“). Bis zu dem Punkt bezieht sich aber das „was der Patient ausmacht“/die „**Biografie**“ nur auf die angenommene Herkunft des Patienten, die dadurch erstmal als einziger relevanter Faktor erscheint, um den Patienten zu „verstehen“. Im Folgenden werden die Parameter der Biografie erweitert auf die Familie und den Beruf, wobei auffällt, dass diese trotzdem im Kontext der ‚Herkunft‘ erfragt werden: „ja zu verstehen , wie er in seiner Lebenssituation funktioniert mit eigenen Kindern mit Beruf mit ähm seiner Verwandtschaft mit seiner ähm Rolle als ähm , als ähm Hamid Yildiz in Deutschland ja ob die Türkei für ihn sozusagen **wichtig** ist ob er da hinfährt ne er sagt er war seit einem Jahr nicht mehr im Urlaub“. Diese stark auf die

vermeintliche Herkunft basierende „Biografie“ wird abschließend als „natürlich“ dargestellt und kriegt somit eine Selbstverständlichkeit und Relevanz verliehen („ist es ein wichtiger Teil der Biografie“).

3.10 Interview 1045

Proposition 1, Annahme von Interaktionsschwierigkeiten aufgrund des angenommenen Migrationshintergrundes

IP: im Wesentlichen ähmm (1) das ist natürlich , ein Patient der , ähh aus einem anderen Land kommt , und sehr gut die deutsche Sprache aber spricht , trotzdem ist es manchmal aber schwierig , in der Kommunikation oder in dem //mhm// was da so beschrieben wird merkt man schon manchmal , soziokulturelle Unterschiede einfach da muss man natürlich auch mal ein bisschen gucken , er wirkt vom Habitus oder von von der Dynamik eher so ein bisschen adynam , ähm so dass man wenn man weiterspinnt natürlich überlegen kann ist da ne Altersdepression was ist dahinter | Interview 1045 Zeile 41-47

Am Anfang dieses Absatzes fällt auf, dass viele Pausen und verlängerte Verzögerungslaute („ähmm“, „ähh“) in dem Gesagten sind, die darauf hinweisen könnten, dass der interviewte Arzt sich unsicher ist wie er mit dem angesprochenen Thema umgehen soll (soziale Erwünschtheit). Hier wird der gezeigte Patient als „natürlich“ aus „einem anderen Land“ kommend beschrieben, welches die Wahrnehmung des Arztes klarstellt: anhand des Vignettenvideos ist ihm anscheinend völlig klar, dass Hamid Yildiz nicht aus Deutschland kommen kann. Mit den Ausdrücken „im Wesentlichen“ und „natürlich“ stellt der interviewte Arzt ein Kausalitätszusammenhang zwischen „ein Patient der , ähh aus einem anderen Land kommt“ und „ist es manchmal schwierig in der Kommunikation“ und fügt seiner Differenzierung zwischen ‚aus diesem Land‘ und ‚einem anderen Land‘ eine Hierarchisierung/Wertung hinzu. Der Umgang mit Menschen aus „einem anderen Land“ wird als „schwierig“ dargestellt aufgrund der „Kommunikation“. Dabei ist zu beachten, dass das simulierte Anamnesegespräch ohne Kommunikationsprobleme verlief, seine Aussage also offensichtlich nur auf dem angenommenen Migrationshintergrund des Patienten basiert und nicht auf dem beobachteten Verhalten. Seine Wahrnehmung des Patienten als ‚anders‘ und ‚nicht von hier‘ bestätigt sich als er seine Sprachkenntnisse beurteilt: „sehr gut die deutsche Sprache aber spricht“. Bei einem von ihm als Deutsch wahrgenommener Patient, würde er die Sprachkompetenz wahrscheinlich nicht erwähnen müssen. Hier wird aber darauf hingewiesen, wie gut der Patient deutsch sprechen würde. Dabei wird „aber“ benutzt,

welches klarstellt, dass trotz der guten Deutschkenntnisse Kommunikationsschwierigkeiten nicht ausgeschlossen werden können. Die mit dem Patienten verbundenen Schwierigkeiten werden anhand vom kulturalistisch argumentierenden Rassismus (s. Fußnote 23) begründet, indem der Arzt die vermeintliche ‚Schwierigkeiten‘ zwischen dem Patienten und ihm an „soziokulturelle[n] Unterschiede[n]“ festmacht. Erneut wird auf die Selbstverständlichkeit der Situation hingewiesen („da muss man natürlich auch mal ein bisschen gucken“) und die Relevanz dieser Differenzierung für die Entscheidungsfindung dieses Arztes wird deutlich. Dieser Einfluss wird im Folgenden expliziert, indem der Interviewte seine Annahmen über den Patienten („aus einem anderen Land [...] schwierig , in der Kommunikation“) sowie Beobachtungen des Videos („vom Habitus oder von von der Dynamik eher so ein bisschen adynam“) zusammenführt, um dann eine Verdachtsdiagnose zu nennen („ist da ne Altersdepression“). Die Wörterwahl wirkt plötzlich sehr fachlich („Habitus“, „Dynamik“, „adynam“) und könnte darauf hinweisen, dass der Interviewte damit versucht seine Vermutungen mit fachlicher Kompetenz zu untermauern. Dafür werden zusätzlich Verallgemeinerungen wie „man“ und „natürlich“ auch weiterhin verwendet.

Elaboration 1 (Proposition 1), Problematisierung von Kommunikationsschwierigkeiten, da Interaktionsprobleme die ärztliche Anamnese erschweren

I: mhm und ähm , die Herkunft des Patienten hatten sie auch , vorhin einmal angesprochen können sie ähm erzählen in wie fern das ne Rolle spielt

*IP: bei ihm ist eigentlich nicht so viel , also weil natürlich keine herkunftbedingten Erkrankung eigentlich hier so ursächlich sein , könnten es ist aber schon so dass wir **hier** auch in der Region Patienten mit ner deutlich erhöhten Sprachbarriere haben //mhm// , die einfach dieeee nicht gut Deutsch sprechen wir sprechen kein Türkisch und dann muss man sich manchmal so langhangeln //mhm// was die Anamnese **deutlich** erschwert und man manchmal ganz überrascht ist was der Patient gemeint hat , und erst nach der Diagnostik rausfindet dass ers eigentlich anders gemeint hat als man verstanden hat da muss man immer sehr aufpassen , das ist bei ihm eigentlich nicht so , er macht den Eindruck dass er sehr gut Deutsch spricht //mhm// , auch irgendwie ähhh sehr strukturiert seine Beschwerden schildern kann //mhm// (2) | Interview 1045 Zeile 130-140*

Die Interviewerin beginnt hier mit einer immanenten Nachfrage in Bezug zum vorigen Absatz („die Herkunft des Patienten hatten sie [...] angesprochen“). Die „Rolle“ der Herkunft wird vom Arzt als „eigentlich nicht so viel“ beurteilt aufgrund seines

Ausschlusses von „herkunftbedingten Erkrankung[en]“. Daraufhin wird ein „aber“ eingeführt und der Interviewte greift das Thema der Kommunikation wieder auf. Dafür formuliert er seine Aussage als allgemeingültig („es ist aber schon so dass“) und trennt „wir“ und „**hier**“ von den „Patienten mit ner deutlich erhöhten Sprachbarriere“ (Othering). Die allgemeine Formulierung trägt, durch den Gebrauch vom Verb „haben“ („es ist aber schon so dass wir **hier** auch in der Region Patienten mit ner deutlich erhöhten Sprachbarriere haben“), zusätzlich zu dieser Distanzierung und Differenzierung bei, indem die Patient*innen in eine objektifizierte Position gezwungen werden. Die „deutlich erhöhte[...] Sprachbarriere“ wird angemerkt: „Patienten [...] die einfach dieeee nicht gut Deutsch sprechen wir sprechen kein Türkisch“. Um die Sprachbarriere in der Video-Fallvignette zu illustrieren, nimmt der interviewte Arzt also als Beispiel den Fall einer kompletten Sprachbarriere, in der beide Parteien keine gemeinsame Sprache sprechen. Dies ist ziemlich auffällig, da diese Art von Kommunikationsproblemen in der Fallvignette auf keinen Fall vorhanden waren. Diese Sprachbarriere wird zudem problematisiert („und dann muss man sich manchmal so langhangeln //mhm// was die Anamnese **deutlich** erschwert“). Dabei wird die Verantwortung für das Verständnis des Geschilderten an den Patient*innen abgegeben („und man manchmal ganz überrascht ist was der Patient gemeint hat , und erst nach der Diagnostik rausfindet dass ers eigentlich anders gemeint hat als man verstanden hat“) sowie erneut problematisiert („da muss man immer sehr aufpassen“). Daraufhin wird der Bezug zum Patienten wiederhergestellt, wobei angemerkt wird, dass die Anmerkungen sich nicht auf ihn übertragen lassen („das ist bei ihm eigentlich nicht so“). Trotzdem sagt der Arzt nicht, dass der Patient gut deutsch sprechen könne sondern, dass er „den Eindruck“ machen würde „gut deutsch“ zu sprechen, welches die Aussage relativiert. Abschließend wird zusätzlich angemerkt, dass er „auch irgendwie ähhh sehr strukturiert seine Beschwerden schildern kann“, was erneut seine Problematisierung von Kommunikationsschwierigkeiten in Frage stellt. Es scheint, als hätte der Arzt ein bestimmtes Bild von Patient*innen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund und diesen Patienten in diese Kategorie zugeordnet hätte, obwohl er selbst merkt, dass die von ihm aufgeführten Probleme und Schwierigkeiten in diesem Fall nicht zutreffen.

3.11 Interview 1046

Proposition 1, Problematisierung/Pathologisierung von Trauerreaktionen bei Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund

IP: L Okay erste Assoziation die ich gehabt hab ist der Migrationshintergrund durch die Sprache und den Namen //mhm// ähm und ähm , das ist im weiteren Verlauf , ohne=Belangen bis auf den Hinweis auf die , Mutter die vor kurzem gestorben ist , grade ähm Migranten aus dem Bereich ham eben auch zum Teil deutlich- nach meiner Lebenserfahrung deutlich stärker , ähm verlaufende Belastungsreaktionen , Trauerreaktionen wenn erst gerade ihr Angehörige versterben , ähm das kann auch äh solche solch ein Schwächegefühl und diese Müdigkeit durchaus mitbeeinflussen , das ist eine , Facette die hab ich aber nur - die ist im späteren Verlauf nochmal aufgeblitzt als der , Kollege völlig zurecht danach gefragt hat ob was Besonderes war , und das dann ja auch nochmal aufgetaucht ist ähm , damit ist das erstmal bei Seite | Interview 1046 Zeile 204-212

Die „erste Assoziation“ die der interviewte Arzt hatte war „der Migrationshintergrund“. Dies verweist darauf, dass dieser Begriff möglicherweise eine bestimmte und relevante Kategorie für ihn bildet, mit dem er gewisse Verhaltensweisen assoziiert. Dies bestätigt sich, als er darauf eingeht, dass es „im weiteren Verlauf , ohne=Belangen“ war. Er ist also möglicherweise davon ausgegangen, dass ihm etwas in Relation mit dem angenommenem Migrationshintergrund auffallen würde, was sich im Laufe des Anamnesegesprächs nicht bestätigte. Die Patientin hat somit seine Erwartungen an eine Person mit „Migrationshintergrund“ nicht erfüllt – „bis auf den Hinweis auf die , Mutter die vor kurzem gestorben ist“. Diese von ihm gemachte Einschränkung bleibt aber erstmal unspezifisch und der Zusammenhang zwischen dem Tod der Mutter und dem Spezifischen an Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund wird nicht erstellt. Darauf folgend werden „Migrationshintergrund“ und „Migranten“ gleichgesetzt. Diese Gleichsetzung verdeutlicht die Distanzierung seitens des Interviewten von der Patientin. Verstärkt wird dieses Othering durch den Suffix „aus dem Bereich“ der auf die Bezeichnung „Migranten“ folgt. Diese Formulierung gibt durch ihre Undefiniertheit keine Hinweise auf den „Bereich“, sondern macht nur deutlich, dass es nicht der Bereich ist, dem der Interviewte sich zugehörig fühlt. Außerdem wird eine Hierarchie dadurch impliziert, indem die „Migranten aus dem Bereich“ gegenüber den anderen – *Weiß* Deutschen – abwertend bezeichnet und betrachtet werden. Dass Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund stärkere Trauerreaktionen haben, wird als Regelmäßigkeit aufgeführt („ham eben auch zum Teil deutlich- nach meiner

Lebenserfahrung deutlich **stärker**“) und dieses Wissen wird durch die eigene Expertise („Lebenserfahrung“) begründet. Beachtenswert ist, dass der Interviewte nicht seine Berufserfahrung, sondern seine „Lebenserfahrung“ nennt und damit die Trauerreaktionen von den „Migranten aus dem Bereich“ als etwas darstellt, was ihn im Alltag begleiten würde. Diese Regelhaftigkeit kommt erneut am Ende der Aussage zum Ausdruck, während von „wenn erst gerade ihr Angehörige versterben“ gesprochen wird, anstatt „verstorben sind“ zu sagen und damit die Formulierung einer allgemeingültigen Aussage ähnelt (Wenn [A] versterben, verhalten sich [B] so). Dieser Satz ist zudem auch unvollständig formuliert: die Belastungsreaktionen verlaufen „deutlich **stärker**“. Der Vergleich wird nicht vollzogen (stärker als ...); damit wird die Vergleichsgruppe – *Weiß*e Deutsche – als implizit verständliche Normalität dargestellt und verstärkt erneut den Otheringprozess. Die Distanzierung setzt sich fort bei der Auswahl der benutzten Begriffe; anstatt ausschließlich von Trauerreaktion zu reden, werden zwei Fachbegriffe hintereinander gereiht und gleichgesetzt („Belastungsreaktion , Trauerreaktion“). Dabei bezeichnet eine Trauerreaktion einen Zustand nach einem Verlust, welcher mit Trauer einhergeht, während eine Belastungsreaktion mit einem schweren psychischen oder physischen Zustand zusammenhängt, den die Betroffene nicht bewältigen können (Kasper and Volz, 2014). Das Erste ist erstmal eine erwartete, nicht krankhafte Reaktion, während das Zweite einen Zustand beschreibt, welcher nicht mehr gesund ist. Durch diese Gleichsetzung pathologisiert der Interviewte die Trauerreaktion der Patientin. Die Aussage „äh das kann auch äh solche solch ein Schwächegefühl“ macht den Orientierungsrahmen des Interviewten noch sichtbarer: „solche“ Schwäche „solch ein Schwächegefühl“, der Interviewte autozensiert sich und lindert seine Aussage zweimal nacheinander (Schwäche, „Schwächegefühl“, „Müdigkeit“). Diese Abschwächung erfüllt hier die soziale Erwartungshaltung, dass er offen und tolerant sei, während seine Äußerung dazu im Gegensatz Schwäche und „Migrationshintergrund“ in Zusammenhang bringt. Im Kontrast dazu steht die eigentliche Aussage im Anamnesegespräch, da der Tod der Mutter nur einmal und kurz erwähnt wird „meine Mutter ist vor einigen Monaten gestorben , das war sehr schwer für mich , sie war zwar schon sehr alt aber eigentlich gesund“. Die Reaktion – die völlig adäquat ist – wird aber als „deutlich **stärker**“ gewertet, um dem vorurteilsbehafteten Narrativ zu entsprechen und ein Bild der ungerechtfertigten Übertreibung zu vermitteln. Während sich der Interviewte durchgehend von der Patientin distanziert (durch die Verallgemeinerung und Kategorisierung der Patientin als Mensch

mit (angenommenem) „Migrationshintergrund“, „Migrant[i]n aus dem Bereich“), wird die unsichtbare Arztstimme „Kollege“ genannt und gänzlich unterstützt („völlig zurecht“). Die Kategorisierungen ‚Wir‘ und ‚die Anderen‘ werden klarer. An dieser Stelle kommt es erneut zu einer Diskrepanz zwischen dem im Anamnesegespräch Gesagten und dem vom Interviewten Weitergegebenen. Der „Kollege“ fragt: „Gibt es etwas was Sie aktuell belastet, machen Sie sich über irgendetwas Sorgen?“ und die Patientin antwortet „Nein , nur das , was ich gerade erzählt habe , sonst eigentlich nix“. Der Interviewte berichtet über diesen Ausschnitt als würde sich seine Theorie darin erneut bestätigen: „das ist **eine** , **Facette** die hab ich aber nur - die ist im späteren Verlauf nochmal aufgeblitzt als der Kollege völlig zurecht danach gefragt hat“. Der angenommene Migrationshintergrund erscheint ihm wie eine „**Facette**“ der Patientin die durchaus relevant (auch durch die Betonung verdeutlicht) und handlungsleitend sein kann, da er gewisse Erwartungen an diese Kategorie hat. Der Abschnitt wird damit beendet, dass der Interviewte das Thema „erstmal bei Seite“ legen will, um die anderen Facetten der Patientin darzustellen. Der angenommene Migrationshintergrund der Patientin ist also nicht das einzig relevante aber erscheint durchaus als handlungsleitend für den Interviewten, da es seine „erste Assoziation“ war und er sich entschieden hat, diese ausführlich zu erläutern.

Differenzierung 1 (Proposition 1), Frauen mit angenommenem Migrationshintergrund erfordern eine aktivere ärztliche Rolle

*IP: Interessant fand ich dass sie eher **dissimuliert** , sie sie is en Mensch der sehr , vorsichtig artikuliert- die erst auf Nachfrage , auch ihre Symptome dann **so** präsentiert , ähm sie ist da sehr zurückhaltend und man muss da schon , auch die Sachen so ein bisschen ent- entwickeln dass äh , ist aber für das **Geschlecht** und für den mm=Migrationshintergrund nicht ungewöhnlich | Interview 1046 Zeile 244-248*

Der Abschnitt beginnt mit „interessant fand ich dass“ und stellt somit den Interviewten in eine Beobachter- und Expertenrolle. Er hebt sich über die Patientin und beurteilt, wie sie ist. Das Interesse daran ‚wie sie ist‘ entsteht dadurch, dass eine Diskrepanz zwischen seiner vorherigen These und den jetzigen Beobachtungen besteht: Menschen „aus dem Bereich“ sollen eigentlich seinen Aussagen nach übertreiben aber sie ist „en Mensch der sehr , vorsichtig artikuliert- die erst auf Nachfrage auch ihre Symptome dann **so** präsentiert , ähm sie ist da sehr zurückhaltend“. Mit dieser zweiten These wird die

Patientin aber trotzdem kategorisiert „sie is en Mensch der“. Der Interviewte macht zudem seine Überlegenheit noch deutlicher durch seine gewählte distanzierte Sprache (vorsichtig artikulieren, Symptome präsentieren). Spätestens mit der dreifachen Betonung des Zurückhaltens der Patientin („vorsichtig artikuliert- die erst auf Nachfrage , auch ihre Symptome dann **so** präsentiert , ähm sie ist da sehr zurückhaltend“) wird die neue These verdeutlicht und die alte überschrieben. Im Gegensatz zur Patientin nimmt er jetzt nicht nur eine überlegene Rolle sondern auch eine aktive Rolle ein („man muss da schon , auch die Sachen so ein bisschen ent- entwickeln“) und stellt Patientinnen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund als passive, zurückhaltende Frauen dar („dass äh , ist aber für das **Geschlecht** und für den mm=Migrationshintergrund nicht ungewöhnlich“).

Elaborierung 1 (Differenzierung 1), Erforderlichkeit einer aktiven ärztlichen Rolle aufgrund angenommener Gesundheitsinkompetenz und -unbewusstsein bei Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund

*IP: natürlich kann sie auch ne- ne Anämie haben bei ner okkulten Blutung die jetzt die Herzinsuffizienz manifest werden lässt , daran muss man sicher auch immer denken , die Patienten aus dem äh **Hintergrund** gehen selten zu Koloskopien , zu äh präventiv Koloskopien , des ist nicht so ungewöhnlich dass die dann doch ein kleinen Kolontumor haben der , langsam vor sich hin blutet und die dann n HB von acht haben , und ne Herzinsuffizienz entwickeln , also **das** , muss man auch dran denken aber das sind so **Assoziationen** die - über die die , meine Berufserfahrung einfach dann **kommen** | Interview 1046 Zeile 250-256*

Der Interviewte verwendet verschiedene Mittel zum Objektifizieren seiner Aussagen, um den Eindruck zu geben, dass das was er sagt, eine selbstverständliche, objektive Wahrheit ist. Mit den verallgemeinernden Formulierungen „natürlich“ und „muss man sicher auch immer denken“ legitimiert er seine Meinung, indem er absolute Begriffe wie „natürlich“ und „immer“ in seine Aussagen einbaut. Die angewendete Fachsprache wirkt verstärkend auf diesen Effekt und soll vermutlich seine Kompetenz klarstellen („okkulten Blutung“, „manifest“, „Koloskopien“, „präventiv“, „HB“). Die erste offensichtliche Unsicherheit in dieser Passage erscheint bei „die Patienten aus dem äh **Hintergrund**“. Das Zögern („äh“) vor dem betonten „**Hintergrund**“ könnte auf das Unwohlsein bei der Differenzierung zwischen ‚Wir‘ und ‚die Anderen‘ hinweisen und erneut sein Streben, als tolerant und offen angesehen zu werden (möglicherweise im Sinne der sozialen Erwünschtheit),

offenbaren. Trotzdem vollzieht er die Trennung und macht erneut deutlich, dass ‚die Anderen‘ diejenigen mit „Migrationshintergrund“, die „Migranten“, die mit dem „äh **Hintergrund**“ sind (Othering). Die verallgemeinernden Formulierungen vom Anfang dieses Zitates werden fortgesetzt, indem Regeln zum Verhalten der Menschen mit (angenommenem türkischem) „Migrationshintergrund“ aufgestellt werden: „die [...] gehen selten zu Koloskopien“. In der Fortsetzung der Ausführung „des ist nicht so ungewöhnlich dass die dann doch ein kleinen Kolontumor haben der , langsam vor sich hin blutet“ wiederholt sich mit dem „die“ seine Distanzierung vom Einzelfall (die Patientin). Der Interviewte bezieht sich dabei nur noch auf die Gruppe, der sie vermeintlich zugehörig ist (die mit dem „äh **Hintergrund**“). Die Schilderung weist dabei keine Empathie oder Mitgefühl auf. Der Arzt sieht diese – von ihm konstruierte – Gruppe als selbstverschuldet für ihr Leiden und schlussfolgert daraus einen Kausalzusammenhang: wenn „die“ nicht zur Vorsorge gehen, entwickeln „die“ einen Tumor „und ne Herzinsuffizienz“. Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund werden somit von ihm als nicht gesundheitsbewusst und -kompetent beurteilt. Dies bestätigt sich im nächsten Satz: „**das** , muss man auch dran denken“, wenn „die“ nicht dran denken können, muss es der Arzt („man“) in die Hand nehmen. Damit betont er seine aktive und verantwortungsvolle Rolle und macht die von ihm eröffnete Hierarchisierung im Sinne eines paternalistischen Modells erneut deutlich. Er legitimiert seine „**Assoziationen**“ über seine „Berufserfahrung“. Die Assoziationen „**kommen**“ – er denkt sich es nicht selbst aus, sondern die werden ihm in die Hand gelegt. Damit wird eine erneute Validierung der eigenen Aussagen und der Versuch, diese zu objektivisieren, sichtbar. Zusätzlich dazu verstärkt er diesen Eindruck dadurch, dass er seine Berufserfahrung in keinem Moment in Frage stellt, sondern diese als valide und gültige Faktenbasis präsentiert.

Immanente Nachfrage mit anschließender Proposition 2, Stereotypisierung unter Berücksichtigung der intersektionalen sozialen Lage

*I: Und d- das fand ich ganz interessant weil sie ja am - das erste Mal wo sie das erwähnt haben haben sie gesagt dass das für diese **Generation** nicht untypisch ist //ja// und dann haben sie danach nochmal - das nochmal erwähnt und auch gesagt dass es fürs Geschlecht und äh fürs Migrationshintergrund **auch** nicht ungewöhnlich ist //ja// könnten sie das vielleicht auch noch erläutern*

IP: Also **diese** Generation äh , die sind ja geboren ähh - wobei sie nun aus der Türkei kommt aber- die die Generation ist Kriegsgeneration die sind gewohnt , ähhh das **Beschwerden** - ähh also Schwamm drüber- da wird nicht ne , Beschwerden werden , hm klein geredet sind nicht **da** , werden **ausgeblendet** , dissoziiert //mhm// das ist der typische Umgang mit mit körperlichen und seelischen Beschwerden , und dann kommt es noch hinzu dass die **Frauen**- sie hat kein Kopftuch sie kommt aber- **ist** da aufgewachsen //mhm// in- vor 75 Jahren in der Türkei , die Meisten kommen aus nem dörflichen Hintergrund kommen aus aus **ganz** einfachen Strukturen ham meistens die Frauen **keine** Schulbildung damals trotz Atatürk , und die äh- sie hat sich da sicher hier auch **emanzipiert** , aber die haben , ein **ganz** in der Regel bescheidenes Auftreten ein sehr zurückhaltendes Auftreten das heißt wenn die mit Symptomen kommen dann - die sagen , ähhh waa- soo - ich sag immer die tragen den Kopf unterm Arm und sagen ich kann schlecht gucken ja //mhm// also die kriegen gar nicht **mit** wie schlecht ihnen das geht , das ist typisch für diese , diese Leute- und **deswegen** , ist - hat finde ich der Kollege hat das **hervorragend** gemacht er hat das er hat die wichtigen Sachen da schon rausgепult aber es hat ganz schön - für meine Verhältnisse ganz schön lange fand ich gedauert //mhm// weil , er ganz behutsam immer weiter gefragt hat und wahrscheinlich- man hatte auch den Eindruck so ja , da kommt ja immer **mehr** , in die Richtung und das - so am Anfang denkt man naja die ist müde die ist n bisschen depressiv und so auf den **aller** ersten Blick und nachdem dann er immer mehr nach - ach nene die hat was ganz anderes //mhm okay// ja (1) ist das jetzt , plastischer geworden | Interview 1046 Zeile 308-331

Die immanente Nachfrage bezieht sich auf die vorige Äußerung vom Arzt, der den Begriff der Dissimulation erläuterte. Es wird Bezug auf die Zeilen 247-248 genommen, indem das Dissimulieren als „nicht ungewöhnlich“ für „das **Geschlecht** und für den mm=Migrationshintergrund“ dargestellt werden. Daraufhin bezeichnet der Interviewte „**diese** Generation“ als „Kriegsgeneration“, welche dissimulierend sei („klein geredet“, „sind nicht **da**“, „werden **ausgeblendet**“, „dissoziiert“). Er reiht diese unterschiedlichen Begriffe aneinander die seine Einschätzung entsprechen sollen, um seine eigene Theorie zu legitimieren. Beachtenswert ist der Verlust zum Bezug zur tatsächlichen Patientin, die in dem gezeigten Video diese Merkmale nicht darstellt. Seine schon mehrfach erwähnte Theorie der Dissimulierung wird daraufhin trotz dieser Diskrepanz nochmal bestätigt und normiert: „das ist der typische Umgang“. Der Interviewte verstrickt sich allerdings in seine eigene Erzählung und macht widersprüchliche Ansagen. Einerseits identifiziert er die Patientin als Teil der „Kriegsgeneration“, um seine Kategorie der Dissimulation zu bestätigen. Andererseits sieht er sie nicht wirklich als der Generation zugehörig, da „sie nun aus der Türkei“ kommt. Es wirkt so, als ob ihm es in dem Moment wichtiger sei, seine Theorie (Patientin dissimuliert) zu stützen als seine eigenen Beobachtungen zusammen zu bringen. Er ergänzt „und dann kommt es noch hinzu“ so als wolle er auf

aggravierende/bestätigende Beobachtungen aufmerksam machen. Der folgende Abschnitt „die **Frauen**- sie hat kein Kopftuch sie kommt aber- **ist** da aufgewachsen“ macht sichtbar, dass der Interviewte betonen will, dass die Patientin in einem muslimisch geprägten Land aufgewachsen sei. Seine vorherige Kategorisierung der ‚Frau mit türkischem Migrationshintergrund‘ verstärkt er mit einer neuen Kategorisierung: die der muslimischen Frau. Die Patientin trage zwar „kein Kopftuch“ ist aber „da“ aufgewachsen, eine Region, von der er offenbar annimmt, dass sie sehr traditionell-religiös sei. Damit wird impliziert, dass sie, auch wenn sie seiner Meinung nach nicht unbedingt religiös ist, trotzdem bestimmte ‚Eigenschaften‘ von muslimischen Frauen haben könnte. Durch diese Äußerung lässt uns der Interviewte in eine neue Kategorie von Vorurteilen einblicken, die im Folgenden erläutert werden. Erstmal führt er den Otheringprozess fort, indem er von „da“ redet und sich erneut distanziert. Anstatt von der Patientin zu reden, löst er sich davon und berichtet von den „Meisten“ [türkischen Frauen?]. Diese „kommen aus nem dörflichen Hintergrund“ „kommen aus aus **ganz** einfachen Strukturen“. Er geht vermutlich davon aus, dass die meisten älteren Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund (oder Migrantinnen oder Musliminnen oder „da aufgewachsen“?) ungebildet und im Gegensatz zum fortschrittlichen progressiven Deutschland aus einer ‚rückständigen‘ Gesellschaft kommen. Eine mögliche Erklärungsweise wäre der Vorwurf eines fehlenden Änderungswillen („trotz Atatürk“): obwohl Atatürk das Land säkularisiert hat, haben die „Meisten“ es nicht geschafft sich zu bilden und aus dieser ‚rückständigen‘ religiösen Gesellschaft zu lösen. In diesem Schritt wird die Unterdrückung der Frauen mit der türkischen Gesellschaft in Verbindung gebracht. Diese Theorie bestätigt sich, indem er davon ausgeht, dass die Patientin sich erst „hier“ in Deutschland emanzipieren konnte („die äh - sie hat sich da sicher hier auch **emanzipiert**“) und die Dichotomisierung Deutschland – progressiv, Türkei – rückständig tritt erneut im Vordergrund. Trotz ihrer vermuteten Emanzipation in Deutschland bleibt die Patientin, so wie alle anderen Frauen aus dieser Kategorie („die“) unterdrückt und deshalb dissimulierend und passiv („aber die haben , ein **ganz** in der Regel bescheidenes Auftreten ein sehr zurückhaltendes Auftreten“). Hiermit unterstützt und begründet er seine vorherige These: Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund dissimulieren. Trotz der Fokussierung der Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund in seiner Schilderung, bleibt er durchgehend distanziert und objektiviert das Subjektive des

Individuums („die haben“, „wenn die mit Symptomen kommen“, „die sagen“, „die tragen den Kopf unterm Arm“). Als Fazit erklärt er konkret, wie „die“ sich verhalten, wie „die“ sind: „die haben , ein ganz in der Regel bescheidenes Auftreten ein sehr zurückhaltendes Auftreten das heißt , wenn die mit Symptomen kommen dann- die sagen ähhh waa- soo- ich sag immer die tragen den Kopf unterm Arm und sagen ich kann schlecht gucken ja //mhm// also die kriegen gar nicht **mit** wie schlecht ihnen das geht“ und untermauert seine Schilderung mit „ich sag immer“ als wäre dies ein Phänomen welches sehr häufig vorkommt, mit dem er schon öfter konfrontiert worden wäre und bestätigt sich selbst mithilfe seiner eigenen Erfahrungswerte. Er bestätigt wieder auffallend positiv die Vorgehensweise des Arztes („der Kollege hat das **hervorragend** gemacht“) und sagt er hätte „die wichtigen Sachen da schon rausgepult“. Eine Gegenüberstellung des Arztes und der Patientin wird sichtbar, der Kollege ist „**hervorragend**“ während aus der Patientin die „Sachen“ „rausgepult“ werden müssen. Durch die Wortwahl, die vom Interviewten besonders betont wird, erscheint es, als würde ihm die Arbeit viel Fleiß kosten, langwierig und mühsam sein. Dies wird bestätigt, als er direkt im Anschluss bedauert, dass es „ganz schön lang“ dauerte „für meine Verhältnisse“. Es wird keine Empathie gezeigt und der Interviewte macht zudem deutlich, dass er wahrscheinlich nicht so geduldig bei der Anamnese sein würde und möglicherweise die Patientin direkt in seinem ‚Raster‘ zuordnen würde. Der Interviewte fand das Gespräch „ganz schön lange [...] weil, er ganz behutsam immer weiter gefragt hat“. Er hätte also wahrscheinlich selbst nicht so viel nachgefragt und der Patientin nicht viel Raum gelassen sich zu äußern. Nachdem der Interviewte ausführlich über mehrere Absätze hinweg Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund kategorisiert hat, fasst er sein Vorgehen in zwei Schritten zusammen:

1. Die unmittelbare Kategorisierung von Frauen mit angenommenem Migrationshintergrund validiert er indem er „die Richtung“ seines Kollegen und sein „**aller** ersten Blick“ bestätigt: seine Wahrnehmung der Patientin als unterdrückt, passiv und dissimulierend ist die erste, quasi-automatische Assoziation, die er „durch die Sprache und den Namen“ (s. Zeile 205) hatte.
2. Allerdings revidiert er die in diesem Interview zuvor geäußerte Verdachtsdiagnose, die er aufgrund ihres angenommenen Migrationshintergrundes formuliert hatte und kommt zurück auf die körperliche

Verdachtsdiagnose der Herzinsuffizienz („nachdem dann er immer mehr nach-
ach nene die hat was ganz anderes)

Der Schilderungsprozess des Interviewten zeigt, wie relevant ihm diese Kategorisierung ist. Obwohl ihm die Herzinsuffizienz offensichtlich erscheint, zieht er eine psychosomatische Diagnose lange in Betracht aufgrund seiner Assoziationen mit dem angenommenem Migrationshintergrund der Patientin. Abschließend fragt der Interviewte, ob seine Botschaft von der Interviewerin richtig verstanden wurde („ist das jetzt , plastischer geworden“), hier könnte erneut die soziale Erwünschtheit zur Erscheinung treten, indem der Interviewte sich vergewissern will, dass er nicht missverstanden wurde, dass er nichts Unangebrachtes gesagt hat.

Immanente Nachfrage mit anschließender Validierung 1 (Elaborierung 2), Annahme der Unterdrückung bei Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund

I: Ja jaja (3) äh (4) genau und das ähhh darauf wollte ich auch noch zurück kommen , ähm zum (1) so zu Luftnot und so ähm haben sie gesagt dass äh (1) also sie hatten gesagt- das beschreibt sie für ne Frau relativ typisch , ähm können sie das nochmal erläutern

*IP: ähh n- also i- (5) F r a u e n aus dem - mit dem biografischen Hintergrund sind gewohnt , mit ihren Beschwerden sehr , zurückhaltend umzugehen //mhm// und , für **diesen** Hintergrund beschreibt sie das dann doch relativ drastisch wenn sie sagt ich hab wie nach n hundert Meter Lauf oder was sie genau wie nach nem schnellen Laufen //mhm ja mhm// ist , so knapp ist meine Luft , **das** fand ich schon re- **sehr** deutlich //okay// also sonst würde sie auch sagen ja och joo ich hab ein bisschen Atemgeräusche gehabt so würd ich das denken //mhm ok// so eher ganz vorsichtig zurückhaltend //mhm// ja | Interview 1046 Zeile 409-419*

Der Interviewte reagiert erstmal zögerlich auf die immanente Nachfrage der Interviewerin. Er scheint unsicher zu sein, wie er seine Ideen ausdrücken will und lässt sich Zeit, um seinen Satz aufzubauen („ähh n- also i- (5) F r a u e n aus dem“). Er versucht damit vermutlich seine Aussage zu reflektieren bevor er sie ausspricht (soziale Erwünschtheit). Allerdings wird daraufhin die Relevanz des angenommenen Migrationshintergrundes für ihn bestätigt und er gleicht diesen einem „biographische[n] Hintergrund“ an. Eine Biografie beschreibt das Leben eines Menschen als Abfolge von Entwicklungen und Erlebnissen; somit wird die Patientin und ihr Leben auf ihren angenommenen Migrationshintergrund reduziert, als wäre es das einzig Relevante in ihrer

Biografie. Zusätzlich dazu ist diese Formulierung wiederholt ein Ausdruck des Otherings. Die von ihm beschriebene Gruppe wird weiterhin mehrmals verallgemeinernd beschrieben („sind gewohnt , mit ihren Beschwerden sehr , zurückhaltend umzugehen“). Hier wird außerdem seine These zur passiven dissimulierenden Frau mit angenommenem Migrationshintergrund wieder aufgegriffen: die Frauen „mit dem biographischen Hintergrund sind gewohnt , mit ihren Beschwerden sehr , zurückhaltend umzugehen“. Allerdings entspricht die Patientin nicht dem, was der Interviewte von ihr erwartet („für **diesen** Hintergrund beschreibt sie das dann doch relativ drastisch“). Er beschreibt diese Beobachtung im Anschluss in Detail („sie genau wie nach nem schnellen Laufen //mhm ja mhm// ist , so knapp ist meine Luft , **das** fand ich schon re- **sehr** deutlich“) und kommuniziert dieses Beispiel als sei es einleuchtend („**sehr** deutlich“). Seine Äußerungen sollen nicht nur seine Meinung darlegen, sondern offensichtliche Tatsachen reflektieren. Er imitiert, was die Patientin, seiner Meinung nach, hätte sagen sollen („also sonst würde sie auch sagen ja och joo ich hab ein bisschen Atemgeräusche gehabt so würd ich das denken“) und wie sie sich hätte verhalten sollen („so eher ganz vorsichtig zurückhaltend“). Dem interviewten Arzt fallen selbst Diskrepanzen zwischen seiner starren Kategorisierung und den Verhaltensweisen der Patientin auf. Daraus werden aber keine Konsequenzen entnommen und sein Konstrukt somit nicht in Frage gestellt. Hier überwiegt erneut der Versuch die Patientin in die ihr zugeschriebenen stereotypische Kategorien einzuzwängen, logische Schlussfolgerungen werden überdeckt.

Immanente Nachfrage mit anschließender Validierung 2 (Proposition 1 und Elaborierung 2), Relevanz und Problematisierung vom angenommenen türkischen Migrationshintergrund (übertreibend, wehleidig) / Annahme der Unterdrückung bei Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund und damit zusammenhängenden psychischen Beschwerden

I: sie hatten gesagt dass ähm (1) Menschen mit äh mit türkischem Migrationshintergrund //mhm// äh gehe ich von aus ne deutlich stärkere Trauerreaktion haben //also das-// können sie das - das auch näher beschreiben-

*IP: L Also das entspricht einfach meiner Berufserfahrung dass ich das //okay// **erlebe** , äh dass das geht mit der der , **Ausgestaltung** der Akutsituation in in- ich weiß nicht wenn sie das mal erlebt haben und bei einer türkischen Familie ((Telefon klingelt)) erleben wenn wenn einer aus*

der Mitte stirbt , was dann da **los** ist=da treffen sich alle , äh alle des Familien- familiären Zusammennnhaltes , ähm nach Geschlechtern getrennt und da ähh wird also **lautstark** getrauert , was auch- was ich- ich will das hier nicht **werten** sondern //mhm// ich will das nur beschreiben , und das ist für uns **ungewohnt** und das ist für die aber völlig **normal** //mhm// und ähm , **und** es ist so dass die hmm die FFFamilien die ich erlebt habe aus dem Hintergrund eben , doch auf ne andere Art , trauern , ähm ahh in ihrer **Präsentation** so wie das bei mir ankommt als ich das bei , ähm jetzt ähm Familien erlebe die äh diesen Hintergrund nicht haben , ja? ähm und das ist etwas , ähm , da , sind bestimmte **Bindungen** noch glaube ich anders zu bewerten und ähm (1) das muss man einfach im **Hinterkopf** haben aber ich glaube nicht dass das hier der eigentliche Kern des Problems ist //mhm mhm// aber diese Assoziation hab ich- hab ich schon gehabt //ja ja und-// , das möchte ich auch nicht jetzt oben **anstellen** //ja// ich will das nur beschreiben dass das einfach //ja ja// mit zu dieser ganzen , Entscheidungsfindung dazugehört das ist ein **Unterschied** ob jemand mit Migrationshintergrund vor mir sitzt , oder **nicht** //mhm// das das **ist** ein Unterschied //mhm// ja und das **hat** ganz bestimmte **Implikationen** , und die - das eine ist eben diese eher bescheidene Präsentation von wirklichen Kardinalsymptomen , und das andere ist eben dieses ähm , das man sich davon nicht , ähhh ja man muss sich trotzdem dann nachfassen und und so wie der Kollege das auch macht diese Symptome wirklich auch dann , heraus=**fragen** //mhm// im wahrsten Sinne des Wortes //mhm// wenn die das nicht **so** von sich präsentieren | Interview 1046 Zeile 358-381

Als Antwort auf die immanente Nachfrage zu den Trauerreaktionen von Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund legitimiert der Interviewte seine Aussage anhand seiner „Berufserfahrung“ und seines persönlichen „**erlebe[n]**“ dieses Phänomens. Damit wird der Eindruck vermittelt, es sei nicht nur seine Meinung, sondern eine objektive Beobachtung. Er meint auch, dass diese Trauerreaktion mit „der der , **Ausgestaltung** der Akutsituation“ einhergeht und endet damit seine Aussage mit einer besonders komplizierten, scheinbar fachlichen Bezeichnung, die einen qualifizierten Eindruck hinterlassen soll. Der Sinn dieses Ausdrucks erschließt sich einem aber nicht genau und seine Formulierung führt eher zum Eindruck, er würde versuchen seine Kompetenz in dem Bereich zu beweisen. Im nächsten Schritt wendet er sich von seinem Inhalt ab und richtet sich an der Interviewerin: „ich weiß nicht wenn sie das mal erlebt haben“. Hiermit stellt er möglicherweise die Kompetenz seiner Gegenübersitzenden in Frage während er seine Eigene erneut bestätigt. Vielleicht wirft er aber auf, dass es eine Sache ist, die viele Menschen schon mitbekommen haben. Außerdem wird durch diese Formulierung die Trauerreaktion wie ein ‚Erlebnis‘ beschrieben und verdeutlicht die fehlende Empathie des Arztes und seine Objektifizierung der Patientin. Nachdem er seine Position klargestellt hat und sich als kompetent bestätigt hat, taucht er tiefer in das Thema ein. Er erklärt der Interviewerin wie in einer „türkischen Familie“ getrauert wird: „und

bei einer türkischen Familie [...] erleben wenn wenn einer aus der Mitte stirbt , was dann da **los** ist=da treffen sich alle , äh alle des Familien- familiären Zusammennnhaltes , ähm nach Geschlechtern getrennt und da ähh wird also **lautstark** getrauert“. Hiermit werden allgemeine Klischees und Vorurteile wiedergegeben, obwohl das Trauern von der Patientin in ihrem Anamnesegespräch nicht einmal angesprochen wurde. Er betont die Lautstärke („was da **los** ist“, „wird also **lautstark** getrauert“) und stellt es als etwas belastendes und übertriebenes dar. Diese Darstellung vom Trauern erscheint als nicht ‚richtig‘, anders als wie ‚Wir‘ es machen. Zusätzlich zur Beurteilung des Trauerns wird auch ein bestimmtes Bild der „türkischen Familie“ wiedergegeben, („alle des Familien- familiären Zusammennnhaltes , ähm nach Geschlechtern getrennt“) welches an eine familienorientierten konservativ-religiöse Gesellschaft denken lässt und somit im Gegensatz zur individualistisch liberal orientierten Gesellschaft, dem er sich selbst zuordnet, steht. Außerdem zensiert er sich selbst nach „Familien-“ („Familien-“clan?) und sagt „familiären Zusammennnhaltes“. Hier lässt sich vermuten, dass – ähnlich wie im Interview 1003 – sein Bild von türkischen Familien dem von „türkische[n] Clans“ (Interview 1003 Zeile 231) ähneln könnte. Damit tritt erneut der Einfluss der sozialen Erwünschtheit zutage. Als er dann weitermachen will, unterbricht er sich selbst und versucht seine Aussagen zu rechtfertigen („ich ich will das hier nicht **werten** sondern //mhm// ich will das nur beschreiben“). Ihm ist also bewusst, dass er wertend redet, versucht aber nicht so wahrgenommen zu werden. Er setzt dann widersprüchlich dazu mit Wertungen fort und beschreibt die Art des Trauerns „für uns **ungewohnt** [...] für die aber völlig **normal**“. Die Betonung von „**ungewohnt**“ spiegelt die Verfremdung und Distanzierung, die er mit dem Trauern assoziiert. Durch die Gegenübersetzung von „für uns“ und „für die“ sowie von „**ungewohnt**“ und „**normal**“ spiegelt er den etablierten Otheringprozess, den er im Laufe des Interviews aufgebaut hat. Weiterhin begründet er seine Aussagen zum Trauern, indem er Regeln aufstellt („und ähm , und es ist so dass die hmm die FFFamilien die ich erlebt habe aus dem Hintergrund eben , doch , auf ne andere Art trauern“). Die Menschen „aus dem Hintergrund“ (erneut die gleiche Kategorisierung) trauern anders; sie sind laut und wehleidig. Hiermit wird die Proposition 1 bestätigt. Das Zitat „doch , auf ne andere Art trauern , ähm ähh in ihrer **Präsentation** so wie das bei mir ankommt“ zeigt, wie die fehlende Empathie eine Kluft zwischen ihm und den Menschen „aus dem Hintergrund“ wachsen lässt. Er beschreibt nur, dass es anders bei ihm „ankommt“. Der Interviewte hat sich durch den Otheringprozess so distanziert, dass er

keine Empathie für die von ihm verfremdete Gruppe entwickelt. Das Trauern kommt falsch bei ihm an, er empfindet es nicht als eine angebrachte Art und Weise der Trauer Ausdruck zu verschaffen („so wie das bei mir ankommt“). Daraufhin greift er auf den Stereotyp der türkischen Familie (s.o.) zurück und bestätigt diese erneut („ähm und das ist etwas , ähm , da sind bestimmte **Bindungen** noch glaube ich anders zu bewerten“). Der Interviewte bleibt dabei aber sehr ungenau („bestimmte **Bindungen**“, „anders zu bewerten“). Wie bestimmt? Wie anders? Es scheint als würde er diese ‚Andersartigkeit‘ nicht beschreiben wollen oder können. Zusätzlich endet er seinen Vergleich nicht („anders zu bewerten“ als ...) und macht somit seine Referenz deutlich: ‚Wir‘, die *Weiß* Deutschen. Das vom interviewten Arzt aufgebaute Konstrukt zur Erklärung seiner Wahrnehmung stützt sich auf einen kulturalistisch argumentierenden Rassismus, der unterschiedliche ‚Kulturen‘ als unausweichlich unterschiedlich und inkompatibel darstellt (s. Fußnote 23). Er besteht zudem darauf, dass diese stereotype Kategorisierung relevant ist („und ähm (1) das muss man einfach im **Hinterkopf** haben“) obwohl ihm bewusst ist, dass es nicht relevant für die Patientin ist („aber ich glaube nicht dass das hier der eigentliche Kern des Problems ist //mhm mhm// aber diese Assoziation habe ich schon gehabt //ja ja und-// , das möchte ich jetzt auch nicht jetzt oben **anstellen** //ja// ich will das nur beschreiben dass das einfach //ja ja// mit zu dieser ganzen , Entscheidungsfindung dazu gehört das ist ein **Unterschied** ob jemand mit Migrationshintergrund vor mir sitzt , oder **nicht**“). Zum ersten Mal formuliert er seine Proposition aus und betont den „**Unterscheid**“ zwischen „jemand mit Migrationshintergrund [...] oder **nicht**“. Nachdem er sagte, dass diese Unterschiede irrelevant für den Fall der Patientin wären, widerspricht er sich damit, dass es doch leitend sei („das das **ist** ein Unterschied //mhm// ja und das **hat** ganz bestimmte **Implikationen**“). Dazu gibt er zwei Beispiele: „das eine ist eben diese eher bescheidene Präsentation , von wirklichen Kardinalsymptomen“ und „das andere ist eben dieses ähm , das man sich davon nicht , ähhh ja man muss sich trotzdem dann nachfassen und und so wie der Kollege das auch macht diese Symptome wirklich auch dann , heraus=**fragen** //mhm// im wahrsten Sinne des Wortes //mhm// wenn die das nicht **so** von sich präsentieren“. Zusammenfassend ist der angenommene türkische Migrationshintergrund und das Geschlecht für ihn und seine Entscheidungsfindung doch relevant, weil er davon ausgeht, dass Symptome bei Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund dissimulierend dargestellt werden. Allerdings wird das „Präsentieren“ der Symptome

nochmal betont und vermittelt die Idee, die Patient*innen würden dabei (im theatralischen Sinne) übertreiben. Dabei muss trotzdem „im wahrsten Sinne des Wortes“ der*die Ärzt*in die aktive Rolle einnehmen und die Symptome „wirklich [...] heraus=**fragen**“, um der passiven, dissimilierenden Patientin entgegenzukommen.

Validierung 3 (Elaborierung 2), Annahme der Unterdrückung bei Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund und damit zusammenhängenden psychischen Beschwerden

*IP: ähm dann ist das was , **Bedeutsames** für das is en , **kaum** viele andere Erklärungen gibt in der Konstellation , **und** , ähm sie ist eben dann noch auch son son **bescheidener** Typus , woo des auch sehr gut sein kann dass sie eben diese diesen Schweregrad ihrer Beeinträchtigung sie sie erlebt das hauptsächlich über die Müdigkeit //mhm// , das ist auch ein Kardinalsymptom auch von Herzinsuffizienz | Interview 1046 Zeile 407-411*

Hier wird die Patientin als „**bescheidener** Typus“ beschrieben, was deutlich macht, dass der Interviewte sich seiner erstellten Kategorisierung bedient, um seine Entscheidungsfindung zu leiten.

3.12 Interview 1061

Immanente Nachfrage und anschließender Proposition 1, Annahme von Übertreibung und Klagsamkeit bei Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund und Assoziation mit psychosomatischen Erkrankungsbildern

I: Mhm und , sie hatten ganz am Anfang gesagt dass sie eher vermuten dass es in ne , psychische Richtung //könnte ja// bei diesem Pat- oder //mhm mhm// gehen könnte mit bei diesem Patienten , weil er so viele Sym- //Symptome// schildert , ähm und dass sie genau - ähm können sie das nochmal erläutern irgendwie ob , -also vielleicht ein Beispiel aus dem Alltag nennen ähh so

*IP: Typischer wär die türkische Patientin Mitte fünfzig die hier sitzt und ihm sagt mir tut - , oder ähh mir tut der **Kopf** weh der **Bauch** weh und die **Beine** und hier kribbelts auch noch und da und da- also wenn manchmal eine **Vielzahl** von Symptomen geschildert werden ähm , tu ich mich jetzt im Speziellen schwer das häufig auf **ein** Krankheitsbild ein somatisches Krankheitsbild //mhm// , ähh zusammen zu finden und dass man dann eben auch das Psychosomatische schnell denken- der Patient hat ja mit , ne , ich bin müde ich bin schwach ich hab Dyspnoe ich ähh merk meine Beine sind auch noch dick und eigentlich hab ich auch noch Angina Pectoris also hier die Brustschmerzen hab ich leider auch da seit dem Tod meiner Mutter , und so weiter es ist **alles** ich*

*hab eigentlich alles //mhm// , und meisten- o- **oftmals** so zeigt die Erfahrung ist es dann oftmals nichts **somatisches** mehr aber das sei jetzt ein Tüdelchen //mhm// weil die gesagt , das ist die **Anamnese** | Interview 1061 Zeile 221-236*

Auf der Nachfrage eine typische Situation aus dem Alltag zu schildern, bezieht sich die Interviewte auf den für sie ‚typischen psychosomatischen Fall‘ einer „türkische[n] Patientin Mitte fünfzig die hier sitzt und ihm sagt mir tut - , oder ähh mir tut der **Kopf** weh der **Bauch** weh und die **Beine** und hier kribbelts auch noch und da und da“. Die Patientin wird dabei als klagsam und fordernd dargestellt und es wird somit eine Verbindung zwischen der Herkunft (türkisch), dem Geschlecht (Frau) und psychosomatischen Beschwerden erstellt. Diese Verbindung wird im Folgenden weiter ausgeführt, wobei die Ärztin eigentlich das Denken an „das Psychosomatische“ damit erklärt, dass sie sich bei einer „**Vielzahl** von Symptomen“ ‚schwer tut‘, das auf „ein somatisches Krankheitsbild“ zu reduzieren. Somit wäre die Verbindung zwischen der Herkunft der Patientin und dem Verdacht eines psychosomatischen Krankheitsbildes eher der Ärztin geschuldet, die kein ‚passendes‘ somatisches Krankheitsbild finden kann. In diesem Fall präsentiert der Patient tatsächlich eine Mehrzahl an Symptomen, die auch von der Ärztin psychosomatisch interpretiert werden („der Patient hat ja mit , ne , ich bin müde ich bin schwach ich hab Dyspnoe ich ähh merk meine Beine sind auch noch dick und eigentlich hab ich auch noch Angina Pectoris also hier die Brustschmerzen hab ich leider auch da seit dem Tod meiner Mutter , und so weiter es ist **alles** ich hab eigentlich alles //mhm// , und meisten- o- **oftmals** so zeigt die Erfahrung ist es dann oftmals nichts **somatisches** mehr“). Der Unterschied zwischen den zwei Fällen ist, dass die Ärztin es von einer „türkische[n] Patientin Mitte fünfzig“ erwartet hätte, bei diesem Patient aber eher nicht, da er ihres Wissens nach keinen „türkischen Migrationshintergrund“ hat und ein Mann ist. Der letzte Abschnitt stellt sich als sehr vage und somit schwer zu interpretieren heraus („aber das sei jetzt ein Tüdelchen //mhm// weil die gesagt , das ist die **Anamnese**“). Eine mögliche Leseart wäre, dass die Interviewte ihre Assoziation des Patienten (ohne angenommenem Migrationshintergrund) mit einer psychischen Erkrankung relativieren will und sich andere Aspekte der Anamnese hinwenden will, um ihre Entscheidungsfindung nicht auf dieser Vermutung zu basieren. Dabei ist fraglich, ob dies auch bei einer „türkische[n] Patientin Mitte fünfzig“ erfolgt wäre, oder ob die psychische Verdachtsdiagnose priorisiert worden wäre, weil sie ‚typisch‘ ist.

3.13 Interview 1068

Proposition 1, nicht alle Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund entsprechen dem Stereotyp, welcher ihnen zugeschrieben wird, aber es ist selten, dass sie davon abweichen

IP: und dann gibt es natürlich noch die orthopädischen Erkrankungen wie gesagt ich weiß nicht, was die von Beruf ist, Yildiz, ist ja, ein türkischer Name, meistens, keine hohe, Bildung- also eher ein körperlicher Beruf (1) ähm muss nicht sein, ich weiß es nicht ich kenn die Frau ja nicht, haben wir ja noch nicht gefragt was sie von Beruf ist vielleicht ist=sie ja auch Professorin für tibetanische Keilschrift, dann würde sie wahrscheinlich viel sitzen und hätte mehr orthopädische Erkrankungen //mhm// (1) ähm (1) ja, soll ich noch mehr erzählen? ((lacht)) | Interview 1068 Zeile 46-52

In diesem Abschnitt wird die Berufsanamnese als sehr relevant dargestellt. Für die Interviewte ist ein „türkischer Name“ ein Indikator dafür, dass die Patientin „keine hohe, Bildung- [hat] also eher ein[en] körperliche[n] Beruf“ ausübt. Daraufhin weist sie darauf, dass es aber ‚nicht sein muss‘. Hier wird der türkische Name als sozial relevant erlassen aber die Patientin als Individuum weiterhin betrachtet („ich weiß es nicht ich kenn die Frau ja nicht, haben wir ja noch nicht gefragt was sie von Beruf ist vielleicht ist=sie ja auch Professorin für tibetanische Keilschrift“). Die Möglichkeit, dass die Patientin etwas anderes als die stereotype Vorstellung ausübt, wird von der Ärztin einerseits als relevant dargestellt und zeigt, dass sie hier nicht auf eine individuelle Anamnese verzichten will. Andererseits wirkt das von der Ärztin ausgewählten Beispiel überzogen und dadurch abwertend. Während sie auch zum Beispiel ‚Professorin der Medizin‘ hätte sagen können, wählt sie ein sehr spezifisches Fach aus („tibetanische Keilschrift“). Die Interviewte bewegt sich hier in zwei entgegengesetzten Richtungen: sie macht deutlich, dass die stereotype Darstellung von Menschen mit einem türkischen Namen keine individualisierte Anamnese ersetzen kann. Dabei wird aber die Alternative zum Stereotyp ironisch wiedergeben und erscheint dadurch unwahrscheinlich.

Elaboration 1 (Proposition 1), Schwierigkeit aber Notwendigkeit sich von internalisierten Stereotypen zu lösen

IP: ja und dann kommt ja noch die äh psychische Schiene, also warum ist die müde, könnte das eben auch eine, äh etwas mit einer Depression zusammenhängen? Oder einer depressiven Geschichte? ähm, sie hat ja erzählt dass ihre Mutter gestorben ist, dass sie damit sehr beschäftigt

ist , äh (1) sie hat nicht angegeben, woran sie gestorben ist wurde auch nicht gefragt , also das wäre dann das nächste was man fragen müsste vielleicht hat die einen Herzinfarkt gehabt und ist ihrer Wohnung vor ihren Augen umgefallen , dann wäre das ja , möglich dass sie äh , dass sie da was gesehen hat oder direkt mitgekriegt hat oder die Mutter ist woanders gestorben oder die wohnt gar nicht Hamburg sondern in , weiß der Kuckuck wo , Antalya , und sie hat sie seit fünf Monaten nicht gesehen und wollte sie immer besuchen und hat das nicht geschafft weil ihr Bruder Ali nun Dings oder das , oder so , diese ganzen , Dinge , ähm , diese ganzen Dinge //mhm// wissen wir nicht von ihr , insofern das müsste man natürlich auch alles abfragen //mhm, okay// ((längere Pause)) ja also das (Führung) der allgemeinmedisch - medizinischen Medizin | Interview 1068 Zeile 62-74

In diesem Abschnitt geht die interviewte Ärztin auf die psychischen Verdachtsdiagnosen ein („die äh psychische Schiene“). Dabei unterscheidet sie zwischen „einer Depression“ und „einer depressiven Geschichte“. Hier könnte vermutet werden, dass die Symptome der Patientin möglicherweise bagatellisiert werden: die „depressive Geschichte“ wird von der Erkrankung „Depression“ differenziert und eher als ‚Verstimmung‘ dargestellt. Diese Verdachtsdiagnose(n) vermutet sie aufgrund der ungeklärten Müdigkeit („warum ist sie müde“) sowie dem Tod der Mutter („sie hat ja erzählt dass ihre Mutter gestorben ist , dass sie damit sehr beschäftigt ist“). Darauf folgend stellt die interviewte Ärztin mehrere Möglichkeiten vor, wie und wo die Mutter hätte sterben können. Dabei ist auffällig, dass sie sich nach und nach von der möglichen Todesursache („Herzinfarkt“, „ist in ihrer Wohnung vor ihren Augen gefallen“) entfernt und zum Wohnort der Mutter abschweift („hat oder die Mutter ist woanders gestorben oder die wohnt gar nicht Hamburg sondern in , weiß der Kuckuck wo , Antalya , und sie hat sie seit fünf Monaten nicht gesehen und wollte sie immer besuchen und hat das nicht geschafft weil ihr Bruder Ali nun Dings oder das , oder so , diese ganzen , Dinge , ähm , diese ganzen Dinge“). Hier schweift die Ärztin nicht zufällig ab, sondern gibt Bilder wieder, die ihre Wahrnehmung von einer Person mit „türkische[m] Name[n]“ entspricht („wohnt [...] in weiß der Kuckuck wo , Antalya“, „ihr Bruder Ali“). Es zeichnet sich ein hin und her zwischen ihrer stereotypen Darstellung der Patientin und ihrer Reflexion („muss nicht sein“). Diese „ganzen Dinge“, die wir von der Patientin nicht wissen, stellt sich die Ärztin als stereotype Bilder vor. Dabei versucht sie immer wieder sich davon zu distanzieren, indem sie auf eine vollständige Anamnese besteht („diese ganzen , Dinge , ähm , diese ganzen Dinge //mhm// wissen wir nicht von ihr , insofern das müsste man natürlich auch alles abfragen“).

3.14 Interview 1075

Proposition 1, Annahme von grundsätzlichen Unterschieden zwischen ‚alten Deutschen‘ und ‚Migranten‘, die sich auf das ärztliche Handeln auswirken

I: ähm vielleicht können sie nochmal darauf eingehen was die Sicherheit ihrer Diagnose beeinflusst hat , sie haben jetzt grad gesagt sie haben sich Notizen gemacht aufgrund der Schilderung gabs Weiteres was ähm-

IP: also beeinflusst hat mich meine Erfahrung , als ich den Patienten gesehen habe der für mich eher unüblich ist , ich hab hier fast nur Migranten äh die schildern das ganz anders //mh// das heißt das ist ein Patient äh an den ich mich erinnert hab der- ich hab früher im AK Harburg gearbeitet äh mit vielem deutschen Klientel viele alte Leute , das ist so jemand da hab ich an meine Assistenzarztzeit gedacht die eben einer mit einer dekompensierten Herzinsuffizienz kam daran hab ich gedacht , ich hab gedacht so der sitzt jetzt vor mir , wenn ich den nachts hätte das ist so ein Klassiker-Patient der dann sitzt und schlecht Luft bekommt //mh mh// dicke Beine hat und das ähm , wär so ein Vorläufer , ähm daran hab ich eben auch gedacht - für mich ja eher doch eher ein untypischer Patient | Interview 1075 Zeile 40-51

Für dieses Interview muss zuerst angemerkt werden, dass die Interviewte selbst auch einen Migrationshintergrund²⁴ hat. Um die immanente Nachfrage der Interviewerin zu den Einflussfaktoren für die Sicherheit der Diagnose zu beantworten, beruft sich die Interviewte auf ihre „Erfahrung“. Dafür macht sie eine Differenzierung zwischen „den Patienten“ vom Video und „Migranten“ auf. Die Verwendung von „hab“ und „die“ („ich hab hier fast nur Migranten äh die schildern das ganz anders“) zeigt eine Distanzierung der Ärztin und macht durch ihre Wortwahl eine Hierarchie fest, die eine Art Besitztum impliziert. Diese Sprache verdeutlicht möglicherweise den Otheringprozess, in dem die Ärztin die „Migranten“ als die ‚Anderen‘ positioniert. Der Patient wird dadurch das Pendant zu den „Migranten“ und als „für mich eher unüblich“ dargestellt. Die angenommene Herkunft ihrer Patient*innen spielt vermutlich eine Rolle, da Unterschiede in der Verhaltensweise aufgezeigt werden: „die schildern das ganz anders“. Mit „ganz“ wird eine vermeintliche totale Unvereinbarkeit beider Gruppen dargestellt und das Othering somit verstärkt. Die definierende Sprache („das heißt das ist ein Patient“) weist auf die Herstellung eines Typs: der ‚alte Deutsche‘ („vielem deutschen Klientel viele alte Leute“). Diese Kategorie wird der der „Migranten“ gegenübergestellt. Dabei ist bemerkenswert, dass die interviewte Ärztin sich in ihrer Erzählung weder auf der einen

²⁴ der Migrationshintergrund wird hier nicht angenommen, sondern wurde im qualitativen Fragebogen erhoben (Staatsangehörigkeit, sowie Staatsangehörigkeit beider Eltern)

noch auf der anderen Seite positioniert, und damit keine Identifikation zu einer dieser beiden Gruppen zeigt. Daraufhin beschreibt die Ärztin ihren Denkprozess mit der vielfachen Wiederholung von „ich hab gedacht“. Dabei werden ihre Ideen immer genauer und es entsteht das Gefühl eines ‚heranzoomens‘ in ihren Gedankenprozess: von „meine[r] Assistenzarztzeit“ über die Vorstellung, der Patient säße „jetzt vor mir“ bis „ein Klassiker-Patient“ den sie „nachts hätte“. Der „Klassiker-Patient“ zeigt typische Symptome („schlecht Luft bekommt“, „dicke Beine hat“) wird aber auch mit einer bestimmten Herkunft und einem bestimmten Alter („alte Deutsche“) assoziiert. Ein*e Patient*in mit angenommenem Migrationshintergrund und ähnlichen Beschwerden wird nicht als „Klassiker-Patient“ beschrieben. Hier entsteht eine Normierung des ‚alten Deutschen‘ dadurch, dass das Deutsch-sein auch zu einem Kriterium wird, um als „Klassiker-Patient“ kategorisiert zu werden. Abschließend macht die Ärztin ihre besondere Position nochmal klar: der „Klassiker-Patient“ ist „für mich“ untypisch, da sie „fast nur Migranten“ behandelt, die „ganz anders“ sind. Durch diese sich durchziehende Differenzierung entsteht eine klare Grenze zwischen „Migranten“ und ‚alten Deutschen‘. Von beiden Gruppen distanziert sich die Ärztin aber durchgehend.

Elaborierung 1 (Proposition 1), Überlegenheit von ‚alten Deutschen‘ gegenüber „Migranten“ (Hierarchisierung) und Annahme von stereotypen Verhalten seitens der „Migranten“ (Übertreibung, psychosomatische Ausrichtung)

I: sie hatten jetzt grade gesagt die Patienten die sie haben sind oft Menschen mit Migrationshintergrund und die schildern das oft anders //völlig anders// haben sie da mal so ein Beispiel

IP: die würden schildern dass sie ähm ähm die würden es viel viel nicht so neutral schildern viel blum-blumiger schildern da würde auch die- der Herzschmerz oder die- nicht so der Herzschmerz viel im Vordergrund stehen also die Schmerzsymptomatik , dieser Ganzkörperschmerz die würden dann erzählen - da ich auch eben mit denen Türkisch sprechen kann - würden die das sehr ähm lebhaft erzählen mit dem Schmerz der durch den Körper wandelt dass sie Luftnot , die würden das viel dramatischer schildern für sich und erleben dass dann auch dramatischer , dramatischer , ähm ähm die würden das nie im Leben so ruhig erzählen , er hat das ja so ruhig- und so kenn ich das auch von deutschen Patienten älteren die das auch so ruhig entspannt erzählen können vielleicht so- und das wär ganz anders , also viel dramatischer gezeigt und alles alles und alles- da würd ich auch keine geschloss- äh offenen Fragen stellen so wie der Arzt das gemacht hat in dem Interview so erzählen sie mal wie wars denn so , sondern dann würde ich fast nur

geschlossene Fragen stellen //mh mh// (2) was ich ähm auch noch stellen würde was mir fehlt jetzt grade ist immer ich würde die Pa- ich frag die Patienten immer selber was denken sie denn was sie haben //mh mh// das fehlt mir bei dem Interview , das mach ich bei den türkischen Patienten auch , obwohl entschuldigung bei den türkischen wenn ich das fragen würde würden die sagen - wieso soll ich dass denn denken sie sind ja der Arzt sie müssen wissen was ich hab ((lacht)) das ist der Hauptunterschied | Interview 1075 Zeile 58-78

Die Interviewerin stellt eine immanente Nachfrage zur Aussage, dass Menschen mit angenommener Migrationshintergrund Beschwerden anders schildern würden. Dabei wird sie von der Ärztin unterbrochen: „völlig anders“. Somit bestätigt sich die Proposition 1, indem die Interviewte darauf besteht den Unterschied zwischen diesen zwei Patient*innengruppen zu betonen. Sie distanziert sich in ihrer folgenden Äußerung direkt von Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund („die“). Dieses Vorgehen wird auch betont, als die Interviewte sich sogar korrigiert, um von „sie“ auf „die“ zurückzukommen („sie ähm ähm die“). Somit wirkt ihre Sprache dehumanisierend/anonymisierend und macht die Distanz zwischen sie und „die“ klar. Daraufhin werden Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund nochmal genauer von ‚alten Deutschen‘ differenziert und ihre Schilderungen als „nicht so neutral“ und „viel blum-blumiger“ bezeichnet. Diese zwei Formulierungen erscheinen zumindest nicht negativ, weisen aber eine euphemistische Qualität auf („blumig“ wird auch im Interview 1017 als Euphemismus im gleichen Kontext benutzt). Die Wiederholung von „viel viel“ vor „nicht so neutral“ lässt erahnen, die Ärztin hätte sich selbst zensiert und für eine ‚positivere‘ Sprache entschieden (soziale Erwünschtheit). Durch die Nutzung von „nicht so neutral“ wird aber auch impliziert, die gegenübergesetzten ‚alten Deutschen‘ wären „neutral“. Neutralität ähnelt hiermit der Idee von Normalität und Standard, von dem die ‚Anderen‘ abweichen („nicht so neutral“). Es entsteht dadurch auch eine Hierarchisierung beider Kategorien, indem die ‚alten Deutschen‘ als die ‚normalen‘ Patient*innen dargestellt werden, von denen sich die Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund unterscheiden. Diese Unterscheidung wird im Folgenden weiter ausgearbeitet: die Schmerzschilderung von „Migranten“ wird statt einer körperlichen, mit einer emotionalen Rhetorik verbunden: während im gezeigten Video von einem Thoraxschmerz („Stechen in der Brust“) die Rede ist, berichtet die Ärztin über „Herzschmerz“. Der Ausdruck „Herzschmerz“ wird in der Regel dafür verwendet, emotionale Situationen zu schildern (Beispielsweise eine Trennung) und assoziiert somit das eigentliche somatische Symptom des Brustschmerzes an einer psychischen

Komponente („Herzschmerz“). Die im „Vordergrund“ gestellte „Schmerzsymptomatik“ wird also von der Ärztin psychisch interpretiert. Die Ärztin erweitert diese „Schmerzsymptomatik“ auf einen „Ganzkörperschmerz“, der an das, oft von anderen Interviewten genannte, ‚mediterrane Syndrom‘ erinnert. Dieser „Ganzkörperschmerz“ wird auch als ein psychosomatischer Schmerz dargestellt, welcher von den Patient*innen wehleidig übertragen wird und an keiner somatischen Ursachen gebunden ist. Es ist außerdem klar, dass die Interviewte sich mit der Gruppe der ‚Anderen‘, der ‚Migranten‘ („die“, „mit denen“) nicht identifiziert und sich immer wieder deutlich davon zu distanzieren versucht: der Satz „da ich auch eben mit denen Türkisch sprechen kann“ zeigt, dass die Interviewte auf vereinende Formulierungen verzichtet (z.B. da ich auch eben Türkin bin/türkische Wurzel habe) und die Gemeinsamkeit zwischen sich und dieser Gruppe auf die Sprachkompetenz reduziert („da ich auch eben mit denen Türkisch sprechen kann“). Die Interviewte, die selbst von Rassismus betroffen ist, reproduziert durchaus in ihren Schilderungen ein stereotypisches rassistisches Bild von „Migranten“, von dem sie sich aber persönlich entzieht (s. Internalisierung von Rassismus (Hall, 1994, S.135)). Dadurch, dass sich die Interviewte selbst aus der diskriminierten Gruppe entzieht, verfällt sie auch den Zwängen der sozialen Erwünschtheit, was sich auch im weiteren Verlauf lesen lässt. Das „ähm“ weist auf eine mögliche Autozensur hin („würden die das sehr ähm lebhaft erzählen mit dem Schmerz der durch den Körper wandelt“). Ähnlich wie bei „blumig“ entscheidet sich die Ärztin für einen Begriff, der auf den ersten Blick eher positiv klingt („lebhaft“) aber eigentlich euphemistisch wirkt und die betroffene Patient*innen theatralisch und übertreibend erscheinen lässt. Die Schilderung bleibt stereotypisch: parallel zum „Ganzkörperschmerz“ wird hier ein „Schmerz der durch den Körper wandelt“ erwähnt. Der Umgang mit diesem Schmerz wird auch stereotypisiert („die würden das viel dramatischer schildern“, „erleben dass dann auch dramatischer , dramatischer“), indem sie als wehleidig und übertreibend dargestellt werden. Die Verallgemeinerung des Verhaltens dieser Gruppe wird von der Ärztin fortgeführt und betont („die würden das nie im Leben so ruhig erzählen“). Sie stellt durchgehend die angeblich unüberwindbaren Unterschiede dar und bestätigt anschließend ihre Kategorisierung, indem sie das Verhalten des Patienten als angemessen für die Gruppe einschätzt. Die Hierarchisierung beider Gruppen wird hier auch nochmal deutlich, indem die Gruppe der ‚alten Deutschen‘ als kompetenter abgebildet werden: sie „können“ „ruhig entspannt erzählen“ wohingegen die ‚türkischen Patient*innen‘ „nie im

Leben so ruhig erzählen“ würden. Diese zwei Gruppen werden also nicht nur als grundsätzlich unterschiedlich dargestellt, sondern die eine wird besser als die andere Gruppe dargestellt. Die Trennung wird danach anhand von Superlativen („ganz anders“, „viel“) und Wiederholungen („alles alles und alles“) klar betont. Die interviewte Ärztin zieht aus diesen angeblichen Unterschieden Konsequenzen für die Praxis (hier für die Anamneseführung: „da würd ich auch keine geschloss- äh offenen Fragen stellen so wie der Arzt das gemacht hat in dem Interview so erzählen sie mal wie wars denn so , sondern dann würde ich fast nur geschlossene Fragen stellen“). Die konstruierte Relevanz des angenommenen Migrationshintergrundes bestätigt sich erneut als die Ärztin ihr Vorgehen aufgrund der angenommenen Herkunft der Patient*innen nachträglich ändert („was ich ähm auch noch stellen würde was mir fehlt jetzt grade ist immer ich würde die Pa- ich frag die Patienten immer selber was denken sie denn was sie haben //mh mh// das fehlt mir bei dem Interview , das mach ich bei den türkischen Patienten auch , obwohl entschuldigung bei den türkischen wenn ich das fragen würde würden die sagen - wieso soll ich dass denn denken sie sind ja der Arzt sie müssen wissen was ich hab ((lacht))“). Außerdem fällt das Othering weiter durch die Distanzierung der Patient*innen anhand des Gebrauchs von „die“ und das Auslassen von ‚Patient*innen‘ auf: „bei der türkischen [Patient*innen] wenn ich das fragen würde“. Der abschließende Satz („das ist der Hauptunterschied“) wirkt verallgemeinernd und spiegelt eine Selbstverständlichkeit wider, dadurch, dass „der Hauptunterschied“ nicht zusammenfassend erläutert wird. Die Ärztin geht also von der Selbstverständlichkeit aus, dass türkische Patient*innen anders schildern, empfinden und erwarten als ‚alte deutsche‘ Patient*innen.

3.15 Interview 1091

Proposition 1, Annahme von Passivität und Unselbstständigkeit aufgrund des türkischen Namens

I: mhm , und ähm haben Sie sonst noch irgendwelche weiteren , Anmerkungen Ergänzungen oder Ideen zu dem gezeigten Fall

IP: sie hat ja einen türkischen Namen //mhm// und ähm ähm ich würde das auch n bisschen in die Therapie mit ähm einbinden oft ist es ja so dass ausm anderen Kulturkreisen auch andere Erwartungen sind zum Beispiel an unser Verhältnis //mhm// also ich hatte das Gefühl dass ich bei ihr ein bisschen mehr diese betreuende , äh Funktion hätte , dass ich sie auch ein bisschen führen muss , ähm oder klare Ansagen muss man anders vielleicht als mit einer deutschen , Patientin die ein bisschen selbstständiger ist sich auch besser informieren kann , in einem anderen

Kulturkreis aufgewachsen ist , also das , wär noch sone Anmerkung dass man , son klein bisschen auf diesen Hintergrund was ich auch mit der Familie sagte //mhm// inwieweit ist sie da akzeptiert wird sie unterstützt und aus ihrem Kulturkreis ist es ja anders zu sehen //mhm// und dann is ja eben die Frage auch welcher , Religion sie angehört und- Religionsgemeinschaft also das wären sicher Dinge die noch n- die ich auch noch erfragt hätte in diesem //mhm// Gespräch also das find ich , ist dann- aber da braucht man eben auch mehr Zeit die hätt ich mir aber auch genommen beim Erstgespräch | Interview 1091 Zeile 176-190

Dem „türkischen Namen“ wird eine gewissen Bedeutung und Relevanz zugeschrieben, was anscheinend für die Entscheidungsfindung der interviewten Ärztin einen Einfluss haben könnte („sie hat ja einen türkischen Namen“). Im Folgenden wird sogar beschrieben, dass es „in die Therapie mit ähm ein[zu]binden“ wäre. Diese Idee wird dann weiter ausformuliert: „es ist ja so dass ausm anderen Kulturkreisen auch andere Erwartungen sind“. Hier können verschiedene Aspekte hervorgehoben werden. Erstens wird dieser Satz mit einer Formulierung, die eine gewisse Allgemeingültigkeit voraussetzt, angefangen („es ist ja so“). Hiermit stützt die Ärztin die Validität ihrer Meinung, indem sie den Eindruck verschafft, es wäre etwas Selbstverständliches. Die Fortsetzung des Satzes inkludiert die gemeinte Gruppe nicht, indem das Subjekt nicht geäußert wird. Die ‚Menschen‘ oder ‚Patient*innen‘ werden übersprungen: „es ist ja so dass [Menschen oder Patient*innen] ausm anderen Kulturkreisen“. Dieser ‚Aussetzer‘ macht das Menschliche an der Gruppe unsichtbar und lässt eine Distanz zwischen der Ärztin und den Patient*innen „ausm anderen Kulturkreisen“ entstehen (Othering). Es ist außerdem wichtig die Verbindung zwischen „eine[m] türkischen Namen“ und „anderen Kulturkreisen“ zu beachten. Hier wird eine Abhängigkeitsbeziehung hergestellt, die den Eindruck vermittelt, das Eine würde ohne den Anderen nicht möglich sein. Die Möglichkeit, dass Menschen mit „türkischen Namen“ aus ‚unsere[m]‘ „Kulturkreis“ kommen, wird ausgeschlossen. Außerdem wird der „Kulturkreis“ als etwas dargestellt, das zu wesentlichen Differenzen führt, unter anderem durch die mehrfache Verwendung des Begriffs „anders“ („anderen Kulturkreisen“, „anders vielleicht als mit einer deutschen , Patientin“, „in einem anderen Kulturkreis“, „aus ihrem Kulturkreis ist es ja anders zu sehen“, „das hab ich mit ähm deutschen Patienten anders“, „da kommt n anderes Gespräch zustande“, „auch ne andere Erwartung“). Hier greift das Konzept des kulturalistisch argumentierenden Rassismus²⁵, welches sich auf die vermeintlich unvereinbaren Differenzen zwischen ‚Kulturen‘ bezieht, um Rassismus zu rechtfertigen.

²⁵ s. Fußnote 23 Interview 1010

Die anderen „Erwartungen“ werden daraufhin von der Interviewten weiter beschrieben („zum Beispiel an unserem Verhältnis“): die Patientin mit einem „türkischen Namen“ wird hier „einer deutschen , Patientin“ gegenübergestellt. Während die Erste als passiv und unbeholfen dargestellt wird und die Ärztin die „betreuende , äh Funktion“ einnehmen muss und die Patientin „führen muss“, wird die „deutsche“ Patientin als „selbstständig“ und informierter („sich besser informieren kann“) beschrieben, weil sie „in einem anderen Kulturkreis aufgewachsen ist“. An dieser Stelle erscheint also erneut der kulturalistisch argumentierenden Rassismus in den Äußerungen der interviewten Ärztin. Diese signifikanten Äußerungen werden dann aber im nächsten Schritt bagatellisiert, so als wären es nur Kleinigkeiten („wäre noch eine Anmerkung [...] so klein bisschen auf diesen Hintergrund“). Es könnte vermutet werden, dass diese Bagatellisierung der Interviewten dient, der sozialen Erwünschtheit zu entsprechen und nicht als intolerant zu wirken. Dabei wird darauffolgend auf die ‚kulturellen Unterschiede‘ („aus ihrem Kulturkreis ist es ja anders zu sehen“) in Bezug auf die Familie („inwieweit ist sie da akzeptiert wird sie unterstützt“) hingewiesen und somit den kulturellen Unterschieden wieder Bedeutung gegeben. Auch wenn es schwierig bleibt die Äußerung zur Beziehung der Patientin mit ihrer Familie zu interpretieren, könnte die Ärztin damit ihr Bild der „türkischen“ Familien darstellen: eine Familie die Frauen nicht „akzeptiert“ und „unterstützt“. Die Ärztin stellt sich daraufhin die Frage „welcher , Religion sie angehört und- Religionsgemeinschaft“ und macht somit deutlich, dass dies bei dieser Patientin mit einem „türkischen Namen“ eine gewisse Relevanz haben könnte. Anlehnend an die letzte These könnte es sein, dass sie eine bestimmte Religion in Bezug auf die Akzeptanz und Unterstützung der Familie (s.o.) anders bewerten würde. Die Ärztin weist am Ende ihrer Aussage daraufhin, dass die Betreuung ‚solcher‘ Patient*innen „mehr Zeit“ in Anspruch nimmt, also mit einem Mehraufwand verbunden ist. Sie macht aber auch deutlich, dass sie bereit wäre sich die Zeit zu nehmen.

Elaboration 1 (Proposition 1), Annahme von Passivität, Unterdrückung und mangelnder Bildung aufgrund des angenommenen muslimischen Glaubens

I: mhm können Sie da noch ein bisschen näher drauf eingehen inwiefern dass ne- ne Rolle spielt

*IP: mit dem Kulturkreis //mhm// ähm also , in meiner , langjährigen Erfahrung in der Praxis ist es so dass ähm immer gewisse Erwartungen an einem Arzt gestellt werden und ich sehe einen **deutlichen** Unterschied wenn ich jetzt zum Beispiel muslimische , Patienten behandle ähm in der*

*, Art wie- wie der Arzt betreut //mh// und das ist häufig ähm mehr ein- ein ähm , äh ein **Zuwendungs**ähm problem also dass- dass sie mehr Zuwendung brauchen und dass sie gewisse **Vorstellungen** haben wie Krankheiten behandelt werden als das sie ähm Beratung suchen zum Beispiel also der deutsche Patient möchte immer informiert werden und der diskutiert mit mir über unerwünschte Wirkungen und Hauptwirkungen und ähm dasis- ist in dem ähm muslimischen Kreis weniger hab ich jedenfalls die Erfahrung gemacht //mhm// also da ist auch immer ganz klar wenn ich n Erkältung hab die kommen , ich brauch jetzt n Antibiotikum und is ganz äh viel Arbeit zu erklären dass es nicht immer sinnvoll ist ein Antibiotikum , das hab ich mit ähm deutschen Patienten anders also da //mhm// da kommt n anderes Gespräch zustande auch ne andere Erwartung von dem , ärztlichen Miteinander und da muss man sich halt so n bisschen drauf einstellen auch , als Hausarzt hat man (2) ja viele verschiedene Patienten | Interview 1091 Zeile 191-207*

Die Interviewerin fordert dann die Ärztin in einer immanenten Nachfrage auf, näher auf ihre Äußerungen einzugehen. Diese vergewissert sich, dass es sich um „de[n] Kulturkreis“ handelt. Bevor sie weiter darauf eingeht, betont sie ihre „langjährigen Erfahrung in der Praxis“ und bestätigt somit ihre Kompetenz. Mit dieser „Erfahrung“ begründet sie ihre nächsten Aussagen, macht aber zusätzlich Verallgemeinerungen, um die Gültigkeit ihrer Aussagen zu unterstreichen („ist es so dass ähm immer“). Die interviewte Ärztin greift auf die Erwartungen, die sie am Anfang des Absatzes genannt hatte („es ist ja so dass ausm anderen Kulturkreisen auch andere Erwartungen“) zurück („ist es so dass immer gewisse Erwartungen an einem Arzt gestellt werden“). Sie stellt hier aber einen Vergleich zwischen „muslimische[n] , Patienten“ und „der deutsche Patient“ „in der , Art wie- wie der Arzt betreut“ her. Das „Beispiel“ des „muslimische[n] , Patienten“ scheint nicht zufällig zu geschehen, da die Interviewte schon im Voraus nach der „Religionsgemeinschaft“ der Patientin mit einem „türkischen Namen“ fragte. Hier wird der Unterschied zwischen diesen beiden, von der Ärztin als unvereinbar gewerteten, Gruppen (natürlich können Muslim*innen deutsch/Deutsche muslimisch sein) stark betont („ich sehe einen **deutlichen** Unterschied“). Diese Differenzierung wird dann auch zusätzlich auf die Seite der „muslimische[n] , Patienten“ problematisiert („ein **Zuwendungs**problem“) und macht die Hierarchisierung zwischen beiden Gruppen sichtbar: die ‚deutschen‘ und ‚Muslim*innen‘ sind nicht nur anders; ‚Muslim*innen‘ sind in dieser Hierarchie schlechter aufgestellt, da sie als problematisch dargestellt werden. Diese Hierarchisierung wird daraufhin weiter ausgeführt („also dass- dass sie mehr Zuwendung brauchen und dass sie gewisse **Vorstellungen** haben wie Krankheiten behandelt werden als das sie ähm Beratung suchen“). Das Vorurteil der passiven,

uninformierten Patientin wird hier wieder aufgegriffen, ausgeweitet und mit der muslimischen Religion verknüpft. Im Gegensatz dazu steht „der deutsche Patient“ welcher „immer informiert werden“ will „und der diskutiert mit mir über unerwünschte Wirkungen und Hauptwirkungen und ähm das- ist in dem ähm muslimischen Kreis weniger hab ich jedenfalls die Erfahrung gemacht“. Am Ende rechtfertigt die interviewte Ärztin ihre Aussagen wie zuvor anhand ihrer Erfahrung („hab ich jedenfalls die Erfahrung gemacht“). Diese „Erfahrung“ stellt sie dann im Anschluss vor und gibt als Beispiel Patient*innen, die wegen „n Erkältung“ kommen. Die Interviewte nutzt hierfür Formulierungen, die auf die Verallgemeinbarkeit ihrer Aussagen hindeuten („also da ist auch immer ganz klar“) und stellt Muslim*innen als gesundheitsunbewusst und unhöflich dar („wenn ich n Erkältung hab [...] ich brauch jetzt n Antibiotikum“). Durch die Sprache der interviewten Ärztin erscheinen Türk*innen/Muslim*innen als ungebildet: sie können sich nicht so gut informieren und sind nicht so „selbstständig“ wie „deutsche , Patientin[nen]“, müssen „[ge]führ[t]“ werden und werden hier von der Ärztin mit einfacher Sprache nachgemacht. Dabei ist bemerkenswert, dass die Patientin in der Video-Fallvignette, gehobenes, fehlerfreies deutsch spricht und komplexe Zusammenhänge erklären konnte. Trotzdem werden ihr schlechte Sprachkompetenzen zugeschrieben. Durch den ganzen Absatz werden „deutsche“ Patient*innen den „anderen“, Fremden gegenüber- sowie übergestellt. Die wiederholte Verwendung von „die“ zeigt die Dehumanisierung und Distanzierung der Anderen. Am Ende wird erneut auf den Mehraufwand, der durch nicht „deutsche“ Patient*innen aufkommt, hingewiesen („äh viel Arbeit zu erklären dass es nicht immer sinnvoll ist ein Antibiotikum“). So wirken diese Patient*innen wie eine Last für die Ärztin. Das Othering wird ein letztes Mal aufgegriffen und die „deutschen Patienten“ werden erneut den ‚Anderen‘ übergestellt („das hab ich mit ähm deutschen Patienten anders also da //mhm// da kommt n anderes Gespräch zustande auch ne andere Erwartung von dem , ärztlichen Miteinander“). Obwohl die Ärztin die Unterschiede nicht erläutert („anderes Gespräch“, „andere Erwartung“), wird es klar, dass die „deutschen Patienten“ es richtig/besser machen. Nach diesem von Othering und antimuslimischen Rassismus geprägten Absatz, bagatellisiert die Ärztin ihre Aussagen („da muss man sich halt so n bisschen drauf einstellen auch , als Hausarzt hat man (2) ja viele verschiedene Patienten“). Diese Relativierung von allem, was sie bis jetzt geäußert hat, könnte an der sozialen Erwünschtheit liegen, der sie versucht zu entsprechen.

3.16 Interview 1102

Erzählaufforderung mit anschließender Proposition 1, Annahme genetischer Unterschiede zwischen *Weiß*en und Kurd*innen, die zu einer unterschiedlichen Schmerzwahrnehmung führen

I: versuchen Sie- versuchen Sie das //ja ja ok// also es geht ja //((der Hund macht irgendwas)) oh tschuldigung , Hundi komm her ((spricht unverständlich mit dem Hund))// , uns gehts ja dann , auch darum eben , die Gedanken nachvollziehen zu können //ja jaja// nicht nur die Ergebnisse zu haben //ne is schon klar// sondern auch was- was passiert da- lassen Sie sich dann ruhig Zeit und gu- gehen Sie nochmal zurück an den Anfang und , versuchen das für sich nochmal so n Stück ähm nachzuvollziehen und erzählen Sie uns einfach alles was Ihnen //was hängengeblieben is// dazu //das ist wahrscheinlich interessant// einfällt

*IP: also erstens äh , zuerst ist mir aufgefallen dass die Frau n Dialekt hat (1) ähm , ich dacht es wär russisch aber , bei dem Namen Pinar Yildiz isses wohl eher türkisch //mhm// (2) ähm fiel mir dann auch auf , das heißt //((spricht mit Hund))nene du bleibst hier/ ähm es könnte also durchaus sein (1) klar man hat Schubladen , dass es ne Kurdin ist und die haben ja ganz merkwürdige genetische Geschichten die haben ja **Gefühle** ähm die- was heißt Gefühle also , Schmerzsymptome und ganz merkwürdige andere äh somatische Symptome äh die unser einer auch nicht hat da gibt es (1) **ganz** interessante genetische äh (2) Abweichungen vom-vom normalen sozusagen ähm- und (2) da hab ich erstmal überlegt **könnte** es vielleicht sowas sein //mhm// aber die typischen Sachen kamen dann nicht //mhm// insofern dacht ich ok dann ist das doch nicht | Interview 1102 Zeile 14-30*

Im Anschluss zur Erzählaufforderung wird als erstes für den Arzt relevantes Thema die Herkunft der Patientin dargelegt. Der Interviewte schließt aus ihrem „Dialekt“ und aus „dem Namen Pinar Yildiz“, „dass es [wahrscheinlich] ne Kurdin ist“. Zur Bezeichnung der Patientin kann schon eine Entwicklung binnen vier Zeilen beobachtet werden, indem sie immer weniger humanisierend dargestellt wird: von „die Frau“ zu „es“ und abschließend „die“. Mit der Benutzung von „die“ wird also von Beginn der Erzählung an klargestellt, dass die Patientin nicht zu seiner Identifikationsgruppe gehört, dass sie anders ist (s. Othering). Seine Differenzierung erkennt er selbst und bezeichnet sie als Schublade („klar man hat Schubladen“). Dabei wird das eigene Vorgehen nicht in Frage gestellt, sondern als selbstverständlich vorausgesetzt („klar“). Im Anschluss wird der Otheringprozess verstärkt, indem der Arzt der Gruppe der Anderen bestimmte Charakteristika verleiht („die haben ja ganz merkwürdige genetische Geschichten die haben ja Gefühle ähm die- was heißt Gefühle also , Schmerzsymptome und ganz merkwürdige andere äh somatische Symptome“) und die ‚eigene‘ Gruppe dazu vergleicht

(„die unser einer auch nicht hat“). Die Gruppenselbstbezeichnung „unser einer“ zieht eine klare Grenze zwischen „die“ und ‚wir‘. Zusätzlich dazu werden die Unterschiede zwischen beiden Gruppen anhand von „**ganz** interessante[n] genetische[n] ähm (2) Abweichungen vom-vom normalen“ gerechtfertigt. Hier stellt die Gruppe der *Weiß*en also die Referenz, den Standard, das Normale, von dem die Patientin (und Kurd*innen) ‚abweichen‘. Die geschilderten Unterschiede erinnern an das von anderen Ärzt*innen genannte ‚mediterrane Syndrom‘ („Schmerzsymptome und ganz merkwürdige andere äh somatische Symptome“), der (wie schon mehrmals erläutert) kein echtes Syndrom bezeichnet, sondern ein veraltetes²⁶ rassistisches Konstrukt. Dieses ‚Syndrom‘ wird hier aber nicht nur genannt, sondern auch anhand ‚genetischer Unterschiede‘ gerechtfertigt. Seine Unterscheidung von Kurd*innen gegenüber anderen Menschen anhand von angeblichen „genetische[n] Unterschiede[n]“ basiert auf dem – längst widerlegten – Konzept von Rasse²⁷. Die Proposition des Interviewten wird abgeschlossen, indem er sich von seiner These des ‚mediterranen Syndroms‘ entfernt, da die Patientin „die typischen Sachen“ nicht präsentierte. Allerdings bleibt dabei die Frage offen, was diese „Sachen“ sind.

Immanente Nachfrage und Validierung 1 (Proposition 1), diese genetischen Unterschiede sind wissenschaftlich belegt

I: gut , Sie hatten gesagt am Anfang ähm haben Sie gedacht dass ist vielleicht ne- ne Kurdin dann dachten Sie ne Türkin oder so //ne Russin dacht ich zuerst mal// hm?

IP: ich dachte zuerst es wär ne Russin //oder ne Russin// ja

²⁶ Anscheinend nicht so veraltet, wenn es noch so oft von Ärzt*innen verwendet wird

²⁷ Zum Begriff ‚Rasse‘: „Der Begriff ist bezogen auf Menschen wissenschaftlich unhaltbar und obsolet. Es gibt keinen wissenschaftlichen Beleg für die Existenz unterschiedlicher menschlicher ‚Rassen‘. Studien haben vielmehr belegt, dass die genetischen Unterschiede innerhalb einer sogenannten ‚Rasse‘ größer sind als die, die zwischen zwei sog. ‚Rassen‘ bestehen. Gleichwohl taucht der problematische Begriff auch in Gesetzestexten auf, z. B. wenn im Grundgesetz formuliert wird, dass niemand ‚wegen seiner Rasse‘ benachteiligt werden darf. Im Entwurf für ein Antidiskriminierungsgesetz wurde stattdessen die Formulierung ‚aufgrund der Rasse‘ gewählt, um zu verdeutlichen, dass nicht das Gesetz von der Existenz verschiedener menschlicher ‚Rassen‘ ausgeht, sondern ‚dass derjenige, der sich rassistisch verhält, eben dies annimmt‘. Richtigerweise sollte auch in Gesetzestexten von ‚zugeschriebener Rasse‘ oder ‚Diskriminierung aus rassistischen Gründen‘ gesprochen werden. ‚Rasse‘ ist ein Produkt des Rassismus und nicht umgekehrt. Heutzutage werden statt des Begriffs ‚Rasse‘ häufig Euphemismen benutzt, die dieselben Funktionen erfüllen“ (Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e.V., 2019)

I: genau und dann sagten Sie da gibts ja so- so merkwürdige genetische //mhm// Geschichten und ähm //ja// merkwürdige Symptome ähm das äh kam dann irgendwie nicht , erzählen Sie mir nochmal //ja// was- was Sie da dachten was das für //die merkwürdigen Geschichten?// ja genau

IP: ähm also , es gibt ähm Kurden , ähm wie auch immer ich weiß jetzt nicht es sind nicht alle , sondern es gibt da- ungefähr vier einhalb Million ne viereinhalb Million? doch ungefähr viereinhalb Million Kurden , die sowas haben so m- Größenordnung äh mäßig , ähm ich weiß nicht kenn- es gib ja jede Menge türkische Autohändler , //mhm// kennen Sie bestimmt auch schon mal einen gesehen? in Hamburg gibts ja auch jede Menge , ähm und die Leute- die diese merkwürdige Symptome haben sind meistens die , die als **Männer** , im Sommer mit ner Mütze rumrennen (2) //mhm// schonmal gesehen //ja// so , äh das liegt daran ähm das eines dieser merkwürdigen Sympome , eine , eine- **Mißempfindung** auf dem Kopf ist die durch **Wind** hervorgerufen wird //mhm// dafür haben die auch ein Wort ähm fragen Sie mich nicht was das übersetzt heißt es ist jedenfalls irgendwie hat es was mit brennen im Kopf oder so zu tun //mhm// ähm das gibt es nur da //mhm// es gibt dieses- diese äh diese Symptom diese subjektive Empfindung gibt es **nur dort** //mhm// und äh es gibt auch noch n paar andere äh Symptome also in- in allen möglichen Körperregionen ähm die auch eigene Namen haben die man so sonst nicht bekommt und äh das Ganze gipfelt dann äh gerne auch mal in plötzlich auftretende Schmerzsyndrom das sind- diese- diese jaulenden w- **wimmernden** , **Leute** //mhm// äh die dann irgendwo aufschlagen wo man **überhaupt** nicht mehr ((lachend)) weiß was man machen soll/ die eigentlich nichts haben //mhm mhm// jedenfalls nichts was man **findet** //mhm// und das ist ganz interessant und das ist äh , so einigen Forschern aufgefallen //mhm// und ähm die haben da mal **nachgeguckt** , und es gibt wohl offensichtlich ein Gen welches für die Schmerzwahrnehmung äh zuständig ist //mhm// äh welches anders funktioniert als das bei anderen Leuten der Fall wäre //mhm// also beim Rest der Menschheit sozusagen //mhm mhm// das ist- jedenfalls im Moment ist das , äh Stand der Dinge //mhm// und , äh es **funktioniert** anders , der Schmerz wird nicht abgeschaltet sondern irgendwann anders- zum Teil auch anders , empfunden //mhm// fragen Sie mich nicht wie das geht es muss ja irgendeine neurologische Kompenent- Komponente sein aber es ist definitiv so //mhm// dieses- diese komische Jammersyndrom //mhm// wases- was man äh kennt- also jeder Arzt kennt das //mhm// ähm das hat seine **Gründe** also den Leuten gehts **wirklich** nicht gut es ist nicht so das sie jetzt Weicheier wären sondern //mhm// die haben einfach , ne andere ähm , sensorische Qualität dazu die unserer einer nicht hat insofern können wir das überhaupt nicht nachvollziehen //mhm// das muss man dann einfach nur akzeptieren , und fallweise eben auch ernst nehmen

I: und was Sie jetzt dazu veranlasst das , zunächst im Kopf- oder in dem Kopf zu bekommen? oder dass Sie daran gedacht haben?

IP: L einfach nur- ich sag ja einfach nur ne Schublade äh //ok mhm// weil , würde passen

I: mhm ok , kam dann aber nicht

IP: nö kam nicht //ok// ist bei Männern auch häufiger als bei Frauen merkwürdigerweise //ah ja// mhm | Interview 1107 Zeile 73-116

Die Interviewerin greift die von dem Arzt beschriebenen „merkwürdigen Symptome“ wieder auf und fragt nach einer Erläuterungen dazu. Der Interviewte versucht daraufhin seine vorigen Äußerungen zu untermauern, indem er ‚Fakten‘ dazu nennt („ungefähr viereinhalb Million Kurden , die sowas haben so m- Größenordnung äh mäßig“). Dabei fällt auf, dass er sehr unsicher und unpräzise wirkt („ungefähr vier einhalb Million ne viereinhalb Million?“, „die sowas haben“). Der weitere Absatz macht weiter klar, dass seine Aussagen unbegründet sind: der Interviewte sagt, dass diese von ihm beschriebenen Schmerzsymptomatik vor allem bei „türkische[n] Autohändler“ vorkommen würde, die „im Sommer mit ner Mütze rumrennen“ und dass es „eine- **Mißempfindung** auf dem Kopf ist die durch **Wind** hervorgerufen wird“. Nach einer Recherche in PubMed (Suche nach wissenschaftlichen Artikeln zu dem Thema oder zumindest zu einem ähnlichen Thema) und Google (Miterfassung von möglichen unwissenschaftlichen Quellen) konnte kein einziger Artikel identifiziert werden, der dieses ‚Syndrom‘ (oder etwas ähnliches) vorstellte oder beschrieb. An diesem Punkt angekommen, wirken die Ideen des Arztes fast konspirationstheoretisch und als wolle er seine rassistischen Äußerungen mit Scheinfakten untermauern. Pseudofakten zu diesem sogenannten Syndrom werden im Laufe des Absatzes weiterverbreitet und unterstützen vor allem die Idee des Otherings: es wird eine Gegenüberstellung von „die“ und „man“ durch seine Erklärung vollzogen. Einerseits ist die Darstellung von „die“, eine von „jaulenden w- **wimmernden , Leute[n]** [...] die eigentlich nichts haben“, andererseits ist die Darstellung der Eigengruppe („man“) eine von „die“ (=den Kurden) belastete Menschen („wo man **überhaupt** nicht mehr /(lachend) weiß was man machen soll/ die eigentlich nichts haben //mhm mhm// jedenfalls nichts was man **findet**“). Diese Behauptungen setzen sich auch weiter fort, als der Interviewte behauptet „einige Forscher“ hätten dieses Schmerzsyndrom an genetischen Unterschieden festgemacht (ein Gen „welches anders funktioniert als [...] beim Rest der Menschheit“). Diese Theorie wird dann nochmal als „Stand der Dinge“ beglaubigt und weiter erklärt: dieses „komische Jammersyndrom“ liegt an unterschiedlichen Funktionsweisen der Schmerzwahrnehmung, der Schmerz wird „zum Teil auch anders , empfunden“. Die Position des Interviewten wird zudem als allgemeinwissend dargestellt („diese komische Jammersyndrom [...] also jeder Arzt kennt das“). Nachdem diese unfundierte These über mehrere Absätze ausführlich beschrieben wurde, kommt die soziale Erwünschtheit zu tragen, die sich durch klare Diskrepanzen zu den vorigen Äußerungen sichtbar macht. Während der interviewte Arzt mehrmals durch

seine Sprache deutlich gemacht hatte, dass die Schmerzen von den Patient*innen ungerechtfertigt und übertrieben sind („jaulenden w- **wimmernden** , **Leute** [...] die eigentlich nichts haben“, „diese komische Jammersyndrom“), wird am Ende seines Absatzes betont, dass es den Patient*innen nicht gut geht („also den Leuten gehts **wirklich** nicht gut es ist nicht so dass sie jetzt Weicheier wären“). Dabei wird der Otheringprozess trotz der sozialen Erwünschtheit weitergeführt; auch wenn eingesehen wird, dass die Patient*innen wirklich leiden könnten, bleiben sie anders (schwacher, nerviger) als „unser einer“. Dieser Unterschied wird erneut anhand von pseudowissenschaftlichen Argumenten begründet („ne andere ähm , sensorische Qualität“) und als unauflösbare Differenz aufgezeichnet („insofern können wir das überhaupt nicht nachvollziehen //mhm// das muss man dann einfach nur akzeptieren“). Als die Interviewerin den Arzt daraufhin fragt, wie er zu dieser Idee gekommen ist, greift er zurück auf seine „Schublade[n]“, die aber immer noch als nicht hinterfragbar dargestellt werden. Allgemein fällt in diesem Absatz auf, dass der Interviewte fortwährend versucht, seine These zu rechtfertigen und sich immer weiter in vorurteilsbehafteten, falschen, rassistischen Aussagen verstrickt, die am Ende nicht ansatzweise etwas mit der gezeigten Videovignette zu tun haben: er redet über jammernde Männer, während die Videovignette eine recht emotionsarme Frau zeigt. Trotzdem reichte der „Dialekt“ und der „Name“ der Patientin aus, um eine solche vorurteilsbehaftete ‚Verdachtsdiagnose‘ in Erwägung zu ziehen.

Immanente Nachfrage und Differenzierung 1 (Proposition 1), Abwertung und Relativierung der Symptomatik aufgrund des Geschlechts

*I: mhm ok , ähm dann haben Sie gesagt dass Sie danach irgendwie an die Psyche gedacht haben //mhm// aber noch **bevor** das mit dem Tod der Mutter kam //mhm// was hat Sie dazu veranlasst?*

*IP: ähh diese (2) n wie gesagt n echter Patient ist anders , ähm sie ist sehr unbeteiligt äh mimisch gehemmt ähm irgendwie kommt sie nicht aus sich raus und erzählt es son bisschen wie abgelesen //mhm// und äh das könnte durchaus sein dass sie **irgendwas** erzählt //mhm// es muss ja nicht mal stimmen //mhm// kenn ich auch zu genüge , das /(lachend)) man sich irgendwas vom Patienten/ erzählt bekomme und das ist völliger Blödsinn //mhm// ähm ansonsten wirkte sie also aufm **Bild** wenn ich dieses hier wenn ich das jetzt so sehe äh kann auf verschiedene Arten und Weisen interpretieren ich glaube dass aufm- aufm Video in die Anfangsequenz da siehts ein bisschen anders aus na äh da hab ich ja spontan gesagt Schilddrüse und dachte so in mein Kopf*

fünfunddreißig einhundert alleinstehende Frau , ähm Schublade //mhm// die sah son bisschen depressiv aus //mhm// mhm //ok// wirkte wir- also auch aufgrund //ja// der mangelnden Mimik //mhm// ((redet mit Hund) ja was den , schnuggilein joo so/ | Interview 1107 Zeile 117-130

Der Arzt wird durch die Interviewerin dazu bewegt, seinen Verdacht auf eine psychische Diagnose zu erläutern. Die fehlende Mimik („mimisch gehemmt“) und Beteiligung („sehr unbeteiligt“) der Patient*in werden als ausschlaggebende Gründe für seinen Verdacht genannt. Daraufhin wird klar, dass dieses Auftreten der Patientin dazu führt, dass der Interviewte ihren Äußerungen skeptisch begegnet („äh das könnte durchaus sein dass sie **irgendwas** erzählt //mhm// es muss ja nicht mal stimmen“). Diese Skepsis wird sogar auf (psychiatrische) Patient*innen generell ausgeweitet und baut eine klare Hierarchie zwischen dem Behandelnden und Patient*innen auf. Der interviewte Arzt besitzt die Entscheidungsmacht darüber, welche Informationen ernst genommen werden und welche „völliger Blödsinn“ sind. Zusätzlich zu den vorigen rassistischen Äußerungen könnte hier die Stigmatisierung von Patient*innen mit psychischen Krankheiten auch vermutet werden. Diese Theorie bestätigt sich darauffolgend, als der Interviewte seine „spontan[e]“ Verdachtsdiagnose der „Schilddrüsen[unterfunktion oder -überfunktion]“, aufgrund des Geschlechts, des Alters, und des Familienstandes der Patientin, verwirft. Hier wird nach und nach eine neue „Schublade“ aufgemacht: alleinstehende Frauen um die 55 Jahre alt, mit „mangelnde[r] Mimik“ sind wahrscheinlich „son bisschen depressiv“ und erzählen manchmal „völligen Blödsinn“. Die Bezeichnung „son bisschen depressiv“ könnte darauf hindeuten, dass der Interviewte die Depression nicht als ernstzunehmende Krankheit bei dieser Patientin vermutet, sondern eher von einer ‚Verstimmung‘ ausgeht, vielleicht von einer „jaulenden w- **wimmernden**“ Patientin „die eigentlich nichts [hat]“ (s.o.). Zu den rassistischen Aspekten seines Diskurses kommen also gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen diskriminierende und sexistischen Äußerungen.

Immanente Nachfrage und Validierung 2 (Differenzierung 1), Abwertung und Relativierung von psychischen Erkrankungen bei Frauen

I: und diese- und diese das mit dem depressiven //ja// das hat sich ((Hunde bellt)) ist es dann weitergegangen diese Hypothese/

IP: ja , jajajajajaa dochdoch

I: wo- woran haben Sie das dann weiter festgemacht weils- ((Hund bellt))gennant hatten Sies (defi)/

*IP: hey- das ging /((redet mit Hund)) aus jetzt/ das ging ähm- ging ja so weiter ähmähm während das ganze Interviews //mhm// ähm sie kam ja überhaupt nicht aus sich raus , keine Art- kein , kein Zeichen von Schwingungsfähigkeit dabei //mhm mhmhm// nichts und ähm dann kam der Tod der Mutter und und und dann dacht ich ok , mhm //mhm// möglicherweise , und **vielleicht** , dann assoziiert als sie dann so /((Stimme verstellt)) ja ich hatte das schonmal und hach und damals/ und wer weiß was damals war //mhm// mhm //ok// you never know also das sollte man , **hätte** ich den mal nachgebohrt*

I: mhm , ok das war das wo Sie meinten , da wird irgendwas dahinterstecken

*IP: irgendwas wird dahinterstecken ja //mhm ok// bisher waren ja noch keine wesentliche Lebensereignisse dabei //ja// ist die Frage hat sie Kinder hat sie keine , hat sie n Mann hat sie keinen //mhm// ähm pff , da ist **nichts** also da ist noch jede Menge , **Raum** ähm für Katastrophen*

I: ok , denken Sie an irgendwas bestimmtes //nö// ok

IP: /((lachend)) aber Männer Kinder/ und so weiter auch //ja// Lebensgeschichten sind ja so variabel //ok// und dann äh- wer weiß wie lange sie schon in Deutschland ist vielleicht ist sie einfach entwurzelt vielleicht möchte sie wieder zurück aber kann nicht ochh //mhm// alles im Wind | Interview 1102 Zeile 131-152

Auf Nachfrage der Interviewerin erzählt der Interviewte, woran er die Hypothese der Depression festgemacht hat. Dafür kommt er zurück auf das Verhalten der Patientin, die „nicht aus sich raus[kam]“ und „kein Zeichen von Schwingungsfähigkeit“ zeigte. Der „Tod der Mutter“ führt dazu, dass sich seine Theorie bestärkt. Daraufhin verstellt er seine Stimme um die Patientin zu imitieren („so /((Stimme verstellt)) ja ich hatte das schonmal und hach und damals/“) und stellt sie erneut als klagend dar. Die Verstellung der Stimme bestärkt außerdem die Theorie, dass der Interviewte das mögliche psychologische Leid und die Patientin selbst nicht ernst nimmt. Die Benutzung von „nachbohr[en]“ als Ausdruck für eine weitere soziale und familiäre Anamnese, lässt vermuten, dass der Interviewte keine besondere Vorsicht bei der Erhebung anwenden will. Es zeigt sich ein Gefühl der Verständnislosigkeit. Der Arzt ist der Überzeugung, dass das Verhalten der Patientin mit einem traumatischen Ereignis verbunden ist, den sie noch nicht erzählt hat („irgendwas wird dahinterstecken [...] bisher waren ja noch keine wesentliche Lebensereignisse dabei“). Dieses Ereignis vermutet er innerhalb der Familie („hat sie Kinder [...] hat sie n Mann“), die als „**Raum** ähm für Katastrophen“ dargestellt wird. Als die Interviewerin daraufhin nach Erläuterungen dazu fragt, wird die Familie erneut als eine möglicherweise traumatische Umgebung dargestellt. Der Arzt versucht also hiermit eine psychische Vorbelastung bei der Patientin zu konstruieren. Daraufhin wird der angenommene Migrationshintergrund der Patientin wieder aufgegriffen und als

möglicher Auslöser beschrieben („vielleicht ist sie einfach entwurzelt“). Der Absatz wird durch „alles im Wind“ beendet, welches eine Art ironische Haltung verspüren lässt. Es fällt allgemein auf, dass der Interviewte auf die Verdachtsdiagnose Depression eingeht, trotzdem immer wieder Zeichen gibt, dass er das Leid der Patientin nicht ernst nimmt oder als übertrieben wahrnimmt.

3.17 Interview 1107

Proposition 1, alte Frauen mit angenommenem Migrationshintergrund sind integrationsbedürftig und deshalb psychisch krank

IP: ähm , gut , ersten zwanzig Sekunden (2) ähm wa- war die erste Idee war , ähm , w- was depressives , Müde Unfit , Leistungsknick //mhm// ähm is in der , Generation türkischen Frauen auch , tatsächlich häufig (2) sprachlich war sie relativ gut integriert jetzt so- also sie könnte sehr gut deutsch gesprochen (2) das reduziert dann schon wieder die , Wahrscheinlichkeit aber insgesamt ist das einfach n häufiges , zumindest zugrunde liegendes Geschehen //mhm// irgendwie na | Interview 1107 Zeile 11-16

Die erste Assoziation des Interviewten besteht darin, die geschilderten Symptome („Müde Unfit , Leistungsknick“) und das Alter, Geschlecht und die angenommene Herkunft der Patientin („in der , Generation türkischen Frauen“) in Zusammenhang zu bringen. Diese Symptome werden in dem Kontext mit Depression bzw. mit „was depressives“ assoziiert und diese Vermutung dann als ein „tatsächlich häufig[es]“ Phänomen, „einfach n häufiges , zumindest zugrunde liegendes Geschehen“ beschrieben. Die Sprachkompetenz der Patientin wird angesprochen und erscheint somit dem Interviewten als nicht selbstverständlich („sie könnte sehr gut deutsch gesprochen“). Der Satz „sprachlich war sie relativ gut integriert“ weist darauf hin, dass die ‚Integration‘ der Patientin auch anhand ihrer sprachlichen Fähigkeiten gemessen wird. Obwohl sie in dem Video perfekt deutsch spricht, keinerlei Sprachfehler macht und ihre Sprache von dem Arzt als „sehr gut“ gewertet wird, bleibt sie sprachlich ‚nur‘ „relativ gut integriert“. Durch diese Bewertung der Patientin schafft der Interviewte eine Distanzierung zwischen ihr und sich (Othering). Es bleibt letztlich irrelevant, wie gut Ihre Deutschkenntnisse sind, sie wird trotzdem als ‚nur‘ „relativ gut integriert“, also immer noch ‚integrationsbedürftig‘ eingestuft.

Proposition 2, gut integrierte türkischen Frauen können sich von der kulturell bedingten Unterdrückung befreien

IP: Rauchen wissen wir jetzt nicht (2) so , wobei bei ner gut integrierten , türkischen Frau kann das auch gut sein in dem Alter na dass sie auch raucht | Interview 1107 Zeile 36-38

Aus nicht weiter aufgeführten Gründen wird die Patientin als „gut integriert“ (und deshalb potenzielle Raucherin) dargestellt. Dabei kann vermutet werden, dass der Arzt diesen Schluss nicht nur anhand ihrer sprachlichen Kompetenzen zieht (die vorhin nur für „relativ gut“ ausgereicht hatten) sondern auch weil die Patientin zum Beispiel kein Kopftuch trägt (s. Interview 1046 , „sie hat kein Kopftuch sie kommt aber- ist da aufgewachsen“).

Immanente Nachfrage und Validierung 1 (Proposition 1 und 2), Stereotype Darstellung von Frauen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund führt zur Annahme der Depression

*I: ok , super , genau ich hab mir n paar **Sachen** aufgeschrieben , worauf ich gerne zurückkommen würde (2) ähm jetzt ist die Frage wo ich anfangen will hm ähm (3) dann machen wir das mal chronologisch //ich mach mal kurz auf// ja //mhm// , also , Sie hatten ähm , ganz am Anfang gesagt dass ihre erste Idee , ähm war dass es etwas mit Depression zu tun hatte , ähm und dass Sie darauf gekommen sind weil äh (1) wegen der Müdigkeit glaub ich hatten Sie gesagt //na der erste Satz war irgendwie Unfit// genau //Müde , Schwäche// mhm //sowas irgendwie// und- und , genau und dann hatten Sie gesagt dass äh das häufig in diese Generation äh äh von türkische Frauen so ist , könnten Sie das vielleicht äh ein bisschen weiter erläutern*

*IP: (4) na einfach wenn ich gucke , mhhh also durch die Ausrichtung meiner Praxis hab ich relativ viele **junge** Menschen //mhm// ähm , und ich glaube im Schnitt wahrscheinlich auch ähm weniger , migrantische , die nicht so angezogen sind von diesem homöopathischen Schwerpunkt //mhm// ich hab aber ne ganze Reihe auch von türkischen Frauen und , die die ich betreue da würd ich sagen das ist überschnittlich hoft- oft dass das zumindest mit n Thema ist //mhm// dass sie einfach depressiv sind oder äh wenn ich jetzt so- die mir so zuerst einfallen sind die- wo ich mit der wirklich sehr viel dann beschäftigt war mit Rente mit äh also viel Beratungssachen und so //mhm// weil die einfach äh , platt sind //mhm// weil die oft natürlich dann als Reinigungsfrau gearbeitet haben oder auch körperlich auch viel gemacht haben und total am Ende sind irgendwie und , selber , nicht gut zurande kommen , äh gegenüber den Behörden den Betrieb wem auch immer irgendwie so ihre Rechte klar zu machen irgendwie und viel Unterstützung brauchen //mhm// (2) so erstmal | Interview 1107 Zeile 50-69*

Als Antwort auf die immanente Nachfrage der Interviewerin zu der Häufung von Depression „in der , Generation türkische[r] Frauen“, wird vom Interviewten die Menge („ne ganze Reihe“) „von türkischen Frauen“ „die einfach depressiv sind“ bzw. wo „das zumindest mit n Thema ist“, erwähnt. Dabei wird kontrastierend betont, dass er nicht so viele ältere („viele **junge** Menschen“) „migrantische“ Patient*innen in der Praxis betreut, weil sie „nicht so angezogen sind von diesem homöopathischen Schwerpunkt“. Im Folgenden entfaltet sich wieder das Othering indem vom „sie“ (welches auch schon eine Uniformität in der Gruppe ‚ältere türkische Frauen‘ vorgibt) zum „die“ gewechselt wird. Ab diesem Punkt wird nur noch ein verallgemeinerndes stereotypes Bild wiedergegeben: „die [...] mit Rente mit äh so viel Beratungssachen“, „die einfach äh , platt sind“, „die oft natürlich dann als Reinigungsfrau gearbeitet haben“. Die Benutzung von „natürlich“ zeigt erneut, wie fest dieses einseitige Bild von türkischen Frauen beim Interviewten festsetzt. Dabei muss beachtet werden, dass diese Schlüsse auch wieder nur anhand vom Namen und Akzent geschlossen werden konnten und somit das Fremdsein (nicht Deutsch-sein) zugeschrieben wird. Dieses stereotype Bild wird noch mit der Zuschreibung eines abhängigen und hilfebedürftigen Verhaltens gesteigert („äh gegenüber den Behörden den Betrieb wem auch immer irgendwie so ihre Rechte klar zu machen irgendwie und viel Unterstützung brauchen“).

Immanente Nachfrage mit anschließender Elaborierung 1 (Proposition 1), Annahme des ‚Mittelmeersyndroms‘ bei älteren türkischen Frauen

I: ok und äh mir fällt grad auch wieder ein , ähm als noch im Quanti Teil- hatten Sie auch gesagt , dass ähm- hatten Sie gesagt dass s-s- dass es sein könnte dass die Patientin so n bisschen deaggravierend ist auch im Bezug auf äh - aufn- auf die Tatsache dass es ne türkische Frau ist , können Sie das auch n bisschen weiter erläutern äh wie Sie zu dem Schluss gekommen sind was das für ne Rolle spielt ähm , ja genau

IP: also ich kann das nicht so ganz auseinanderhalten diese- das ist ja- diese Kunstsituation na diese Maske so deshalb- das ist auch mitn Punkt , sie relativ starr dasitzt //ja// und so erzählt na wo ich dann direkt , aufpoppte ok vielleicht was depressives irgendwie na //mhm// bevor ich mir klar machte ok das ist dieses jetzt stimmt ja gar nicht weil das ist ja sozusagen nicht echt ähm (5) man ver=bindet mit türkischen Frauen eher so diese Mittelmeer- äh (2) Schmerzgeschichte , das sozusagen das eher übertrieben wird (1) ähm (3) das stimmt aber vielleicht nur für- für son (2) funktionellen , Bereich sag ich mal so , wenn es , um , echtes tieferliegendes Problem geht oder so , dann (1) ist da (1) 'also ich weiß nicht ob das mehr ist als bei andern' aber , da muss man

zumindest das so mitlaufen haben na das es auch sein kann dass die , dass die nicht richtig rausrücken wollen damit //mhm//

I: mhm d-d- //das ist// können Sie da vielleicht ähm , mir näher nochmal ein bisschen näher erläutern was Sie mit funktionell und äh tiefgreifend

*IP: L das Schmerzen oft sehr- also einfach ist dieses- dieses Klischeebild was jeder Arzt kennt na da sitzt eben ne , seehr stark ihre , Probleme darstellende , ältere türkische Frau die jammert und überall Schmerzen man kann kaum richtig untersuchen weil alles tut weh wo man anfasst und so //mhm// und es ist eben aber nicht passend zu , ne Fibromyalgie oder sowas und es ist halt **Ausdruck** , dass es ihr **schlecht** geht sowie bei dem kleinen Kind //mhm// das ist einfach kulturell dieser Unterschied irgendwie so na //mhm// und , ähm (1) dahinter , kann manchmal , sich , n echtes Problem verbergen , also ich mein jetzt nicht , weil der Mann sie haut oder sowas sondern , auch körperlich sozusagen was aber dann vielleicht in diesem ganzen bffft **untergeht** | Interview 1107 Zeile 132-156*

Hier wird eine immanente Nachfrage zu einer Äußerung des quantitativen Teils des Interviews gestellt, die sich auf die Beschreibung der Patientin als „deaggravierend“ aufgrund ihrer Herkunft bezieht. Der Interviewte erklärt, dass dieser Eindruck dadurch entstand, dass die Patientin „relativ starr dasitzt“. Dieses für ihn mit Depression assoziierte Verhalten interpretiert er als Produkt der „Kunstsituation“ des Interviews oder als Ausdruck dieser „Mittelmeer- äh (2) Schmerzgeschichte“ (auch als ‚Mittelmeersyndrom‘ in anderen Interviews bezeichnet). Dabei fällt auch die Unterbrechung nach „Mittelmeer“ auf, welches denken lässt, der Interviewte hätte sich selbst zensiert und anstatt Mittelmeersyndrom zu sagen, „Schmerzgeschichte“ als Euphemismus benutzt, damit aber das Gleiche meint. Bis jetzt wurde das Verhalten der Patientin nur aufgrund ihres angenommenen Migrationshintergrundes mit einer möglichen Depression assoziiert. Diese Behauptung widerspricht aber der Beschreibung des ‚Mittelmeersyndroms‘, welches ihr auch zugeschrieben wird. Diese Diskrepanz wird im Folgenden erklärt: für den Arzt äußert sich das ‚Mittelmeersyndrom‘ als übertreibendes Verhalten im „funktionellen , Bereich“ und als ruhiges Verhalten („die nicht richtig rausrücken wollen damit“) bei einem „echten tieferliegenden Problem“. Dabei ist er sich nicht sicher, „ob das mehr ist als bei andern“. Hier fällt auf, dass das ‚Mittelmeersyndrom‘ an den persönlichen Vorstellungen und stereotypischen Mustern des Arztes angepasst werden. Dies ist aber nicht weiter überraschend, da der Begriff an sich ein rassistisches, unbegründetes Konstrukt ist und nicht auf medizinischem Wissen basiert. Die Orientierung bleibt aber durchgehend ähnlich: ältere türkische Frauen werden von dem Interviewten als psychisch auffällig wahrgenommen, sei es indem sie

übertreiben oder im Gegensatz ‚zu‘ ruhig sind. Diese Wahrnehmung könnte den Eindruck der Hilfsbedürftigkeit und der Abhängigkeit der Patientin erklären, welche im vorigen Absatz bemerkt wurde.

Leitfragenfrage zur Sicherheitsangabe und Proposition 3, türkische Frauen haben Kommunikationsprobleme und können deshalb ihre Beschwerden nur schlecht schildern

I: ok mhm , ok ähm (2) genau (5) äh genau , und Sie hatten , ja diese zwei Verdachtsdiagnosen genannt //mhm// äh also Herzinsuffizienz und KHK und wir hatten im- im Quantiteil sone ä-ä-Sicherheitsangabe gegeben , könnten Sie da vielleicht auch nochmal weiter erläutern wie äh Sie zu diese Angaben gekommen sind

*IP: ja das ist natürlich so dieses , ähm die (3) ohh , dieses Grundbild was man hat von , ner Herzinsuffizienz und von , Angina Pectoris Beschwerden irgendwie na was natürlich äh bei Frauen oft , durchbrochen wird oder dann auch noch bei **migrantischen** Frauen so die das vielleicht anders äußern oder so na | Interview 1107 Zeile 158-165*

Zur Erläuterung seiner Sicherheitsangaben kommt der Interviewte zurück auf das „Grundbild“ der Herzinsuffizienz und „Angina Pectoris Beschwerden“. Er differenziert dabei zwischen den Symptomschilderungen von Frauen und Männern und bezieht sich dabei wahrscheinlich auf die eher für Männer typische Schmerzdarstellung²⁸ (Druck in der Brust links mit Ausstrahlung im linken Arm) bei Angina Pectoris. Im Folgenden wird diese Differenzierung aber auch auf die Herkunft der Patient*innen („bei **migrantischen** Frauen“) ausgebreitet. Ab diesem Punkt ist diese Äußerung nicht mehr medizinisch (oder historisch medizinisch) nachzuvollziehen, sondern könnte sich auf die schon vorher vom Arzt geäußerten ‚Kommunikationsschwierigkeiten‘ beziehen. Somit würde sich die vorherige These bestätigen, in welcher der interviewte Arzt von einer unterschiedlichen Kommunikation abhängig von der angenommenen Herkunft seiner Patient*innen bzw. abhängig davon, ob diese *Weiß* sind oder nicht, ausgeht.

²⁸ Inzwischen in neuen Leitlinien nicht mehr angewendet

Immanente Nachfrage mit anschließender Differenzierung 1 (Proposition 2), türkische Frauen werden durch kulturell bedingte patriarchale Verhältnisse unterdrückt

*I: ne ok gut ähm dann , guck ich noch dass ich nichts vergessen habe (13) **ah ja** doch ich hab was vergessen , ähm äh Sie hatten auch vorhin das Rauchen angesprochen und äh dazu gesagt dass es äh bei- dass es gut sein kann bei gut integrierten türkischen Frauen //mhm// können Sie das auch nochmal n bisschen erläutern*

*IP: ähm ja also sone türkische 75 jährige Frau die noch in der patriarchalen klassische Familienstruktur lebt die raucht nicht //ok// weil ihr Mann das nicht erlaubt //ok , und// **oder** die machts heimlich aber das ist dann nicht vorgesehen sozusagen das darf sie nicht irgendwie ne und wenn sie **frei** ist sich so hier westlich mit dem- kann es eben auch sein , so das war meine Inter- wo die sich drüber geredet haben und dann würde ich dann eben nachhacken auch na //ja// würd ich schon sonst auch **fragen** aber dann weiß man vorher schon dass sie nicht raucht so //ok ok// nur zur vollständigkeithalber dann na | Interview 1107 Zeile 193-203*

Die Aussage des Interviewten zum Rauchen wird wieder aufgegriffen und erläutert. Die aufgestellte These zur ‚unterdrückten türkischen Frau‘ wird hier präzisiert und mit der ‚patriarchalen klassischen Familienstruktur‘ in Verbindung gebracht. Diese patriarchalen Verhältnisse werden aber klar in Zusammenhang mit der angenommenen Herkunft der Patientin gebracht. Das stereotypische Bild der gefährlichen ausländischen Männer und ihrer unterdrückten Frauen wird hier reproduziert und durch die angewendete Sprache betont („weil ihr Mann das nicht erlaubt“, „das ist dann nicht vorgesehen sozusagen das darf sie nicht“). Diese Unterdrückung wird dem „frei“sein entgegengesetzt, welches mit „hier“ und „westlich“ in Verbindung gebracht wird. Diese Annahmen werden vom Interviewten als klare Wahrheiten dargestellt und alternative Szenarien als schlichtweg unmöglich betrachtet („würd ich schon sonst auch **fragen** aber dann weiß man vorher schon dass sie nicht raucht so //ok ok// nur zur vollständigkeithalber dann na“).

3.18 Interview 1113

Proposition 1, Annahme psychischer Erkrankung aufgrund des angenommenen Migrationshintergrundes

IP: und dann , könnt ich mir vorstellen dass doch nochmal rauskommt , dass durch dieses Tod der Mutter wenn Sie das einzige Kind war //mhm// vielleicht m- wir haben ja nichts über den Beruf und sonstwas erfahren ich weiß gar nicht ob die n Partner hat oder so , ähm dass sie vielleicht sehr einsam ist und da auch nochmal was dazukommt was diese Schlafstörung macht

und dieses ähm //mhm// nächtliches Aufwachen das ist ja nicht normal und des , hab ich nicht so richtig in Bezug auf die Luftnot und- und und diese Beschwerden gesehen sondern eher doch seelisch und das ist manchmal interessant was bei denen dann im zweiten dritten Anlauf äh rauskommt , außerdem ist sie ja anscheinend dem Namen nach Türkin sie spricht aber akzentfrei Deutsch da- 'ist ja vielleicht auch nochmal so' n Hintergrund dahinter den , kann man aber nicht im Erstgespräch gleich ab=schätzen //mhm// ob da was schwierig ist hmhm (7) | Interview 1113 Zeile 33-43

In der Stegreiferzählung geht die interviewte Ärztin auf mögliche psychische Ursachen für das „nächtliche[...] Aufwachen“ und für die „Schlafstörung“ der Patientin ein. Die Ärztin vermutet, dass der „Tod der Mutter“ in Verbindung mit einer bestimmten Familien- und Berufsanamnese („einzige Kind“, „ob die n Partner hat oder so“, „wir haben ja nichts über den Beruf und sonstwas erfahren“) dazu führen könnte, dass die Patientin „sehr einsam“ ist und „seelisch[e]“ Beschwerden entwickelt. Der ärztliche Umgang mit solchen Patient*innen wird als schwierig dargestellt, indem er als langwierig abgebildet wird („das ist manchmal interessant was bei denen dann im zweiten dritten Anlauf äh rauskommt“). Bei der Benutzung von „bei denen“ wird eine Grenze zwischen ‚normalen‘ Patient*innen und „nicht normal[en]“ Patient*innen (mit psychischen Erkrankungen) gezogen. Dieser Otheringprozess ist der Gleiche, der in vielen anderen Interviews zur Unterscheidung von ‚die‘ („Türken“, „Ausländer“ oder Menschen „mit Migrationshintergrund“) und ‚wir‘ (die Weiße Mehrheitsgesellschaft) benutzt wurde, mit dem Unterschied, dass hier Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgegrenzt werden. Im Anschluss dazu wird die Herkunft der Patientin anhand ihres Namens angenommen und mit den „seelisch[en]“ Problemen zusammengebracht („da- 'ist ja vielleicht auch nochmal so' n Hintergrund dahinter“). Es fällt auf, dass die Interviewte dabei leise spricht, welches darauf zurückzuführen werden könnte, dass sie aufgrund der sozialen Erwünschtheit versucht, ihre Aussage zu mildern. Der als mögliche Ursache für die psychische Erkrankung aufgeworfene „Hintergrund“ wird nicht näher erläutert. Möglicherweise sieht die Ärztin aber die angenommene türkische Herkunft der Patientin als Hinweis für eine psychische Erkrankung. Der zusätzliche Bezug zur Sprachkompetenz der Patientin könnte auch für diese Theorie sprechen: während die Patientin „ja anscheinend dem Namen nach Türkin“ ist (dementsprechend wahrscheinlicher psychisch erkrankt), „spricht [sie] aber akzentfrei Deutsch“ (der „aber“ würde dann eine niedrigere Wahrscheinlichkeit für einer psychischen Erkrankung

darstellen: die Sprachkompetenz wäre somit ein ‚verbesserndes‘ Faktor, welches eine ‚bessere Integration‘ der Patientin signalisieren würde).

Elaboration 1 (Proposition 1), der Migrationshintergrund begünstigt psychische Erkrankungen, weil Ausländer*innen ein anderes Körperverständnis haben

I: mhm , gut (2) ähm , genau und dann ähm waren Sie kurz darauf eingegangen dass die Patientin äh n türkischen Namen ähm und Sie- Sie sagten , dass da vielleicht ein Hintergrund dahinter ist , aber dass Sie das nicht im ersten Gespräch schon äh erfragen können , könnten Sie vielleicht nochmal erläutern so- so (1) dieses Hintergrund was dahinter sei- also w- was kann ich mir darunter vorstellen

IP: mhm , da bin ich mir selbst noch unsicher weil wir hier bei uns im Dorf wenig türkische Patienten haben , wir haben Russlanddeutsche wir haben Syrer ähmm , Türken haben wir fast- wir haben Albaner //mhm// ähm aber eigentlich gar keine Türken und da hab ich wenig Erfahrung mit , ich weiß nur bei Patienten aus , andern Ländern sag ich mal so , allgemein ähm , die haben ein anderes Krankheitsverständnis //mhm// und , da kann ich meinem gewohnten , Muster auch mit meinem gewohnten Wunderpunkt da nicht so viel anfangen also das ist nochmal Neuland für mich , da bin ich auch unsicherer //ok// also da müsste ich dann wahrscheinlich sehr offene Fragen stellen und einfach sagen , wovor haben Sie den eigentlich Angst was Sie haben könnten oder gabs das in Ihrer Familie oder so etwas //mhm// ich weiß zum Beispiel dass , wenn sie jetzt tatsächlich Türkin ist es gibt äh zum Beispiel Magengeschwüre ist so n typisches Problem von türkischen Patienten die sich hier nicht gut integriert fühlen , und dann einfach mit sowas reagieren dass Sie immer wieder Magenschmerzen haben hab ich mal gelesen , kann ja was dran sein ähm (2) verkappter Heimweh was weiß ich , Entwurzelung //mhm// ja , ganz genau weiß ich das in Bezug auf Türken- ich weiß es ja nicht mal in Bezug auf unsere Ausländer die hier sind , ich weiß nur dass sie- mit Krankheiten anders umgehen //mhm// also , da kann man auch nicht alle über einen Kamm scheren aber , einige äh sind deutlich also auch bei Kleinigkeiten deutlich besorgter als andere- also sie haben n anderes Körperverständnis irgendwie //mhm// wenn da was nicht in Ordnung ist dann sind die , sehr in Aufruhr und oftmals die ganze Familie mit //mhm// ((lacht)) die kommen dann auch alle //mhm// machen viel Krach //mhm// ((IP lacht)) also ja , sowas gibt es | Interview 1113 Zeile 128-152

Die Interviewerin geht auf die vorige Äußerung der Ärztin ein und fragt nach Erläuterungen zum genannten „Hintergrund“. Die Interviewte erzählt daraufhin, dass sie sich mit „Türken“ ‚nicht auskennt‘. Damit kategorisiert sie die Patientin als „türkische Patient[i]n“ und impliziert ein ähnliches Verhalten von Menschen aus dieser Gruppe. Zusätzlich wird eine klare Linie zwischen Ausländer*innen („Türken“, „Russlanddeutsche“, „Syrer“, „Albaner“) und Weißen („wir“, „hier“, „bei uns“: dreifache

Betonung) gezogen. Dieser Otheringprozess wird dann weiter ausgeführt, indem eine Hierarchisierung zwischen *Weiß*en und Ausländer*innen erstellt wird. Dies wird durch zwei Redeweisen der Ärztin deutlich. Erstens wird durch die mehrfache Wiederholung von „wir haben“ + Herkunftsgruppe ein Besitzkonzept ausformuliert, der eine klare Hierarchisierung zwischen beiden Gruppen entstehen lässt. Zweitens wird mit dem „wir“ deutlich, dass die Interviewte eine Identifikationsgruppe bildet, die über der Gruppe der ‚Anderen‘ steht. Außerdem betont sie dreifach, dass sie „wenig Erfahrung“ mit „Türken“ hat („wenig türkische Patienten“, „aber eigentlich gar keine Türken“, „da hab ich wenig Erfahrung mit“) und unterstellt damit, dass sie anders sind als ihre ‚normalen‘ Patient*innen. An dieser Stelle entsteht eine Wendung in der Erzählung der Ärztin, indem sie nicht mehr zwischen den unterschiedlichen Herkunftsn differenziert, sondern anfängt „**allgemein**“ über „Patienten aus , andern Ländern“ zu reden. Die Formulierung ihrer Aussagen zeigt sich aber etwas zögerlich und unsicher (die Pause zwischen „aus“ und „andern“ sowie „sag ich mal so“) und lässt auf den Einfluss der sozialen Erwünschtheit schließen. Durch diese Verallgemeinerung wird der Otheringprozess fortgeführt und detailliert: Ausländer*innen sind anders („die haben ein anderes Krankheitsverständnis“) und diese ‚Andersartigkeit‘ führt dazu, dass die Ärztin sich anpassen muss („da kann ich meinem gewohnten , Muster auch mit meinem gewohnten Wunderpunkt²⁹ da nicht so viel anfangen also das ist nochmal Neuland für mich , da bin ich auch unsicherer“). In diesem Textabschnitt fällt die Eigenbezogenheit („ich“, „meinem“, „mit meinem gewohnten“, „Neuland für mich“, „ich“) der Aussagen auf, die die Ärztin als ‚Leidtragende‘ (bzw. Person die, die Konsequenzen für das ‚Problem‘ tragen muss) erscheinen lässt. Es kann außerdem auf die Verwendung von „die“ hingewiesen werden, was auch das Othering verstärkt. Im Folgenden zeigt die Interviewte, inwieweit sie ihr Vorgehen

²⁹ Erklärung der Ärztin vom Begriff „Wunderpunkt“: *I: und- und Sie sagten grade Wun- Wunderpunkte*

IP: L Wunderpunkte ja das hab ich damale im UKE inder //mhm// Psychosomatik Vorlesung gelernt das ist ganz toll , ähm wenn es inder Anamnese Punkte gibt wo man denkt , hups (1) das ist doch komisch , dass man sich irgendwie wundert also als Arzt //mhm// das- dass sind nicht (vollgerecht-) das sind Wunderpunkte und die habens meistens in sich und auf die sollte man eingehen , also entweder in der Anamnese des Patienten oder bei sich selbst , dass man genau denkt warum isses eigentlich so , also für mich war ein Wunderpunkt als sie gesagt hat seit einiger Zeit gehts ihr nicht gut blablabla und dann kam ja das auch seit einiger Zeit ist die Mutter gestorben //mhm// der es eigentlich völlig gut ging aber ganz plötzlich //mhm// denk ich , kann Zufall sein dass beides , zeitgleich stattfand dass es ihr schlechter geht na aber man kann ja auch denken es geht ihr schlecht seitdem die Mutter gestorben ist //mhm// (1) ist zumindest n Wunderpunkt //mhm// weil ich ja keine so richtige Erklärung hab für ihre Beschwerden und immernoch hinten im Raum steht es könnte auch psychosomatisch zumindest mitbedingt sein //mhm// das würd ich der Patientin übrigens auch sagen , gleich im ersten Gespräch //ok// (Interview 1113 Zeile 113-126)

ändern/anpassen würde („sehr offene Fragen stellen“) und impliziert damit einen Mehraufwand (z.B. an Zeit). Es entsteht den Eindruck das ‚ausländische‘ Patient*innen auf keinen Fall ‚einfache‘ Patient*innen sein können. Die Ärztin versucht daraufhin ihre Kategorisierung ‚türkische Patient*innen‘ zu rechtfertigen, indem sie für dieser Gruppe „typische[...] Problem[e]“ vorstellt (typisch = für die Gruppe Eigen). Diese Argumentation äußert sie aber auf eine sehr unsichere Art und Weise („zum Beispiel“, „äh zum Beispiel“, „hab ich mal gelesen“, „kann ja was dran sein“). Dieses Verhalten könnte wiederum darauf hindeuten, dass die interviewte Ärztin sich in einem Erklärungsdruck sieht (soziale Erwünschtheit) aber nicht weiß, wie sie ihre Äußerungen glaubwürdig rechtfertigen kann. Die für Türk*innen ‚typischen‘ Beschwerden („Magengeschwüre“) werden in Zusammenhang mit deren Integration gebracht. Die „nicht gut[e]“ Integration wird aber mit persönlichen Gefühlen assoziiert: es geht um sich „nicht gut integriert fühlen“ und nicht um ‚nicht gut integriert sein‘. Hiermit werden die Verantwortung bzw. die Ursache für die misslungene Integration an die Menschen selbst abgegeben. Dieser Gedanke setzt sich fort, indem die Ärztin als Gründe für die fehlende Integration „verkappter Heimweh was weiß ich, Entwurzelung“ benennt. Wieder wird die Patientin selbst für dieses ‚Gefühl‘ nicht integriert zu sein, verantwortlich gemacht anstatt rassistische Strukturen/Erfahrungen als Ursachen zu benennen. Parallel zum Anfang des Abschnitts betont die Ärztin erneut, dass sie sich mit Türken nicht auskennt („ganz genau weiß ich das in Bezug auf Türken- ich weiß es ja nicht mal in Bezug auf unsere Ausländer die hier sind“). Die Ausdrücke des Otherings sind auch wiederzuerkennen mit der Benutzung des Possessivpronomens „unsere“, welches an das oben vorgestellte Besitzkonzept „wir haben“ + Herkunftsgruppe erinnert. Es entsteht den Eindruck, die Ärztin wolle nicht generalisierend über „Ausländer“ sprechen („da kann man auch nicht alle über einen Kamm scheren“) und versucht deshalb in unterschiedlichen Herkunftsgruppen zu differenzieren. Doch letztendlich zieht sich durch den ganzen Absatz eine klare Trennung zwischen nicht-Weißen (obwohl sie die Menschen als Ausländer*innen benennt geht es ihr nicht um Staatsangehörigkeit: die Patientin ist zum Beispiel sehr wahrscheinlich Deutsch) und Weiße Menschen. Dieser höchstwahrscheinlich sozial erwünschte Versuch nicht allzu generalisierend zu wirken wird durchgebrochen mit dem „aber“, welches daran anknüpft. Das vermittelte Bild von „Ausländern“ bleibt also verallgemeinernd: „aber, einige äh sind deutlich also auch bei Kleinigkeiten deutlich besorgter als andere- also sie haben n anderes Körperverständnis

irgendwie“. Die Erklärung der Interviewte basiert auf Vergleichen („deutlich besorgter als“) und auf dem Anderssein („n anderes Körperverständnis“, „mit Krankheiten anders umgehen“). Hier ist wieder das ‚Problem‘ an „Türken“/„Ausländern“, dass sie anders/fremd sind. Während die Aussagen der Ärztin bis jetzt aufeinander aufbauten (sie vermutet eine psychische Diagnose bei der Patientin, weil sie annimmt, dass diese Türkin ist. Als Ursache dieser psychischen Beschwerden sieht sie die „Entwurzelung“, die sich in Form von somatischen Beschwerden äußert. Diesen Vorgang beschreibt sie als typisch bei Ausländer*innen, weil sie ein „anderes Körperverständnis“ haben. Der letzte Teil des Absatzes bezieht sich auf das Verhalten von „Ausländern“. Hier wird das rassistische Bild der lauten, fordernden Ausländer*innen mit Großfamilien reproduziert und kritisiert: „wenn da was nicht in Ordnung ist dann sind die , sehr in Aufruhr und oftmals die ganze Familie mit //mhm// ((lacht)) die kommen dann auch alle //mhm// machen viel Krach“. Mit dieser Äußerung wird die negative Haltung der Ärztin gegenüber „Ausländern“ nochmal klar verdeutlicht.

3.19 Interview 1115

Proposition 1, Kommunikationsschwierigkeiten erschweren die ärztliche Arbeit. Die Verantwortung die Schwierigkeiten zu überwinden liegt auf der Seite der Patient*innen

I: mh mh okay ja ähm (3) genau dann würd ich vielleicht einfach wieder an den Anfang zurückkommen wo sie gesagt haben dass diese Patientin so klar und differenziert wirkt , und äh dass es für sie ein bisschen untypisch ist ähm

IP: also ich sag mal so wir haben sehr viele Patienten hier in der Praxis , das ist vielleicht aber auch eine Frage des Praxisstandorts //okay// muss ich vielleicht kurz was zu erklären , wir haben ja in unserem Nachbar- also die alle Häuser die hier auf der Seite liegen die benachbart sind wohnt eine ganz große kasachisch-russische Gemeinde //mh mh// ähm wo viele zwar ganz gut Deutsch sprechen viele aber auch nicht , und wo wir uns doch ähm manchmal sogar immer noch auf dem Dolmetschermodus mit meiner russischsprechenden Arzthelferin bewegen //mh// und häufig auch zwar uns austauschen können aber nicht sehr differenziert (1) //mh mh// ja , und ich hab natürlich auch viele deutsche Patienten (2) ähm ich weiß nicht obs am Standort liegt , aber ich erlebe auch häufig Patienten die das gar nicht so klar schildern können //mh// ne so wo man mehr fr- mehr noch mehr fragen muss , um ähm vielleicht diese Antwort zu bekommen , was ja auch nicht immer ungefährlich ist wenn man viel fragen muss aber //okay// also ich finde sie hat

für eine 75-jährige Patientin im Vergleich zu meinem Praxisgut 'sag ich mal' (2) ich hab natürlich auch Patienten und Patientinnen die das so erzählen können aber ich hab auch viele die das nicht so gut könnten | Interview 1115 Zeile 123-139

Auf der immanenten Nachfrage zur Einordnung der Patientin als untypisch für ihre Praxis steigt die Interviewte in eine Erklärung für ihre Aussage („also ich sag mal so wir haben sehr viele Patienten hier in der Praxis , das ist vielleicht aber auch eine Frage des Praxisstandorts“), die sie aber direkt wieder abbricht. Stattdessen führt sie eine Erläuterung ein, um die Frage der Interviewerin zu beantworten und positioniert sich dabei zu Anfang an als „wir“. Es bleibt allerdings noch unklar, wer damit gemeint ist (die Praxis? Die Gegend?). Die Ärztin nutzt außerdem eine Sprache, die auf ein Besitzkonzept schließen lässt („wir haben“, „in unserem Nachbar-“). Die Ärztin erklärt, dass sie die Differenziertheit der Patient*innen mit dem „Praxisstandort“ assoziiert. Dazu wird hinzugefügt, dass die Praxis in der Nähe einer „ganz große[n] kasachisch-russische[n] Gemeinde“ sei. Dabei fällt die Betonung der Größe dieser Gemeinde auf („ganz groß“, welches weiter die Relevanz dieser Differenzierung (von anderen Patient*innen) für die interviewte Ärztin unterstreicht. Um den Unterschied zu markieren, baut die interviewte Ärztin eine Satzstruktur auf ([A] aber [B]) die, die Sprachkompetenz von manchen angibt aber die Mängel bei „viele[n]“ abschließend betont. Um diese Kommunikationsproblematik zu untermauern, erklärt die Interviewte, dass sie sich „immer noch auf dem Dolmetschermodus mit [ihrer] russischsprechenden Arzthelferin bewegen“ muss. Die Bezeichnung „Dolmetschermodus“ fällt dabei in ihrer Form auf, da die Situation der Sprachbarriere innerhalb des ärztlichen Gesprächs als nicht ‚ernst‘ genommen zu werden scheint. Es könnte dabei darauf hindeuten, dass die Ärztin die Verantwortung zur Aufhebung dieser Kommunikationsschwierigkeit nicht bei sich sieht, sondern bei den Patient*innen. Im Folgenden taucht die Satzstruktur [A] aber [B] wieder auf und weist erneut auf die Wahrnehmung von Kommunikationsschwierigkeiten der Ärztin auf: hier wird sich aber nicht mehr nur auf die Sprache an sich bezogen, sondern auch den Aspekt der „differenziert[en]“ Kommunikation eingeführt („auch uns austauschen können aber nicht sehr differenziert“). Nach einer zögernden Pause („(1) //mh mh// ja“) wird darauf hingewiesen, dass die Ärztin auch „viele deutsche Patienten“ hat. Diese Zusatzinformation erscheint erstmal unschlüssig, da es keine Relevanz für die Äußerungen der Ärztin hat, aber lässt darauf deuten, dass sie diese zwei Patient*innengruppen klar differenziert. Hier fällt auf, dass nicht mehr mit „wir“

gesprochen wird, sondern „ich“ („ich hab natürlich auch viele deutsche Patienten“), und somit eine unterschiedliche Wertungen den zwei Gruppen zugewiesen werden. Die kasachisch-russischen Gemeinde wird gegenüber von „wir“, von einer ‚anderen‘ Gruppe gestellt, während die „deutschen Patienten“ nur „ich“ gegenübergestellt werden und so keine Eigengruppe erstellt wird. Es kann also vermutet werden, dass der von der Ärztin benutzte „Wir“ auch schon ein Zeichen des Otherings ist, womit sie die benachbarte Gemeinde hierarchisch von „deutsche Patienten“ trennt. Nach dieser Erläuterung greift die Interviewte wieder zum Anfang ihrer Erzählung und beantwortet die gestellte Frage. Dafür wird erneut die Satzstruktur [A] aber [B] verwendet („ich weiß nicht obs am Standort liegt , aber ich erlebe auch häufig Patienten die das gar nicht so klar schildern können“), um die Problematik am Ende hervorzuheben. Die Kommunikationsschwierigkeiten werden hier auch in der Verantwortung der Patient*innen gelassen, da die Ärzt*in sich quasi als passive Beobachterin darstellt („ich erlebe“). Der Aufwand, der daraus resultiert, wird daraufhin betont und problematisiert („nicht immer ungefährlich“). Dabei wird aber nicht erklärt, warum „mehr fragen“ gefährlich werden kann. Es wird nur deutlich, dass es ein Problem für die interviewte Ärztin darstellt. Zum Ende hin greift sie erneut den in der Studie gezeigten Fall auf und vergleicht ihn zu ihrem „Patientengut“, welches sie als nicht fähig „so [zu] erzählen“ einschätzt. Der Begriff „Patientengut“ kann hierbei näher betrachtet werden, da es auch das schon vorher angemerkte Besitzkonzept wieder aufgreift, bestätigt und die hierarchische Stellung der Ärztin gegenüber ihrer Patient*innen klarstellt. Die abschließende Aussage nutzt auch die Satzstruktur [A] aber [B] und lässt damit diese wiederkehrende Satzstruktur als einen Ausdruck der sozialen Erwünschtheit deuten („ich hab natürlich auch Patienten und Patientinnen die das so erzählen können aber ich hab auch viele die das nicht so gut könnten“). Indem die Aussage [A] als Relativierung und Banalisierung der Aussage [B] wirken soll, erscheint die Aussage [B] nicht so auffallend.

3.20 Interview 1116

Proposition 1, Annahme der Depression aufgrund des türkischen Namens und Assoziation mit dem „mediterrane[n] Syndrom“

I: mhm okay mhm (3) mhm und genau das hatte ich mir auch noch aufgeschrieben , ähm sie hatten gesagt dass Depression , auch , theoretisch möglich wäre , ähm aber dass es nicht typisch für sie erscheint anhand von den Beschwerden

IP: L die Belastungsdyspnoe ne die Belastungsdyspnoe find ich jetzt nicht typisch für ne Depression //mhm// ich weiß nicht ob der äh- , also der Name ne könnte auch schonmal an son , mediterranes Syndrom denken lassen , das sind so Dinge die so einem durch den Kopf gehen //mhm// aber ich finde eh - , also bei dem ersten Termin ja überhaupt //mhm// keine Bedeutung haben //mhm und -// keine Wichtigkeit haben | Interview 1116 Zeile 172-179

Die Interviewerin greift auf die Verdachtsdiagnose Depression zurück, die die Ärztin als nicht typisch für die Beschwerden empfand. Sie erklärt, dass sie die Depression nicht priorisiert, weil das Symptom der Belastungsdyspnoe nicht dazu passt. Daraufhin geht sie aber darauf ein, warum sie diese Verdachtsdiagnose überhaupt geäußert hatte und bezieht sich dafür auf „de[n] Name[n]“ der Patientin. Diesen Namen assoziiert sie mit „son , mediterranes Syndrom“, wirkt aber dabei sehr unsicher („ich weiß nicht ob der äh- , also der Name“, „könnte auch schonmal an [...] denken lassen“). Es könnte durchaus sein, dass diese Ärztin vorsichtig ist, wie sie das Thema anspricht (soziale Erwünschtheit) und somit eher zurückhaltend erscheint. Im Anschluss wird noch zusätzlich deutlich gemacht, dass die Assoziation des (türkischen) Namens mit dem „mediterrane[n][...] Syndrom“ für dieses Anamnesegespräch erstmal keine Bedeutung getragen hat („keine Bedeutung“, „keine Wichtigkeit“). Dabei kann aber bemerkt werden, dass die Depression aber trotz der hier von der Interviewten deutlich gemachten Irrelevanz als eine mögliche Verdachtsdiagnose für diese Patientin im quantitativen Teil erhoben wurde. Dies würde bedeuten, dass die Depression – trotz der niedrigen Wahrscheinlichkeit – nur aufgrund des Namens der Patientin als Verdachtsdiagnose in Betracht gezogen wurde.

Immanente Nachfrage und anschließende Validierung 1 (Proposition 1), der angenommene türkische Migrationshintergrund wird mit Depression assoziiert aufgrund der Annahme des mediterranen Syndroms und der familiären Vorbelastung

I: und mediterranes Syndrom können sie das vielleicht //(lacht)// , erläutern

IP: L ((lacht)) ja einfach , - weil es sind ja häufig sind das äh , Somatisierungs=störungen oder so die eben häufig bei Südländern mal auftreten ehm scheint da gehäuft zu sein ich kann gar nicht sagen warum aber es ist häufig so //mhm// dass 'da eben äh irgendwelchen langen Geschichten dahinter stecken' auch und die das häufig nicht als Depression ausdrücken weils auch einfach , in ihrer Kultur nicht erwünscht ist sondern dass eben häufig sich dann in Somatisierungen ausdrückt

I: okay und und das wäre dann-

IP: das hat sie ja so ein bisschen Schlaf hat sie vielleicht was hat sie noch , joa so erschöpft so das könnte ja darauf hindeuten theoretisch | Interview 1116 Zeile 180-189

Die Interviewerin fragt nach Erläuterungen zum Begriff „mediterranes Syndrom“. Die interviewte Ärztin lacht zweimal (zuerst während die Frage gestellt wird sowie am Anfang ihrer Antwort) und zeigt damit möglicherweise ein Unwohlsein, welches schon im oberen Absatz thematisiert wurde. Das ‚mediterrane Syndrom‘ wird von ihr als „Somatisierungs=störung oder so die eben häufig bei Südländern mal auftreten“ definiert. Damit sticht auch die nicht-Wissenschaftlichkeit dieses Begriffs wieder heraus (s. Interview 1012). Die zusätzliche Verwendung von „Südländern“³⁰, um die Patientin zu kategorisieren führt dazu, dass der Otheringprozess nicht mehr zu übersehen ist: erst wird die Patientin nur anhand ihres Namens als anders wahrgenommen. Dadurch wird eine für die Ärztin eigentlich unwahrscheinliche Verdachtsdiagnose in Betracht gezogen. Die Depression taucht aber eigentlich nur aufgrund des rassistischen Konzepts des ‚mediterrane Syndrom‘ bei „Südländern“ auf. Die Ärztin verwendet Formulierungen, die auf die Berechtigung ihrer Aussagen hinweisen sollen („es sind ja häufig“, „so die eben häufig“, „scheint da gehäuft zu sein“). Dabei zieht sie sich von der Verantwortung, ihre Äußerungen mit Fachwissen zu untermauern, zurück („ich kann gar nicht sagen warum“) und setzt hiermit auch voraus, dass das ‚mediterrane Syndrom‘ bei „Südländern“ allgemein bekannt und akzeptiert sei. Zur Entstehung des mediterranen Syndroms werden „irgendwelche langen Geschichten“ als Ursachen genannt. Obwohl diese „langen Geschichten“ nicht weiter beschrieben werden, könnte theorisiert werden, dass die Interviewte von traumatischen Erfahrungen bei „Südländern“ ausgeht und damit eine psychische Vorbelastung bei dieser Patientin konstruiert. Diese traumatischen Erlebnisse sollen sich dann als „Somatisierungs=störung“ ausdrücken, weil „die das häufig nicht als Depression ausdrücken weils auch einfach , in ihrer Kultur nicht erwünscht ist“. Diese implizierten kulturellen Unterschiede werden von der Ärztin bei dieser Patientin also nur aufgrund ihres Namens angenommen. Hier muss wieder auf den kulturalistisch argumentierenden Rassismus (s. Interview 1010) hingewiesen werden, indem Kultur als Grund für unabdingbare Unterschiede genommen wird. Am Ende werden „ja so ein bisschen Schlaf“ und „joa so erschöpft“ als „Somatisierungen“ genannt, wobei auffällt,

³⁰ ‚Südländern‘ „ist ein aus der Mode gekommener Begriff, aber in der Beschreibung ‚südländisches Aussehen‘ in manchen Medien noch zu finden. Hier stellt sich die Frage: Was genau ist gemeint? Geografisch ist der Begriff unspezifisch und verortet Menschen außerhalb von Deutschland, obwohl sie hier geboren und aufgewachsen sein könnten. Der Begriff wird vor allem von rechtsradikalen und rechtsextremen Medien verwendet.“ (Neue Deutsche Medienmacher, 2019)

dass selbst die Ärztin diese Theorie nicht auf die Patientin anwenden will („könnte ja darauf hindeuten theoretisch“). Im Laufe ihrer Erzählung wurde deutlich, dass sie nicht den Verdacht hat, diese Patientin könnte an einer Depression erkrankt sein. Diese Möglichkeit schließt sie dennoch bis zum Ende nicht wirklich aus, weil sie ein bestimmtes Bild der Patientin anhand ihres Namens annimmt und damit das „mediterrane Syndrom“/„Somatisierungsstörungen“ assoziiert.

3.21 Interview 1120

Proposition 1, Annahme mangelnder Bildung und psychischer Erkrankung aufgrund des angenommenen türkischen Migrationshintergrundes

IP: also , das erste fällt ja auf dass es ne Türkin ist ne ältere Türkin , ne vom Namen her und auch weil sie en g- bisschen gebrochenes Deutsch spricht und , äh wenn ich ehrlich mit mir bin ähm die Erfahrung mit Türkinnen aus der Generation ist dass sie sehr häufig psychosomatisch krank sind //mhm// und dann kommt als erster Satz , fühl mich schwach müde erschöpft und so //mhm// in letzter Zeit , dann ähhh , geht bei mir sofort diese Schiene los ähm , wahrscheinlich depressiv //mhm// aber ähm ich bin mir dessen bewusst //mhm// also ich hab sie nicht schon abgestempelt //mhm okay// dann kommt der nächste Satz und sagt ich bin schnell aus der Puste , dann hab ich das schon wieder verworfen weil das gehört nicht dazu //mhm// und wenn sie das noch konkretisiert mit der Puste dass sie sagt , di- beim Treppen steigen , dann ist das für mich ein Zeichen , äh von ein - einer somatischen Erkrankung spricht für äh ja irgendwie eine , kardiopulmonale Insuffizienzsituation | Interview 1120 Zeile 8-18

Zum Anfang dieses Abschnitts werden die angenommene Herkunft und das Alter als relevant dargestellt („das erste fällt ja auf“). Dass die Patientin als „ältere Türkin“ auffällt heißt auch, dass sie dadurch als Abweichung von der Norm wahrgenommen wird und somit als ‚anders‘ wahrgenommen wird (s. Othering, Kapitel 4.1.1 und 4.1.2). Die Ärztin erstellt zudem eine Distanz zwischen sich und der Patientin und dehumanisiert sie, indem sie „es“ genannt wird. Die Abfolge „ne Türkin ist ne ältere Türkin“ lässt an eine Steigerung denken, indem ‚eine ältere Türkin sein‘ eine Verstärkung zu ‚Türkin sein‘ darstellt. In welcher Hinsicht diese zwei Faktoren der Ärztin relevant erscheinen wird noch nicht klar, aber es könnte vermutet werden, dass sie in diesen Charakteristika eine Herausforderung sieht. Es erscheint recht klar, dass die Interviewte eine Unsicherheit beim Ansprechen des Themas Migration verspürt (sich aber trotzdem dazu äußert). Diese in vielen Interviews wiederkehrende soziale Erwünschtheit lässt sich hier durch die Relativierung/Milderung ihrer Aussagen („bisschen gebrochenes Deutsch“) und dem

Rechtfertigungszwang („weil“) erkennen. Dabei wird die Situation überspitzt, um sie zu rechtfertigen: die Sprachkompetenz der Patientin wird als Grund sie als Türkin zu erkennen genannt und ihr Deutsch als „gebrochen[...]“ bewertet; auch wenn die Patientin in dem Video lediglich mit einem leichten Akzent spricht und sonst ziemlich differenziert und fehlerfrei deutsch spricht. Diese Bewertung der Sprache lässt auf eine abwertende Wahrnehmung des ‚türkischen Akzents‘ durch die Ärztin schließen, die dem Stereotyp der ungebildeten Türk*innen entsprechen würde. Im Folgenden werden auch wieder die soziale Erwünschtheit sowie die Unsicherheit, die mit dem Thema assoziiert wird, sichtbar („äh“, „ähm“, „wenn ich ehrlich mit mir bin“). Um diese Unsicherheit zu überwinden wird sich an Verallgemeinerungen bedient und die persönliche Meinung auf eine normative Ebene gebracht („die Erfahrung mit Türkinnen“ statt ‚meine Erfahrung mit Türkinnen‘). Hier wird auch deutlich, dass das Geschlecht bei der Einschätzung der Ärztin in diesem Kontext eine Rolle spielt. Die Kategorisierung der Patientin wird hier nicht nur bestätigt aber auch mit psychosomatischen Krankheitsbildern in Zusammenhang gebracht („sehr häufig psychosomatisch krank“). Durch „schwach müde erschöpft“ erfolgt eine Steigerung, welche die Position der Ärztin verfestigt und den Eindruck gibt, sie würde wissen, wovon sie redet. „Und so“ sowie die wörtliche Rede weisen darauf hin, dass diese Art von Schilderung der Ärztin möglicherweise wiederkehrend begegnen und eine gewisse Emotionalität mit sich bringt (vielleicht wie in anderen Interviews geschildert: ‚nicht schon wieder so eine*r‘). Mit dem Ausdruck „dann ähhh , geht bei mir sofort diese Schiene los“ wird die Entscheidungsfindung als ein automatischer, systematischer Prozess dargestellt. Hier geht es nicht um eine lange Überlegung, sondern die Entscheidung wirkt wie ein Reflex. Die Kategorisierung von älteren türkischen Frauen als depressiv wird aber noch mit „wahrscheinlich“ gemildert. Damit kommt die soziale Erwünschtheit erneut zum Vorschein. Die Ärztin versucht sich im Folgenden zu rechtfertigen und relativiert ihre Äußerung, indem sie diese reflektiert („ich bin mir dessen bewusst“). Es wird aber trotzdem klar, dass gewisse Vorannahmen existieren, obwohl sie negiert werden („ich hab sie nicht schon abgestempelt“). Abschließend entfernt sich die Interviewte von der psychosomatischen Verdachtsdiagnose, als sie anhand der folgenden Symptome eine andere, somatische Erkrankung („kardiopulmonale Insuffizienzsituation“) vermutet. Es fällt also auf, dass sie nicht auf ihren Annahmen verharret, obwohl sie die Patientin offensichtlich kategorisiert hat und von Anfang an eine bestimmte „Schiene“ vermutet hatte.

3.22 Interview 1123

Immanente Nachfrage und Proposition 1, Differenzierung von Patient*innen mit Migrationshintergrund und Weißen Patient*innen

I: mhm und , also könnten sie vielleicht erläutern ob es noch andere Faktoren die für sie , in der Entscheidungsfindung ne Rolle spielen außer den Alter (1)

IP: nicht nur Alter die Anamnese spielt eine große Rolle aber die Gewicht äh ist ja nicht übergewichtig soweit ich das vom Bild gesehen habe das sieht ein normosome , äh Ernährungszustand äh und auch Allgemeinzustand auch sieht nicht so schlecht aus //mhm// deshalb kommt in diese Patient die andere Frage nicht äh kann ich nicht erstellen wenn ein adipöse Patient wäre , ähh eine andere Körper=Struktur hätte würd ich vielleicht anders denken //okay// oder , oftmal Bewegungsmangel für Türken und türkische Patienten der ist eine migrationshintergrundige Patienten bei uns ist ein öftere Problem

I: mhm könnten - äh könnten Sie das vielleicht erläutern in - also

IP: wir m- wir mögen kein Sport , das muss man so sagen //okay// wir bewegen wenig //aha// , wir lesen wenig wir bewegen wenig

I: und , hätte das dann auch äh - also der Migrationshintergrund ähh hat - , würde dann bei Ihnen auch ne Rolle spielen was

IP: L natürlich spielt es eine Rolle- es- die äh kulturelle äh Entwicklungen sind anders als äh äh die Nah-Ost und dieser Patient ist bisschen anders als ähh europäische Patient //mhm// , bis er zum Bett ist geht er nicht zum Arzt zum Beispiel sie haben ja gehört der ist mehrere Jahre nicht zum Arzt gegangen ist //mhm ja// ähh ähhh erstmal

//((3. Person kommt dazu))//

P3: die Patientin () schickst du mir das nochmal

IP: Deshalb ist das ähh bisschen anders muss man der (packen) , der äh Ernährungs=ähhäh=Gewohnheiten sind anders ähhh Bewegungsgewohnheiten sind anders | Interview 1123 Zeile 57-78

Ein wichtiger Einflussfaktor für die Interpretation dieses Interviews ist, dass der interviewte Arzt selbst in der Türkei geboren ist und dadurch diese Thematik aus einem anderen Winkel beleuchten kann³¹. Am Anfang dieses Ausschnitts wird er nach Einflussfaktoren (zusätzlich zum Alter), die ausschlaggebend für seine Entscheidungsfindung waren, gefragt. Daraufhin wird das Gewicht, der Allgemeinzustand und „Bewegungsmangel“ genannt. Dieser „Bewegungsmangel“ wird

³¹ der Migrationshintergrund wird hier nicht angenommen, sondern wurde im qualitativen Fragebogen erhoben (Staatsangehörigkeit, sowie Staatsangehörigkeit beider Eltern)

direkt mit „Türken und türkische[n] Patienten [...] migrationshintergründige[n] Patienten“ assoziiert und als „öftere[s] Problem“ bezeichnet. Zuerst fällt auf, dass diese Gruppe direkt problematisiert wird („öftere Problem“). Die Kategorisierung des Patienten wird außerdem nach und nach erweitert (von „Türken“ bis „migrationshintergründige Patienten“) und zeigt somit, dass die gemeinte Gruppe wahrscheinlich unabhängig von ihrer eigentlichen Herkunft gebildet wird (es geht hier nicht nur um türkische Patient*innen sondern um „migrationshintergründige“ Patient*innen). Die Kategorisierung spiegelt auch die im Kapitel 1.1.7 geäußerte Kritik zum Begriff ‚Migrationshintergrund‘, welche oft nicht nach der Definition benutzt wird, aber als gesellschaftlich akzeptierter (oft in einem rassistischen Kontext) Ersatz für nicht-Weiße Menschen (Schwarze und POC) etabliert ist. In diesem Fall nimmt der Interviewte die fremdzugeschriebene Kategorie an und weist ihr ein bestimmtes Verhalten zu (Bewegungsmangel). Allerdings ist es auch wichtig zu bemerken, dass der Interviewte sich selbst immer wieder als Teil der Gruppe der ‚Anderen‘ positioniert („bei uns“) und damit die andere Seite des Otherings beleuchtet. Es wird allerdings klar, dass das Othering nicht von beiden Seiten konstruiert und gestaltet wird, sondern, dass es die *Weißen* sind, die die Definitionsmacht haben und somit die Differenzierung und Hierarchisierung festlegen. Die Norm bleibt die Gruppe *Weißen* Deutschen, von denen sich die Gruppe der „migrationshintergründige[n] Patient[en]“ unterscheidet. Dieses Muster zieht sich in den folgenden Aussagen weiter („wir mögen kein Sport“) und die Fremdzuschreibung wird angenommen und weiterverbreitet. Dass es nicht um die persönliche Meinung des Arztes handelt, wird auch in der Formulierung von „das muss man so sagen“ sichtbar: es geht nicht darum, was er denkt, sondern was „man“ denkt. Hier wird keine persönliche Ansicht, sondern eine verallgemeinernde gesellschaftlich internalisierte³² Wahrnehmung widergespiegelt. Diese wird dann weiter ausdifferenziert („wir lesen wenig wir bewegen wenig“) und lässt den Stereotyp des ‚ungebildeten, faulen Türken‘ zum Vorschein bringen. Im Unterschied zu den meisten anderen Interviews ist hier keine Autozensur zu sehen, der Interviewte gibt ungehemmt die stereotype Fremdzuschreibungen wieder. Das „wir“ stellt seine Zugehörigkeit dieser Gruppe klar: ob selbstgewählt oder auch gesellschaftlich zugeschrieben ist nicht klar. Diese Fremdzuschreibungen werden nicht infrage gestellt („natürlich spielt es eine Rolle“), sondern als

³² Zum Begriff der Internalisierung von Rassismus s. Stuart Hall, 1994 (Kapitel 5.2.1., *Subtyp Identifikation*)

„natürlich“/selbstverständlich betrachtet. An diesem Punkt wird erstmalig der Begriff der Kulturen verwendet und schließt damit an die Theorie des kulturell argumentierenden Rassismus an („kulturelle äh Entwicklungen sind anders“): hier werden aber nicht nur die Kulturen als anders bewertet, sondern auch deren Entwicklung. Es zeigt sich erneut eine Differenzierung, die auf einen tiefliegendes gesellschaftliches Othering schließen lässt. Das Konzept der Entwicklung wird aufgegriffen (oft in eurozentristischen Kontexten wiederzufinden), um Länder miteinander zu vergleichen und zu bewerten (parallel zu Entwicklungsländern/Schwellenländern/Industrieländern). Hier wird also die ‚kulturelle Entwicklung‘ von Menschen an die Entwicklung der Herkunftsländer angeknüpft. Diese eurozentristische Sicht kann beim Vergleich von „Nah-Ost“ (Begriff entsteht aus einer eurozentristischen Perspektive) und „europäische Patient“ wiedererkannt werden. Hier wird das Othering noch deutlicher: es geht nicht um Unterschiede zwischen Deutschen und Türken sondern „europäische Patient[en]“ und „migrationshintergründige Patient[en]“. Diese zwei Kategorien können definitionsgemäß nicht voneinander getrennt werden. Beispielsweise ist ein französischer Patient in Deutschland europäisch sowie migrationshintergründig (würde aber in dieser Kategorisierung wahrscheinlich als ‚europäisch‘ eingeteilt werden, während ein türkischer Patient klar als ‚migrationshintergründig‘ gelten würde). Diese Einteilung zeigt aber sehr gut den gesellschaftlichen Umgang mit dem Begriff ‚Migrationshintergrund‘. Eigentlich geht es nicht um europäische Patient*innen sondern um *Weiß*e Patient*innen und nicht um migrationshintergründige Patient*innen sondern um nicht-*Weiß*e Patient*innen. Während dieser Erzählung steigt den Eindruck weiter, der interviewte Arzt würde sich raushalten und seine persönliche Meinung nicht Preis geben. Mit der Abschwächung „bisschen“ („dieser Patient ist bisschen anders als ähh europäische Patient“) könnte aber versucht worden sein, dass er seine von gesellschaftlichen Stereotypen und rassistischen Mustern geprägte Äußerungen zu relativieren versucht und damit einen Einblick in seine bis jetzt nicht offenbarte persönliche Meinung gewährt. Die persönliche Meinung sticht im Folgenden Absatz auch deutlicher heraus. Obwohl die Kategorisierung immer noch angenommen wird, erscheint der Arzt sich von den mit ihr assoziierten Stereotypen zu distanzieren. Mit „bis er zum Bett ist geht er nicht zum Arzt“ wird ein Bild von starken und resilienten Patient*innen, die nicht klagsam sind wiedergegeben, was stark im Widerspruch zu den meisten stereotypen Zuschreibungen der anderen interpretierten Interviews steht (s. ‚Mittelmeersyndrom‘: laut, klagsam, wehleidig). Dabei muss sich der

Interviewte rechtfertigen („sie haben ja gehört“), während er dies in den Fällen, in denen er gesellschaftlich integrierte Stereotype wiedergab, nicht machte. Mit „deshalb [...]“ wird das Thema abgeschlossen, indem nochmal betonend die Unterschiede zwischen beiden Gruppen zusammengefasst werden. Außerdem gibt „deshalb“ das Gefühl die Zusammenfassung wäre aus logischen, nicht anzweifelbaren Zusammenhängen entstanden.

Proposition 2, der Namen von Patient*innen hat einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Herkunft

IP: an erster Stelle als er gesagt ich müde hab ich das natürlich erstmal an Vitamin-B Mangel und Vitamin-D Mangel gedacht //mhm// , weil es ist öfter ein mediterraner oder , der das aus sonnige Land kommt und hier lebt dann hat er das Vitamin-D Mangel und äh meist auch Vitamin-B Mangel auch mit dem Alter , zu tun | Interview 1123 Zeile 85-88

In diesem kurzen Abschnitt wird vor allem sichtbar, dass der Name, das Aussehen und der Akzent des Patienten ausreichend ist, um die Vermutung aufzustellen, dass der Patient „öfter ein mediterraner oder , der das aus sonnige Land kommt und hier lebt“ und aufgrund dessen „Vitamin-B“ oder „Vitamin-D Mangel“ entwickelt. Mit „öfter“ wird klar, dass anerkannt wird, dass es kein Muss ist. Der Patient kann Herr Yildiz heißen, muss aber nicht aus dem Mittelmeerraum kommen; es ist nur dann „öfter“ der Fall.

Immanente Nachfrage mit anschließender Elaborierung 1 (Proposition 1), Stereotype Darstellung von Menschen mit Migrationshintergrund

I: ja okay ähm (1) dann würd ich gern auf äh noch eine Sache die sie vorhin gesagt hatten , ähm sie meinen dass n europäischer Patient nicht gleich zu behandeln ist als ein nah-östlicher Patient-

IP: (östlicher) ja //genau// anatolische sagen wir dazu

I: anatolisch äh könnten sie das auch vielleicht n bisschen weiter erläutern

IP: weil wir haben andere Gewohnheiten zum Beispiel Kopfschmerzen würden wir ein Antibiotika haben , wir sind anders gestaltet als der äh - der europäische Patient hat sich bisschen (mehr entwickelt) als uns wir haben das andere Prioritäten ähh , wir nehmen viele Sachen nicht so ernst //mhm// , bis wir im Bett sind da sind wir ein bisschen anders

I: okay also sie meinten bis sie im Bett sind so dieses Leidensdruck mäßige

IP: ja Leidensdruck er - er muss nach oben gehen damit wir das sagen okay vielleicht bin ich jetzt krank und muss ich zum Arzt gehen //ah okay mhm// , wir gehen sehr spät zum Arzt | Interview 1123 Zeile 125-136

Die Interviewerin greift den Vergleich von Patient*innen aus dem „Nah-Ost[en]“ und „europäische[n] Patient[en]“ wieder auf und fragt nach Erläuterungen dazu. Hier ist bemerkbar, dass der Arzt die Interviewerin korrigiert und auf die Bezeichnung „anatolisch“ verweist. Die Theorie, der interviewte Arzt hätte in der Proposition 1 vor allem gesellschaftliche Stereotype und Zuschreibungen an türkische Patient*innen wiedergeben bestätigt sich hier, als er sich vom eurozentristischen Begriff „Nah-Ost“ distanziert und für sich „anatolisch“ („sagen wir dazu“) sagt. Da der ‚Nah-Osten‘ und „anatolisch“ geographisch nicht eine übereinstimmende Region repräsentieren, kann hier vor allem der Wechsel der Erzählperspektive beachtet werden: der Interviewte steigt kurz aus dem gesellschaftliches Narrativ aus und gibt einen Einblick in seine Perspektive. Kurz darauf wird aber erneut einen Vergleich zu „europäische[n] Patient[en]“ gezogen, was dem Othering-Narrativ entspricht: „wir haben andere Gewohnheiten“, „wir sind anders gestaltet“. Das Beispiel, das er zum Illustrieren seiner Aussage auswählt, bestätigt auch die vorher aufgestellte Theorie, der Arzt würde nicht eine persönliche Meinung teilen, sondern ein bestimmtes Narrativ wiedergeben. Tatsächlich sagt er „zum Beispiel Kopfschmerzen würden wir ein Antibiotika haben [wollen]“ und inkludiert sich damit in eine Aussage, die offensichtlich für ihn nicht stimmt (er würde selbst wahrscheinlich nicht auf die Idee kommen bei Kopfschmerzen einen Antibiotikum zu nehmen). Er nimmt in diesem Vorgang also eine kollektive homogenisierte Identität an („wir“) und berichtet aus dieser heraus. Diese Diskrepanz zeigt, dass hier höchstwahrscheinlich zugeschriebene Vorurteile, die in der Gesellschaft verbreitet werden, geäußert werden. Der Vergleich wird erweitert („der europäische Patient hat sich bisschen (mehr entwickelt) als uns“) und verschärft der in der Proposition 1 dargestellte Konzept der Entwicklung (kulturelle Entwicklung/Entwicklung des Herkunftslandes). Hier geht es tatsächlich nicht mehr um eine Gegenüberstellung der Entwicklung der Herkunftsländer oder der Kulturen, sondern der der Menschen. Im Folgenden wird das Beispiel der starken und resilienten Patient*innen wieder aufgegriffen und in einen anderen Kontext gesetzt („wir nehmen viele Sachen nicht so ernst //mhm// , bis wir im **Bett** sind“): die zuvor interpretierten Charaktereigenschaften erscheinen hier eher unpassend und es entsteht vielmehr ein Bild von faulen, gesundheitsunbewussten Patient*innen. Diese Interpretation bestätigt sich im letzten Satz dieses Abschnitts („ja Leidensdruck er - er muss nach oben gehen damit wir

das sagen okay vielleicht bin ich jetzt krank und muss ich zum Arzt gehen //ah okay mhm// , wir gehen sehr spät zum Arzt“).

Immanente Nachfrage und anschließende Validierung 1 (Elaborierung 1), türkische Patient*innen werden stereotypisch wahrgenommen (unverantwortlich, undiszipliniert)

I: okay und wenn sie sagen jeder Patient ist anders könnten sie das auch ein bisschen weiter erläutern , in wie weit das in ihrer Entscheidungsfindung ne Rolle spielt

*IP: Es gibt Patienten die compliance Probleme - die keine compliance Probleme haben es gibt die compliance Probleme haben , es gibt Patienten das äh ihre Anweisungen folgen es gibt die Patienten die nicht folgen , zum Beispiel mit - wenn man mit Ernährung zu tun hat die ein türkischer Patient eine migrationshintergründiger Patient von Ernährung fern zu halten ist das die schwierigste , ein Diät zu halten //mhm// ja , da muss man ähh , mit der Zeit ähh bewusst ja diese Patient macht was er- was er will oder diese Patient macht was **ich** will //mhm// , ne die Entscheidung äh - es sind die Entscheidungskriterien bei Behandlungen | Interview 1123 Zeile 186-194*

Die Interviewerin bezieht sich auf die letzte Äußerung des Arztes und fragt, inwieweit die Unterschiede bei Patient*innen eine Rolle bei der Entscheidungsfindung spielen. Als Antwort wird die „Compliance“ als grundlegender Faktor genannt („Es gibt Patienten die compliance Probleme - die keine compliance Probleme haben es gibt die compliance Probleme haben , es gibt Patienten das äh ihre Anweisungen folgen es gibt die Patienten die nicht folgen“). Die Benutzung des Begriffs „Compliance“ weist auf eine wahrscheinlich patriarchale Entscheidungsfindung hin. Vor allem, da „Compliance Probleme“ gesagt wird, was andeutet, dass Patient*innen, die nicht ‚compliant‘ sind, problematisiert werden. Als Beispiel für seine Äußerungen entscheidet sich der Arzt erneut „ein türkischer Patient eine migrationshintergründige Patient“ zu nehmen. Es findet sich in der Formulierung, wie oben, eine Erweiterung der inbegriffenen Patient*innengruppe (von „türkischer“ bis „migrationshintergründige“) und zeigt wieder, dass die ‚Grenze‘ des Otherings nicht nur an der Herkunft festgemacht wird. In dem Beispiel wird das Stereotyp der türkischen Patient*innen wieder aufgegriffen und erweitert: sie werden als unverantwortlich und undiszipliniert dargestellt („ein türkischer Patient eine migrationshintergründiger Patient von Ernährung fern zu halten ist das die schwierigste , ein Diät zu halten“). Abschließend wird die paternalistische Entscheidungsfindung des Arztes befestigt („diese Patient macht was er- was er will oder

diese Patient macht was **ich** will“) und zusammengefasst als ausschlaggebender Faktor für die Entscheidungsfindung („es sind die Entscheidungskriterien bei Behandlungen“).

4 Ergebnisse

In der interpretativen Analyse der geeigneten Textausschnitte aus den durchgeführten Interviews wird sichtbar, dass bestimmte Denkmuster auftauchen, die die Schlussfolgerungen der einzelnen Ärzt*innen begleiten und Hinweise auf das ärztliche Handeln geben. Diese Ergebnisse werden im Folgenden fallübergreifend zusammengefasst dargestellt und miteinander verbunden, um einen auf die wesentlichen Ergebnisse fokussierten Blick aus den sehr viel längeren Interpretationstexten zu ermöglichen. Im Anschluss daran wird die Typologie verschiedener Entscheidungstypen, die aus den interpretierten Interviews herausgearbeitet wurde, vorgestellt.

4.1 Zusammenfassung der empirischen Untersuchung

Im Laufe der (reflektierenden) Interpretation der 21 ausgewählten Interviews wurde klar, dass sich stereotypisierende Wahrnehmungen und wiederkehrende Entscheidungstypen bei den interviewten Ärzt*innen wiederfinden konnten und diese einen Einfluss auf ihre Einschätzung der Patient*innen hatten. Zunächst soll im Folgenden die Relevanz der Konstruktion eines Bildes der *Anderen* für diese Prozesse vorgestellt werden, da sich dies als zentrales, durchgängiges Ergebnis herausstellte. Hierfür wird besonders das Konzept des Otherings³³ aufgegriffen. Daraufhin werden der Ursprung und die Folgen des Otherings innerhalb dieser Studie herausgearbeitet. Abschließend werden die konkreten medizinischen Konsequenzen dieser verzerrten Wahrnehmung in den Interviews zusammengefasst.

4.1.1 Die Konstruktion der *Anderen*

Im Prozess der Analyse der Interviews fällt frühzeitig die Fülle an Begriffen auf, die die Ärzt*innen verwenden, um über die Patient*innen oder deren zugeschriebene Zugehörigkeitsgruppe zu sprechen (s. Tabelle 9). Vor allem vor dem Hintergrund, dass die Zuschreibung des Andersseins ausschließlich anhand des im Video gezeigten Namens, der Sprache mit leichtem Akzent und des Aussehens der Patient*innen erfolgte, ist dies auffällig.

³³ Othering bezeichnet eine Unterscheidung und Distanzierung der Eigengruppe gegenüber anderer konstruierten Gruppen. Zur weiteren Erläuterung und Kontextsetzung des Begriffs s. Othering, identity formation and agency (Jensen, 2011), die Interpretationstexte dieser Dissertation u.a. Interpretation 1046 sowie dieses Kapitel (4.1.1)

Tabelle 9, Auszug aus den Fremdbezeichnungen der geführten Interviews, eigene Darstellung

Interviewnummer	Fremdbezeichnung
1001	„emi-migranten oder Nachfahren von Immigranten“ „ehemaliger Ausländer“ „Ausländern“
1003	„die türkische Familien“ „ich hätte den wahrscheinlich noch nach seinem Wurzeln gefragt ich hab jetzt türkisch angenommen“ „türkische Clans“
1010	„aus dem türkischen Bereich“ „irgendein , Migrationshintergrund “ „nicht unbedingt Flüchtling“ „Menschen die aus einem anderen Kulturkreis ursprünglich stammen“ „Patienten auch mit einem , a u s l ä n d i s c h e n Hintergrund“
1012	„gut integriert- ähh=in te griert aber doch Türkin“
1017	„der Mittelmeertyp“
1042	„offensichtlich türkisch“
1045	„ein Patient der , ähh aus einem anderen Land“
1046	„Migranten aus dem Bereich“ „Patienten aus dem äh Hintergrund“ „diese Leute“ „F r a u e n aus dem- mit dem biografischen Hintergrund“
1061	„die türkische Patientin Mitte fünfzig“
1068	„ein türkischer Name“
1091	„ausm anderen Kulturkreisen“ „muslimische , Patienten“ „in dem ähm muslimischen Kreis“
1102	„Kurdin“ „diese jaulenden w- wimmernden , Leute“
1107	„migrantischen Frauen“
1116	„Südländern“

Diese extreme Variation an Zuschreibungen sticht vor allem durch ihre Ungenauigkeit heraus. All die Begriffe werden verwendet, um die gleichen vier Patient*innen zu benennen und zu beschreiben, basieren aber auf Annahmen und Vorurteilen derjenigen, die das Video betrachten. Das was am Ende bleibt, bzw. das was kommuniziert wird, ist vor allem eine Abgrenzung, eine Differenzierung von ‚deutschen‘ Patient*innen (die nur als solche gelten, wenn sie *Weiß*e Patient*innen sind). Dazu kommt die häufige Verwendung von Bezeichnungen wie „die“, welche eine klare sprachliche Abgrenzung und Distanzierung erkennen lassen.

An diese abgrenzende Sprache knüpfen wiederkehrende und oft stereotype Charakterzuschreibungen an. Die als die ‚Anderen‘ dargestellten Patient*innen werden

als zum Teil wehleidig, klagsam, fordernd und/oder unfreundlich beschrieben (s. beispielsweise Interview 1001, 1017, 1061, 1102 oder auch 1113). Das somit geschaffene stereotype Bild der ‚türkischen Patient*innen‘ wird in den Interviews wiederholt unter dem Begriff „mediterranes Syndrom“ zusammengefasst:

„ob man will oder nicht , es gibt ja schon bei , Ärzten und Schwestern und Pflegern durchaus das sogenannte mediterrane Syndrom , was einfach nur , äh , darlegen soll und überhaupt nicht wertend gemeint ist dass , derartige ((atmet ein)) wie soll man jetzt sagen? also das bestimmte mediterrane Länder- und das ist für das gesamte südeuropäische Bereich , klagsamer sind als zum Beispiel , die n-nordischen , Länder //mhm// Dänemark Schweden oder wie auch immer“ (Interview 1012)

Die Benutzung eines solchen Begriffs trägt viel Bedeutung in sich, da in diesem die Reichweite der Stereotypisierung transportiert wird: die diagnostische Klassifizierung oder Subsumtion einer bestimmten Patient*innengruppe, der ein ‚südeuropäischer Migrationshintergrund‘ unterstellt wird, als vereinheitlichendes „mediterranes Syndrom“ entspricht der Verwendung eines rassistischen und wissenschaftlich untragbaren Begriffs (Ernst, 2000), dem augenscheinlich medizinische Bedeutung zugewiesen wird und der anscheinend auch im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zur diagnostischen und therapeutischen Entscheidungsfindung unhinterfragt verwendet wird. Diese Mechanismen der Abgrenzung und Stereotypisierung ermöglichen die Kreation des Bildes der *Anderen*, welches aber wiederum nicht ohne die Erstellung eines Bildes des *Eigenen* möglich ist. Dieser Prozess lässt sich besonders gut im Interview 1091 beobachten:

„zum Beispiel muslimische , Patienten behandle ähm in der , Art wie- wie der Arzt betreut //mh// und das ist häufig ähm mehr ein- ein ähm , äh ein Zuwendungsähm problem also dass- dass sie mehr Zuwendung brauchen und dass sie gewisse Vorstellungen haben wie Krankheiten behandelt werden als dass sie ähm Beratung suchen zum Beispiel also der deutsche Patient möchte immer informiert werden und der diskutiert mit mir über unerwünschte Wirkungen und Hauptwirkungen und ähm das- ist in dem ähm muslimischen Kreis weniger hab ich jedenfalls die Erfahrung gemacht“ (Interview 1091)

Durch die Konstruktion von positiven Charakteristika (hier der differenzierte und informierte „deutsche Patient“) für die *Eigengruppe*, welche der Gruppe der *Anderen* fehlen oder der Konstruktion von negativen Charakteristika für die Gruppe der *Anderen* (hier die „muslimische , Patienten“ mit „Zuwendungsähmproblem“), welche wiederum der *Eigengruppe* fehlen, geht die Abgrenzung der *Anderen* auch mit einer Hierarchisierung einher. Diese Positionierung gegenüber den Patient*innen hilft nachzuvollziehen, woher das Gefühl der Entscheidungsmacht rührt: die Hierarchisierung, die mit dem Othering einhergeht, ermöglicht den privilegierten Individuen sich ‚über‘ die *Anderen* zu stellen und somit als entscheidende und definierende Instanz zu fungieren. Die zusammenfassende Definition von Othering in der Arbeit von Jensen spiegelt die oben dargelegten Beobachtungen wider:

“Othering concerns the consequences of racism, sexism, class (or a combination hereof) in terms of symbolic degradation as well as the processes of identity formation related to this degradation. To sum up, the theory of identity formation inherent in the concept of othering assumes that subordinate people are offered, and at the same time relegated to, subject positions as others in discourse. In these processes, it is the centre that has the power to describe, and the other is constructed as inferior. [...] Othering at the same time produces difference and problematizes it, in the sense that the group which is othered is also in the process defined as ‘morally and/or intellectually inferior’ (Schwalbe et al., 2000, S.423). ‘The others’ are reduced to stereotypical characters and are ultimately dehumanized (Riggins, 1997, S.9; Lister, 2004, S.102). Such processes imply reduction and essentialization in the sense that those who are othered are reduced to a few negative characteristics.” (Jensen, 2011, S.65)

Zusätzlich zum rassistischen Anteil des Otheringprozesses erscheinen andere Faktoren ausschlaggebend. Bei den Schauspieler*innen, denen in der Vignette der Nachname Yildiz zugeteilt wurde, erfolgte beispielsweise eine andere Rollenzuschreibung bei Frauen (s. Interviews 1012 und 1046) als bei den männlichen Schauspielern. Während die ‚allgemeine‘ stereotype Zuschreibung des wehleidigen, klagsamen Patienten bei Hamid und Hazan Yildiz dominierte, wurden Pinar und Gülsen Yildiz als passiv und zurückgezogen beschrieben, obwohl in allen Interviews bewusst eine ähnliche Intonation und körperliche Passivität vorlag:

„Interessant fand ich dass sie eher dissimuliert , sie sie is en Mensch der sehr , vorsichtig artikuliert- die erst auf Nachfrage , auch ihre Symptome dann so präsentiert , ähm sie ist da sehr zurückhaltend und man muss da schon , auch die Sachen so ein bisschen ent- entwickeln dass äh , ist aber für das Geschlecht und für den mm=Migrationshintergrund nicht ungewöhnlich“ (Interview 1046)

„vielleicht , ne Rückzugerscheinung aufgrund irgendwelche anderer sozial , psychosoziale Umstände“ (Interview 1012)

„und ich sehe einen **deutlichen** Unterschied wenn ich jetzt zum Beispiel muslimische , Patienten behandle ähm in der , Art wie- wie der Arzt betreut //mh// und das ist häufig ähm mehr ein- ein ähm , äh ein **Zuwendungs** ähm problem also dass- dass sie mehr Zuwendung brauchen und dass sie gewisse **Vorstellungen** haben wie Krankheiten behandelt werden als das sie ähm Beratung suchen“ (Interview 1091)

Zusätzlich dazu wurde bei diesen beiden Frauen der muslimische Glaube angenommen (während es bei Hamid und Hazan nicht thematisiert wurde) und als verstärkender Einflussfaktor der Passivität und Zurückgezogenheit formuliert:

„die haben , ein ganz in der Regel bescheidenes Auftreten ein sehr zurückhaltendes Auftreten das heißt wenn die mit Symptomen kommen dann - die sagen , ähhh waa- soo - ich sag immer die tragen den Kopf unterm Arm und sagen ich kann schlecht gucken ja //mhm// also die kriegen gar nicht mit wie schlecht ihnen das geht , das ist typisch für diese , diese Leute“ (Interview 1046)

Crenshaw erklärt, die intersektionale Erfahrung sei größer als die Summe der Diskriminierungen (Crenshaw, 1989). In den durchgeführten Interviews wird diese Aussage verbildlicht: die Summe der rassistischen und sexistischen Stereotype schaffen ein Bild der schüchternen, dissimilierenden ‚türkischen muslimischen Frau‘. Dieses Bild bleibt trotzdem klar abgrenzbar von ausschließlich sexistischen oder rassistischen Stereotypen (es gleicht somit nicht nur die Summe der Stereotypen). Aufgrund dieser stereotypisierenden Wahrnehmung tendieren die Ärzt*innen dazu, eine aktive, stärker unterstützende Rolle gegenüber Pinar oder Gülsen einzunehmen und unterstellen diesen Patientinnen zugleich Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit. So ist dieser Stereotyp ein alternativer, der weder ganz dem von Menschen (bzw. Männern) mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund noch dem von (Weißen) Frauen entspricht.

Eine wiederkehrende abgrenzende Sprache und die Stereotypisierung der Patient*innen führen somit zum Schaffen eines Bildes der *Anderen*, welches durchgehend von der Eigengruppe hierarchisch differenziert wird. Die Eigengruppe (,Wir‘) verfügt über die Definitionsmacht und bestimmt somit das Narrativ. Dieser Prozess lässt sich in rassistischen Zusammenhängen beobachten, aber kann auch beispielsweise mit sexistischen Diskriminierungserfahrungen wechselwirken und so intersektionale Diskriminierung hervorbringen.

4.1.2 Ursprung und Folgen des Otherings

Der Otheringprozess wird über die in Kapitel 5.1.1 dargelegten Zusammenhänge hinaus in den Interviews von Verzögerungslauten wie „ähm“, Abbrüchen und Euphemismen (wie Beispielsweise „ein Patient der , ähh aus einem anderen Land“ im Interview 1045) begleitet, welche das sozial erwünschte Verhalten der Interviewten widerspiegeln könnte. Es wird sichtbar, dass das Ansprechen des Themas ‚Migrationshintergrund‘ mit Unsicherheiten verbunden ist, infolgedessen das Gesagte wahrscheinlich reflektiert (und möglicherweise abgemildert formuliert) ist. Allerdings führte die narrative Interviewtechnik zu einer Ausweitung der angesprochenen Themen und dazu, dass die Interviewten sich aufgrund der Zugzwänge des Erzählens (Schütze, 1977) in ihrer eigenen Erzählung verstrickten. So ermöglichten beispielsweise immanente Nachfragen das Äußern von zugrundeliegenden Annahmen, die zur oben beschriebenen stereotypischen Darstellung von Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund geführt haben. Zugeschriebene Charaktereigenschaften (wie beispielsweise Wehleidigkeit oder Klagsamkeit, s. Kapitel 4.1.1) wurden somit an inhärenten Mängeln an Bildung, Gesundheitsbewusstsein und/oder Sprachkompetenz festgemacht (für Beispiele s. Interview 1024, 1042, 1045, 1123). Allgemein beriefen sich die interviewten Ärzt*innen wiederholt auf vermeintliche ‚kulturelle‘ Unterschiede, wie im folgenden Beispiel dargestellt:

„dieses Klischeebild was jeder Arzt kennt na da sitzt eben ne , seehr stark ihre , Probleme darstellende , ältere türkische Frau die jammert und überall Schmerzen man kann kaum richtig untersuchen weil alles tut weh wo man anfasst und so //mhm// und es ist eben aber nicht passend zu , ne Fibromyalgie oder sowas und es ist halt Ausdruck , dass es ihr schlecht geht sowie bei dem kleinen Kind //mhm// das ist einfach kulturell dieser Unterschied“ (Interview 1107)

Der kulturalistisch argumentierende Rassismus (auch Neorassismus³⁴ oder Kulturrassismus), welcher als Rechtfertigung/Erklärung für das Othering verwendet wird, dient als Ersatz (und somit auch als Deckmantel) für den biologisch argumentierenden Rassismus. Dieser Prozess beeinflusst die Ärzt*innen letztendlich in deren Wahrnehmung der Patient*innen und könnte somit zu abweichenden Entscheidungen führen („das ist einfach kulturell dieser Unterschied“). Im oben geschilderten Beispiel fällt auf, dass dem Arzt in dem Fall bewusst ist, dass er ein „Klischeebild“ reproduziert – wendet es dennoch weiter an.

Der kulturalistisch argumentierende Rassismus und der damit einhergehende Otheringprozess schafft also eine (intersektional diskriminierende) Kategorisierung, die v.a. anhand äußerlicher Merkmale erfolgt und erstmal von den Ärzt*innen angenommen wird, auch wenn die Schilderungen der Patient*innen diesen Vorurteilen nicht entsprechen. In den Interviews fielen drei unterschiedliche (Ausweich-)Mechanismen auf, um mit Diskrepanzen zwischen dem Geschilderten der Patient*innen und den stereotypen Erwartungen der Ärzt*innen umzugehen (s. Tabelle 10 und Anhang 4, Beispiele für Ausweichmechanismen):

1. Die Patient*innen wurden mit einer bestimmten ‚Brille‘ (institutionell rassistisch und sexistisch) betrachtet. Die Aussagen und das Verhalten der Patient*innen wurden in diesem Kontext interpretiert und gewertet.
2. Wenn Patient*innen Informationen offenbarten, die mit den geäußerten Vorurteilen der Ärzt*innen nicht übereinstimmten, wurden diese Informationen ignoriert oder versucht umzuformulieren, um in ein passendes Narrativ integriert werden zu können.
3. Fehlende Informationen werden anhand von Stereotypen angenommen.

³⁴ Etienne Balibar definiert Neorassismus als „einen Rassismus, „dessen vorherrschendes Thema nicht mehr die biologische Vererbung, sondern die Unaufhebbarkeit der kulturellen Differenzen ist; der – jedenfalls auf den ersten Blick – nicht mehr die Überlegenheit bestimmter Gruppen oder Völker über andere postuliert, sondern sich darauf ‚beschränkt‘, die Schädlichkeit jeder Grenzverwischung und die Unvereinbarkeit der Lebensweisen und Traditionen zu behaupten“ (Balibar and Wallerstein, 1990, S.28). In der Definition vom Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung wird außerdem erläutert Neorassismus würde der „kulturalistische[n] Auffassung“ zugrunde liegen, „dass die Menschheit in relativ abgeschlossene und klar voneinander unterscheidbare Kollektive – die z. B. als ‚Kulturen‘ bezeichnet werden – geteilt sei. Deren Mitglieder, so wird im neorassistischen Denken angenommen, teilen eine homogene, kaum veränderbare, statische und an ein bestimmtes Territorium gebundene Kultur. Menschen werden in dieser Vorstellungswelt als Stellvertreter_innen ‚ihrer Kultur‘ und ihr Verhalten als kulturell determiniert betrachtet. „Kultur“ oder andere Euphemismen wie z. B. ‚Mentalität‘ fungieren hier also als funktionale Äquivalente des Begriffs ‚Rasse‘. Denn statt der Biologie naturalisiert nun ‚Kultur‘ das menschliche Verhalten.“ (Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e.V., 2019)

Tabelle 10, Beispiele von drei verwendeten Ausweichmechanismen, eigene Darstellung

	Dargestellte Situation	Interpretation / Annahme der Ärzt*innen
1	Tod der Mutter wird im Anamnesegespräch kurz erwähnt	Übertriebene Trauerreaktion aufgrund der familiären Bindungen in türkischen Familien (Interview 1046)
2	Patient*in gibt an, keine Geschwister zu haben	Vielleicht gibt es doch Geschwister, aber sie sind in der Türkei oder nicht bekannt, weil große Familien in der Türkei üblich sind (Interview 1012)
3	Patient*in macht keine Angabe zum Rauchen	Rauchen wird angenommen (Interview 1003)

Diese zur Anwendung kommenden Mechanismen zeigen in der Konsequenz, dass sogar Patient*innen, die den ihr zugeschriebenen Vorurteilen nicht entsprechen, trotzdem entsprechend dem angenommenen Stereotyp kategorisiert werden und vom Othering betroffen sind. Bestätigende Informationen werden aus dem Gesagten herausgesucht und hervorgehoben, während dissonante Informationen verdrängt werden. Diese Patient*innen werden somit in zugewiesene Stereotype reingezwungen und eingesperrt.

4.1.3 Konsequenzen für die medizinische Praxis

In den Interviewtexten wird also klar, dass Patient*innen, bei denen ein türkischer Migrationshintergrund angenommen wird, durch den kulturalistisch argumentierenden Rassismus anders (auch medizinisch) wahrgenommen werden. So zeigt sich in der Analyse, dass die vorgestellte HI Symptomatik immer wieder psychosomatisch interpretiert wurde und als Begründung auf den Migrationshintergrund der Patient*innen hingewiesen wurde:

„Typischer wär die türkische Patientin Mitte fünfzig die hier sitzt und ihm sagt mir tut - , oder ähh mir tut der Kopf weh der Bauch weh und die Beine und hier kribbelts auch noch und da und da- also wenn manchmal eine Vielzahl von Symptomen geschildert werden ähm , tu ich mich jetzt im Speziellen schwer das häufig auf ein Krankheitsbild ein somatisches Krankheitsbild //mhm// , ähh zusammen zu finden und dass man dann eben auch das Psychosomatische schnell denken“ (Interview 1061)

Zur Veranschaulichung dieser Zusammenhänge wurde eine Tabelle erstellt, welche die Ergebnisse zu den erwogenen Verdachtsdiagnosen der quantitativen und qualitativen Interviewteile aus den hier zugrunde gelegten Interviews gegenüberstellt. So wurden die

Angaben zur jeweils eingeschätzten Wahrscheinlichkeit der geäußerten Verdachtsdiagnosen ‚HI‘ und ‚psychische Erkrankung‘ (im quantitativen Teil: „Auf einer Skala von 0-100, auf der 0 größte Unsicherheit und 100 größte Sicherheit für eine Diagnose angibt, wie sicher sind Sie, dass diese Patientin [Diagnose] hat?“) den in den interpretierten Interviewstellen angesprochenen Verdachtsdiagnosen gegenübergestellt (s. Tabelle 11). Da die qualitative Interpretation an allen Textstellen erfolgte, in denen der Migrationshintergrund thematisiert wurde, konnten somit alle Verdachtsdiagnosen, die in Verbindung mit dem angenommenen Migrationshintergrund zusammenhängen, erfasst werden. Dabei wurden die Interviews 1017, 1019, 1065, 1071 und 1115 nicht miteinbezogen, da die in diesen Interviews vorgestellten Vignetten keinen ‚Migrationshintergrund‘ hatten und die geäußerte Verdachtsdiagnosen sich aus diesem Grund nicht auf den angenommenen Migrationshintergrund bezogen.

Tabelle 11, Gegenüberstellung der Sicherheit der Verdachtsdiagnosen im quantitativen und der Verdachtsdiagnose im qualitativen Interview, eigene Darstellung

Interview	Quantitative Sicherheit (in %)		Qualitative Aufarbeitung
	HI	Psychisch	Angesprochene Erkrankung(en)/Erkrankungsbereiche
1001	0	20	psychisch
1003	20	60	psychisch
1010	0	20	psychisch
1012	70	50	psychisch
1024	90	80	k.A.
1042	10	50	eher somatisch
1045	80	0	psychisch
1046	90	0	eigentlich ganz klare Priorisierung vom Somatischen am Anfang aber dann volle Konzentration auf das Psychische
1068	0	50	psychisch
1091	70	60	k.A.
1102	50	50	psychisch bzw. genetische Veranlagung für besondere Schmerzempfindlichkeit
1107	90	0	psychisch
1113	0	45	psychisch bzw. psychosomatisch (Magengeschwür wegen mangelnder Integration)
1116	70	50	psychisch obwohl von somatisch ausgegangen wird
1120	80	0	psychisch und somatisch
1123	90	0	somatisch

In Tabelle 11 wird nochmal verdeutlicht, dass die qualitativen Interviews eine klare Assoziation zwischen der Symptomatik der Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund und vermuteten psychischen Erkrankungen aufzeigen. Dabei wird im quantitativen Interviewteil die Herzinsuffizienz viel stärker und häufiger priorisiert als

eine mögliche psychische Erkrankung. Diese Diskrepanz könnte darauf hindeuten, dass die Ärzt*innen bei der Entscheidungsfindung nicht nur ihre rein medizinischen Überlegungen miteinbeziehen (quantitativ), sondern auch u.a. Faktoren wie den angenommenen Migrationshintergrund als beeinflussenden Faktor (bewusst oder unbewusst) mit einfließen lassen. Dieser Einflussfaktor lässt sich somit erst in der qualitativen Analyse beobachten. Es wird also eine Diskrepanz der verbalen Äußerung auf eine direkte Frage (quantitativ) und der in der freien Erzählung sichtbar werdenden Einschätzung (qualitativ) deutlich.

Unabhängig davon, aus welchen Gründen eine psychische Verdachtsdiagnose gestellt wird und ob dies in dem Moment medizinisch gerechtfertigt ist, sollte die Konsequenz dessen eine rechtzeitige Einleitung einer angemessenen Diagnostik und Therapie sein. In dieser Hinsicht lässt sich aber beobachten, dass auch bei der Formulierung von ‚psychischer Erkrankung‘ als Verdacht, die Situation teilweise nicht ernst genommen wird und eher als ‚Übertreibung‘ seitens der Patient*innen banalisiert wird. Hier kann wieder an der bereits erwähnten stereotypisierten Wahrnehmung von Patient*innen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund als übertreibend und wehleidig (s. Kapitel 4.1.1) angeknüpft werden. Im Interview 1012 wird beispielsweise bei psychischer Verdachtsdiagnose nur sehr vage und distanziert eine Handlungsstrategie formuliert und die Symptomatik der Patientin später als ‚Suche nach Aufmerksamkeit‘ abgetan:

„und dann würde man die möglicherweise ein bisschen an die hausärztliche , Bindung versuchen zu bekommen indem man sie regelmäßig , sieht und einbestellt [...] vielleicht ist das auch die Suche nach einem Zuhörer“ (Interview 1012)

Dieser Vorgang spiegelt die Stigmatisierung wider, mit denen Menschen mit psychischen Erkrankungen konfrontiert werden können (Link and Phelan, 2013). In diesem Fall wird die Erkrankung nicht als solche wahrgenommen, sondern stattdessen mit persönlicher Schwäche bzw. einem sozialen Defizit verbunden („Suche nach einem Zuhörer“). Die psychische Krankheit wird somit zu einer ‚Befindlichkeit‘ abgewertet und dementsprechend medizinisch anders betrachtet. Zusammenfassend wird also sichtbar, dass nicht nur die somatische Erkrankung heruntergespielt und eine psychische angenommen, sondern letztere auch noch als Befindlichkeit eingeordnet wird. Um diesen Verdacht der ‚Verstimmung‘ zu untermauern, bedienen sich die Ärzt*innen einer stereotypen Darstellung von Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund. Eines der Konstrukte baut auf der Annahme der ‚schlechten‘,

‚mangelnden‘, ‚unzureichenden‘ Integration auf. Dabei werden die Patient*innen selbst für ihre Situation verantwortlich gemacht, während die mögliche Verantwortung der Mehrheitsgesellschaft für Ausgrenzungserfahrungen keinesfalls in Erwägung gezogen wird. Ein weiteres Konstrukt baut auf der Annahme auf, die Patient*innen hätten starke familiäre Bindungen. So wird auch häufig die psychische Belastung hinsichtlich dieses Aspektes konstruiert. Es wird angenommen, dass die Familie vermisst wird, getrennt lebt oder auch dass die Patient*innen Opfer von Gewalt innerhalb der Familie sind. Auch wiederkehrend ist die Annahme, die Patient*innen würden an Einsamkeit leiden, weil sie außer ihren (fehlenden) Familien keine sozialen Anknüpfungspunkte in Deutschland haben. So erlangt die Familie einen besonderen Stellenwert in der Einschätzung der Ärzt*innen und wird dadurch auch als häufige Ursache für das vermutete psychische Leiden konstruiert:

„ähm die Söhne haben ja häufig da sehr viel Verbindung- die türkische Familien kümmern sich ja sehr intensiv um ihre Angehörigen ähm interessanterweise gibt es da ein zeitlichen Zusammenhang also es passt ungefähr den Tod seiner Mutter , mit seiner Müdigkeit , das war ungefähr zeitlich- könnt mans in Verbindung setzen hab ich getan“ (Interview 1003)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die in den Ergebnissen dieser Arbeit aufgezeigten systematischen rassistischen Prozesse (v.a. Kulturrassismus, welcher durch Othering und Stereotypisierung zum Ausdruck kommt) durchaus einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung der Ärzt*innen haben. In der im nachfolgenden Kapitel dargestellten (sinngenetischen und soziogenetischen) Typenbildung wird darauf eingegangen, welche unterschiedlichen Handlungsstrategien die Ärzt*innen in der extrapolierten Interaktion mit Patient*innen mit angenommenen Migrationshintergrund aufzeigten.

4.2 Typenbildung

Alle interpretierten Textausschnitte der ausgewählten Interviews thematisieren den angenommenen Migrationshintergrund von Patient*innen und haben eine stereotype und zudem oft negative bzw. problematisierende Darstellung des Themas gemeinsam (s. Kapitel 4.1). Das muss nicht heißen, dass der angenommene Migrationshintergrund durchgehend als etwas Schlechtes von den interviewten Ärzt*innen dargestellt wird, aber schon, dass der angenommene Migrationshintergrund als etwas ‚erschwerendes‘, ‚herausforderndes‘ für die Behandlung und die Behandelnden wahrgenommen wird. Der stereotype Blick ist dementsprechend Ausgangsposition für die drei aus der Analyse heraus entwickelten Typen der Entscheidungsfindung (s. Abbildung 8), die auf unterschiedliche Weise auf dieses *Problem*³⁵ bzw. auf diese Herausforderung reagieren. Diese sinngenetischen Typen werden folgend erläutert und im Anschluss dazu werden ihre möglichen Funktionen als Handlungsstrategie analysiert. Daraufhin werden soziogenetische sowie auch relationale Typenbildungen herausgearbeitet und vorgestellt.

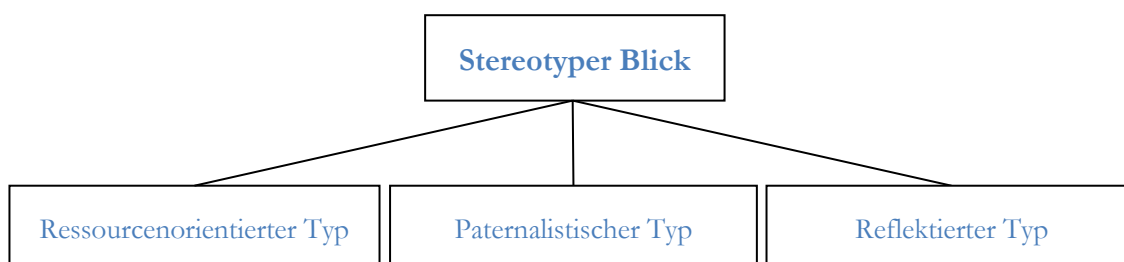


Abbildung 8, Stereotyper Blick auf die Patient*innen, eigene Darstellung

4.2.1 Sinngenetische Typenbildung

Anhand der sinngenetischen Typenbildung konnten drei unterschiedliche Handlungstypen herauskristallisiert werden: der ressourcenorientierte, der paternalistische und der reflektierende Typ. Dabei ist zu beachten, dass diese Typen idealtypisch sind, das heißt aufgrund von Abstraktion der Interpretationen fallübergreifend entwickelt wurden, und somit in der Alltagswelt nicht als klar voneinander zu trennenden Realtypen anzusehen sind. In der Realität können die Aspekte dieser Typen ineinander übergehen und miteinander kombinierbar werden. Diese Arbeit

³⁵ Objektiv ist der (angenommene oder tatsächliche) Migrationshintergrund an sich kein Problem. Es fällt aber auf, dass er als solches verstanden wird. Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel *Problem* kursiv geschrieben, um klar zu stellen, dass mit diesem Begriff die Sicht der Interviewten gegenüber der Anamnese-situation mit einer Patient*in mit angenommenem Migrationshintergrund gespiegelt wird.

stellt also ‚Idealtypen‘ und keine ‚Realtypen‘ vor (s. Tabelle 12). In den nächsten Absätzen werden die erarbeiteten Typen nacheinander vorgestellt und voneinander differenziert.

Tabelle 12, Einteilung der Interviews in der sinngenetischen Typenbildung, eigene Darstellung

Ressourcenorientiert	Paternalistisch	Reflektierend
1045, 1102, 1019, 1017, 1001, 1075, 1113, 1010, 1107, 1115	1123, 1003, 1012, 1024, 1091, 1046, 1061, 1116	1042, 1120, 1068

Ressourcenorientierter Typ

Der ressourcenorientierte Typ problematisiert den vermeintlich durch die Patient*innen verursachten Mehraufwand (sei es zeitlich oder auch energetisch/emotional/psychisch) sowie angenommene Umgangsschwierigkeiten:

„ja ich hab , zum Beispiel eine Patientin , Kurdin , die , von ihrem Mann geschlagen wurde die haben sich dann getrennt und dann ist das Problem dass die Kinder teilweise zum , Ehemann gehen und- und sie dann eben äh in der Beratungssituation ist dann ist sie in Psychotherapie dann kann sie nicht arbeiten dann , flüchtet sies flüchtet sie sich ins- in die Krankheit äh und ähm nervt dann sozusagen also //mhm// laufend [...] und ich sitz dazwischen , ja“ (Interview 1001)

Die durch den Mehraufwand verbrauchten Ressourcen werden in den Mittelpunkt gestellt, mit dem angenommenen Migrationshintergrund in Verbindung gebracht und als erschwerende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Diagnostik und Therapie dargestellt. Dabei werden vor allem die Kommunikation der Beschwerden und deren stärker emotionale oder übertreibende Darstellung als bei *Weiß*en Patient*innen thematisiert. Hier positioniert sich die behandelnde Person als Leidtragende der Umstände, die durch Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund geschaffen werden. Auszeichnend für diesen Typ ist, dass die Ärzt*innen sich nicht als mögliche Initiator*innen für in der Interaktion und Behandlung aufkommenden Probleme sehen, sondern diese ‚Störfaktoren‘ auf Seiten der Patient*innen positionieren. Bei einigen Interviews werden sogar Schuldzuweisungen ausgedrückt (s. beispielsweise Interview 1017), um die Verantwortung für bestimmte Probleme auf der Seite der *Anderen* zusätzlich zu betonen.

Paternalistischer Typ

Der paternalistische Typ sieht hingegen die Patient*innengruppe als besonders hilfsbedürftig. Durch diese Wahrnehmung werden die Patient*innen bevormundet und infantilisiert:

*„also ich hatte das Gefühl dass ich bei ihr ein bisschen mehr diese betreuende ,
äh Funktion hätte , dass ich sie auch ein bisschen führen muss , ähm oder klare
Ansagen muss man anders vielleicht als mit einer deutschen , Patientin die ein
bisschen selbstständiger ist sich auch besser informieren kann , in einem anderen
Kulturkreis aufgewachsen ist“ (Interview 1091)*

Anstatt Patient*innen Individualität und Selbstbestimmtheit zuzusprechen, nimmt der paternalistische Typ eine betreuende Funktion an, die sich anmaßt zu wissen, was – über das medizinische Fachwissen hinaus – für die Patient*innen ‚gut und richtig‘ ist. Dieses Wissen stützt sich allerdings auf stereotypen Annahmen u.a. aufgrund des angenommenen Migrationshintergrundes und/oder des Geschlechts der Patient*innen. So wird die Individualität der Patient*innen vom paternalistischen Typ besonders vernachlässigt, da Kategorisierungen (wie beispielsweise der ‚Mittelmeertyp‘ oder auch die ‚passiven türkischen Frauen‘) für den Umgang mit Patient*innen leitend erscheinen.

Reflektierender Typ

Wie es dem Namen nach zu erwarten ist, geschieht bei dem reflektierenden Typ eine Reflexion der Stereotypisierung. Bei einigen Interviewten kam es nach Äußerung derer stereotypen Annahmen zu einer Infragestellung der selbst getroffenen Aussagen:

*„äh wenn ich ehrlich mit mir bin ähm die Erfahrung mit Türkinnen aus der
Generation ist dass sie sehr häufig psychosomatisch krank sind //mhm// und dann
kommt als erster Satz , fühl mich schwach müde erschöpft und so //mhm// in letzter
Zeit , dann ähhh , geht bei mir sofort diese Schiene los ähm , wahrscheinlich
depressiv //mhm// aber ähm ich bin mir dessen bewusst //mhm// also ich hab sie
nicht schon abgestempelt“ (Interview 1120)*

Während die zwei anderen Typen (ressourcenorientiert und paternalistisch) sich auf ihre aufgestellten Stereotype stützten, um ihr Vorgehen zu erklären und teilweise auch, wie die Analyse nahelegt, um diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu treffen, zeichnet sich der reflektierende Typ durch eine (zumindest ansatzweise)

Infragestellung von internalisierten stereotypen Bilder aus. Der reflektierende Typ ist sich also idealerweise seiner Vorurteile bewusst und versucht diese zu reflektieren, um eine individuelle, von stereotypen Annahmen möglichst losgelöste Entscheidungsfindung anzuwenden.

4.2.2 Funktion der sinngenetischen Typen

Diese drei verschiedenen Umgangsweisen mit dem gleichen *Problem* können auch als ‚Lösungsansätze‘ verstanden werden, die je nach Typ unterschiedliche Konsequenzen haben. Im Folgenden werden die möglichen Funktionen dieser einzelnen Typen erläutert, indem dargestellt wird, inwieweit sie das *Problem* ‚Anamnese bei einer Person mit angenommenem Migrationshintergrund‘ lösen können (s. Abbildung 9).

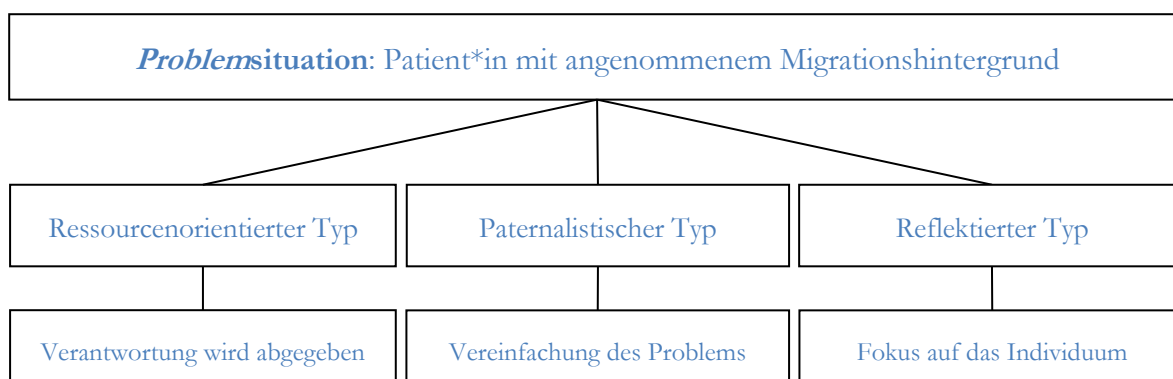


Abbildung 9, Funktion der verschiedenen Typen, eigene Darstellung

Durch die Problematisierung des Verhaltens der Patient*innen und die Abgabe der Eigenverantwortlichkeit für Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf des ressourcenorientierten Typen wird eine Situation geschaffen, in der die behandelnde Person für etwaige Probleme oder Komplikationen keine Verantwortung tragen muss. Die Auseinandersetzung mit den Patient*innen basiert auf Stereotypen, welche Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund als herausfordernde Patient*innen darstellen. Dieses Denkmuster begrenzt die eigen zugeschriebene Verantwortung und führt zu einer möglichen Entlastung der Behandelnden angesichts dieses *Problems*. Beim paternalistischen Typ stellt sich die behandelnde Person hierarchisch klar über die Patient*innen und nimmt an, pauschal zu wissen, was gut für sie ist. Sie bedient sich stereotyp diskriminierenden Annahmen, um vereinfacht Kategorien zu schaffen, die der Einschätzung der Patient*innen dienen sollen. Somit wird das *Problem*, mit dem sie konfrontiert sind, stark vereinfacht und besser händelbar. Der

reflektierte Typ hingegen legt durch die Bewusstmachung seiner Vorurteile Stereotype möglichst zur Seite. Das *Problem* löst sich auf, da die Patient*innen als Individuen wahrgenommen und nicht mehr auf den angenommenen Migrationshintergrund reduziert werden. Somit kontrastiert dieser Typ stark mit dem paternalistischen und dem ressourcenorientierten Typ, bei denen es zu einem starken Individualitätsverlust der Patient*innen bei der Entscheidungsfindung kommt.

Alle Typen verfolgen also das Ziel, eine Handlungsstrategie für den Umgang mit den Patient*innen zu finden, nehmen dafür aber unterschiedliche Wege, die mit verschiedenen Konsequenzen einhergehen. Um eine individuellere und nicht von stereotypen geleitete Entscheidungsfindung zu fördern, könnten ressourcenorientierte und paternalistische Typen ihr Vorgehen reflektieren und sich somit dem reflektierten Typ nähern. Die konkreten Voraussetzungen und Schritte zur Durchführung einer solchen Verschiebung werden im Kapitel 5.4 ausführlich diskutiert.

4.2.3 Soziogenetische und relationale Typenbildung

Nach der Ausarbeitung der drei sinngenetischen Typen wurden zuerst die Erfahrungsräume des Geschlechts und der Dauer der beruflichen Tätigkeit als hausärztlich*er Fachärzt*in als mögliche Einflussfaktoren mit einbezogen, indem eine mehrdimensionale Typenbildung geschaffen wurde. Erweiternd dazu wurden andere mögliche soziogenetische und relationale Typen in Betracht gezogen. Diese unterschiedlichen Typenbildungen werden hier vorgestellt und analysiert.

Einfluss des Geschlechts und der Erfahrung der Ärzt*innen

In dieser Arbeit wurde die Frage formuliert, ob die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen im Zusammenhang mit dem angenommenen Migrationshintergrund bei Herzinsuffizienzsymptomatik u.a. aufgrund des Geschlechts (männlich/weiblich) und der fachärztlich-hausärztlichen Erfahrung (<15 Jahre / > 15 Jahre) beeinflusst werden könnte (s. Kapitel 1.1.4 und 2.3.4).

Auf der mehrdimensionalen Ebene erscheinen diese zwei soziogenetischen Faktoren einen Einfluss auf den reflektierenden Typ gehabt zu haben. Tatsächlich sind alle Interviews, in denen der reflektierende Typ vorkommt, mit Ärzt*innen mit mehr als 15 Jahren fachärztlicher Erfahrung durchgeführt worden (s. Tabelle 13). Allerdings sollte

dies auch erstmal nur als Tendenz aufgefasst werden, da hier auch insgesamt nur sehr wenige (3) Interviews dem reflektierenden Typ zugeordnet werden konnten.

Tabelle 13, Soziogenetische Typenbildung anhand des Geschlechts und der Erfahrung der Ärzt*innen, eigene Darstellung

	Ressourcenorientiert	Paternalistisch	Reflektierend
M <15 Jh	1045, 1102, 1107	1123, 1003	
M >15 Jh	1019, 1017, 1001	1012, 1046	1042
W <15 Jh		1024, 1061, 1116	
W >15 Jh	1075, 1113, 1010, 1115	1091	1120, 1068

Legende: M männlich / W weiblich / <15 Jh unter 15 Jahre Erfahrung / >15 über 15 Jahre Erfahrung

Dass die erarbeiteten Typen vom Geschlecht und von der Erfahrung der Ärzt*innen nicht weiter und deutlicher beeinflusst werden, würde wiederum den institutionellen Aspekt von Diskriminierung verdeutlichen (s. Fußnote 11). Die erarbeitete Verteilung weist somit erstmal auf die mögliche Verbreitung einer diskriminierenden Wahrnehmung durch die Gesellschaft unabhängig von Faktoren wie dem Geschlecht hin, die aber möglicherweise von dem Alter bzw. von der beruflichen Erfahrung geprägt werden.

Einfluss des Migrationshintergrundes der Ärzt*innen

Der im Rahmen des Interviews erhobene persönliche Migrationshintergrund der interviewten Ärzt*innen erscheint auch als ein möglicher soziogenetischer Typ. Es könnte vermutet werden, dass die Ärzt*innen mit eigenem Migrationshintergrund – und somit eigener Rassismuserfahrungen – eher zum reflektierenden Typ gehören, da sie mit dem Thema persönlich und alltäglich konfrontiert werden. Zur Veranschaulichung der mehrdimensionalen soziogenetischen Typenbildung wurde die folgende Tabelle erstellt:

Tabelle 14, Soziogenetische Typenbildung anhand des Migrationshintergrundes der Ärzt*innen, eigene Darstellung

	Ressourcenorientiert	Paternalistisch	Reflektierend
mit Migrationshintergrund	1075	1123	
ohne Migrationshintergrund	1045, 1102, 1107, 1019, 1017, 1001, 1113, 1010, 1115	1003, 1012, 1046, 1024, 1061, 1116, 1091	1042, 1120, 1068

Trotz der Betroffenheit von Rassismus reproduzierten allerdings beide Interviewten die gleichen diskriminierenden Muster wie ihre *Weiß*en Kolleg*innen und ließen sich entgegen der aufgestellten These innerhalb der ressourcenorientierten und paternalistischen Typen positionieren. Dieser Vorgang könnte letztendlich genauso wie

die soziogenetische Typenbildung von Tabelle 13 den systemischen Aspekt von Diskriminierung verdeutlichen. Hier werden diese Handlungsmuster also auch von betroffenen Ärzt*innen reproduziert, obwohl sie selbst diese Diskriminierungsform im Alltag erleben müssen. Dieses Phänomen wird in der Literatur als internalisierter Rassismus beschrieben:

„Der Rassismus ist nicht nur ‚von außen‘ gegen die gerichtet, die er disponiert und desartikuliert (zum Schweigen bringt). Er ist auch innerhalb der dominierten Subjekte wirksam – jenen untergeordneten ethnischen Gruppen oder ‚Rassen‘, die ihre Beziehung zu ihren realen Existenzbedingungen und ihr Beherrschtsein durch die herrschenden Klassen in und durch die imaginären Vorstellungen der rassistischen Anrufung erleben, und die dazu gebracht werden, sich selbst als ‚die Minderwertigen‘, les autres, zu erfahren“ (Hall, 1994, S.135)

Bei der näheren Betrachtung äußerte sich diese Internalisierung von Stereotypen, rassistischen Bildern bei den Interviewten auf gegensätzliche Art und Weise. Beim einen kam es zur Annahme einer kollektiven Identität und zur Reproduktion von zugeschriebenen Stereotypen:

„weil wir haben andere Gewohnheiten zum Beispiel Kopfschmerzen würden wir ein Antibiotika haben, wir sind anders gestaltet als der äh - der europäische Patient hat sich bisschen (mehr entwickelt) als uns“ (Interview 1123)

Ein praktizierender Arzt erklärt hier in der Wir-Form (kollektive Identität), dass er (bzw. „wir“) Antibiotika gegen Kopfschmerzen nehmen wollen würde, und illustriert somit das Ausmaß der möglichen Wirkung von Internalisierung. Ganz anders positionierte sich die andere Ärztin mit Migrationshintergrund, da sie durchgehend versuchte sich als Person klar von der Gruppe der ‚Anderen‘ zu distanzieren. So zieht sie in ihrem Interview eine klare Grenze zwischen sich und Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. Die soziogenetische Typenbildung (vgl. Tabelle 14) scheint also die vorher aufgestellte Hypothese zu untermauern, nach der Diskriminierung als struktureller Prozess sichtbar wird und wirkt.

Einfluss des Geschlechts und des Alters der Patient*innen

Zur weiteren Ausarbeitung der Typenbildung weist Nohl auf die Möglichkeit hin, eine relationale Typenbildung durchzuführen (Nohl, 2013). Hierfür wird Mehrdimensionalität anhand der Gegenüberstellung von zwei sinngenetischen Typen geschaffen. In dieser

Arbeit wurde sich diesen Ansatzes bedient, um die herausgearbeiteten sinngenetischen Typen (erste Ebene) den verschiedenen gezeigten Videovignetten (zweite Ebene) gegenüberzustellen (s. Tabelle 15). Die verschiedenen Patient*innen in den Videovignetten bilden dabei aber keine sinngenetischen Typen und lassen dadurch keine relationale Typenbildung nach Nohl zu. Durch die Gegenüberstellung der herausgearbeiteten Typen (ressourcenorientiert, paternalistisch, reflektierend) einerseits und der in den Videovignetten dargestellten Patient*innen andererseits, kann allerdings versucht werden die Einflussfaktoren des angenommenen Migrationshintergrunds, des Geschlechts und des Alters innerhalb der Typen zu verorten.

Tabelle 15, Verteilung der Typenbildung innerhalb der gezeigten Vignetten, eigene Darstellung

	Ressourcenorientiert	Paternalistisch	Reflektierend
Gülsen Yildiz, 75 Jh.	1107	1024, 1091, 1012, 1046, 1116	1120, 1068
Pinar Yildiz, 55 Jh.	1102, 1113		
Hazan Yildiz, 75 Jh.	1045	1123, 1003	
Hamid Yildiz, 55 Jh.	1010, 1001		1042
Heike Schmidt, 75 Jh.	1017 („der Mittelmeertyp“), 1115 („kasachisch-russische Gemeinde“)		
Michaela Schmidt, 55 Jh.	1019 („Menschen aus anderen Kulturen“)		
Hubert Schmidt, 75 Jh.	1075 („Migranten“)		
Michael Schmidt, 55 Jh.		1061 („türkische Patientin Mitte fünfzig“)	

Legende: bei der ‚Schmidt‘ Video-Fallvignetten wurde sich nicht auf die gezeigte Vignette bezogen, sondern auf die in **Rot** hinterlegten Patient*innengruppen

Dabei lässt sich keine klar abgrenzbare Typologie herausarbeiten. Allerdings fällt es auf, dass der paternalistische Typ fast ausschließlich bei 75jährigen Patient*innen auftritt (außer Interview 1061) und vor allem bei Frauen. Ohne einen Anspruch auf Allgemeingültigkeit zu erheben, wird hier jedoch die Tendenz deutlich, dass diese zwei Faktoren (Alter und Geschlecht) Ärzt*innen eher dazu bewegen könnten den paternalistischen Typen einzunehmen (*Intersektionalität*). Diese Hypothese sollte aber unbedingt im Rahmen weiterer Forschung überprüft werden.

Letztendlich verdeutlicht die Typenbildung, wie bedeutend es ist, die Beobachtung von Diskriminierung nicht nur als einen ausschließlich individuellen Prozess, sondern vielmehr als ein gesellschaftlich internalisiertes Konstrukt zu begreifen, welches somit

auch das ärztliche Handeln betrifft. Die Tatsache, dass sich keine soziogenetisch relevanten Typen herausarbeiten ließen, zeigt, dass die diskriminierenden Mechanismen nicht nur von einer bestimmten Ärzt*innengruppe ausgehen müssen, sondern weiterverbreitet sind und gesamtgesellschaftlich wirken können. Die angedeuteten möglichen Unterschiede innerhalb der relationalen Typenbildung verdeutlichen ihrerseits eine intersektionale Diskriminierung und somit, dass nicht nur der angenommene Migrationshintergrund eine Rolle in der Entscheidungsfindung spielen kann, sondern auch eine Vielzahl an zusätzlichen Faktoren (wie zum Beispiel gelesenes Geschlecht, sozioökonomischer Status, Alter) beeinflussend sein können. Die Ergebnisse der Typenbildung unterstreichen die Verbreitung von (u.a.) rassistischer Diskriminierung innerhalb der hausärztlichen Praxis und die Notwendigkeit einer tieferen Auseinandersetzung mit dem Thema.

5 Diskussion

Der 1973 von Deutschland ratifizierte UN-Sozialpakt oder auch ICESCR (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, engl. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) garantiert ein Recht auf (und Zugang zu) Gesundheit für alle:

Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an. Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen [...] zur Schaffung der Voraussetzungen, die für jedermann [sic] im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen (Artikel 12 ICESCR)

Dennoch zeigt die Studienlage der jüngeren Zeit, dass das Risiko krank zu sein oder zu werden mit verschiedenen sozialen Determinanten, wie beispielsweise dem Migrationshintergrund, verbunden ist (Robert-Koch-Institut, 2015). Diese Schieflage sollte in dieser Arbeit untersucht und beleuchtet werden. Zur konkreten Beantwortung der Fragestellung werden im Folgenden die Haupteckdaten dieser Arbeit zusammengeführt (Kapitel 5.1) und vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur diskutiert (Kapitel 5.2). Daraufhin sollen die Stärken und Limitierungen der Untersuchung reflektiert werden (Kapitel 5.3), um anschließend Implikationen für die Forschungs-, Bildungs- und Versorgungspraxis vorzustellen (Kapitel 5.4).

5.1 Die Macht der Stereotype und die verschiedenen Wege damit umzugehen

In den in der Studie verwendeten Videovignetten wurde das Stereotyp eines türkischen Migrationshintergrundes durch Verwendung eines typisch türkischen Namens und leicht mit türkischem Akzent versehener Sprache dargestellt. Das äußere Erscheinungsbild entsprach außerdem dem Stereotyp einer durchschnittlichen der mittleren Mittelschicht angehörenden Person, wobei eine unauffällige Kleidung gewählt wurde. Die teilnehmenden Ärzt*innen erhielten keinerlei über die in den Vignetten dargestellten Inhalte hinausgehende Information zu den Patient*innen. Bei der Zusammenfassung und Abstraktion der Ergebnisse dieser Arbeit stach die durchgehende

grundsätzliche Annahme eines türkischen Migrationshintergrundes bzw. des *Andersseins* bei den Patient*innen mit dem Nachnamen ‚Yildiz‘ seitens der Interviewten besonders hervor. Die weiteren Ausführungen zur Diagnostik waren dann von der Annahme des Migrationshintergrundes geleitet. Tatsächlich wurden von den Studienteilnehmenden vielfältige Begriffe verwendet, um die Patient*innen oder deren zugeschriebene Zugehörigkeitsgruppe zu benennen. Faktoren wie die Aussprache, das Aussehen oder der Name führten zu einer Kausalkette von stereotypen Zuschreibungen, die mit dem (türkischen) Migrationshintergrund in Zusammenhang gebracht wurden und zu einer Grenzziehung zwischen den ‚Anderen‘ (die ‚Yildiz‘ Patient*innen) und ‚Wir‘ (ohne Migrationshintergrund) führte. Dieses in der interpretativen Analyse der Interviews allgegenwärtig zu findende Konstrukt des sogenannten *Otherings* (s. Kapitel 4.1.1) stellte sich somit als treibender Ausdruck der Abgrenzung und Differenzierung von Patient*innen dar. In der Analyse wurde deutlich, dass dabei der kulturalistisch argumentierende Rassismus (zur Definition s. Fußnote 23) als seine Grundlage fungierte. Konkret zeigte sich dieses Phänomen in den Interviews, indem sich das Othering durch entsprechende stereotype Annahmen seitens der Ärzt*innen äußerte (beispielsweise bei der Darstellung von Passivität und Unselbstständigkeit als Ausdruck ‚kultureller‘ Unterschiede, s. u.a. Interview 1046). In der Analyse konnte herausgearbeitet werden, dass die durch Othering geprägte Wahrnehmung der in der Vignette gezeigten Patient*innen zu einem tendenziellen Banalisieren und ‚nicht ernst nehmen‘ von realen körperlichen Symptomen (in diesem Fall von der HI Symptomatik) führen kann. Dabei erfolgen zwei Schritte: die körperlichen Symptome werden psychosomatisch interpretiert, um dann anschließend als solche nicht ernst genommen zu werden. Die Implikationen, die damit einhergehen, sind alarmierend, da diese Banalisierung zum Übersehen von Diagnosen führt und somit tiefgreifende Konsequenzen für die betroffenen Patient*innen haben kann. Die Analysen im Rahmen dieser Arbeit zeigen Ähnlichkeiten zu der ärztlichen Wahrnehmung von weiblich gelesenen Patient*innen, die in verschiedenen Studien beschrieben wurde (McMurray *et al.*, 1991; Savage and Tate, 1983; Hatala and Case, 2000; Bernstein and Kane, 1981; Colameco *et al.*, 1983; Hamberg, 2008): Patientinnen werden demzufolge als übertreibend, schwach oder auch wehleidig wahrgenommen. In dieser Hinsicht konnte bereits gezeigt werden, dass körperlichen Beschwerden von Frauen deshalb nicht so ernst genommen werden und sie in der Konsequenz verzögerter und schlechter medizinisch behandelt werden als Männer

(Regitz-Zagrosek, 2012). Diese Zuschreibungen bei Frauen ähneln den rekonstruierten Vorgehensweisen mancher Ärzt*innen dieser Studie, jedoch mit dem Unterschied, dass die sexistischen³⁶ Hintergründe durch rassistische ersetzt werden. Allgemein zeigte sich, dass die, durch die reflektierende Interpretation gewonnenen Erkenntnisse halfen, die verschiedenen möglichen Orientierungsrahmen sichtbar zu machen. So konnten in diesem Analyseschritt der reflektierenden Interpretation wiederkehrende Muster (wie beispielsweise das Othering) identifiziert werden.

Im Rahmen der Typenbildung wurden dann die verschiedenen Orientierungsrahmen der interviewten Ärzt*innen zu Typen gebündelt. Dabei fiel als erster Anknüpfungspunkt auf, dass die Begegnung mit nicht-Weißen Patient*innen (zur Definition s. Fußnote 7 und 8) von den Ärzt*innen oft aufgrund von Stereotypen und Vorannahmen (wie beispielsweise der Annahme von Wehleidigkeit oder Kommunikationsschwierigkeiten), die damit assoziiert werden, von vornherein als Herausforderung wahrgenommen wurde. Sie gingen auf unterschiedliche Weise mit der selbsterschaffenen Problemsituation ‚Anamnese von Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund‘ um (s. Kapitel 4.2.2). So ließen sich durch die Anwendung der dokumentarischen Methode drei sinngenetische Typen auf Seiten der Behandelnden ausarbeiten. Der ressourcenorientierte Typ problematisiert Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund sowie deren Verhalten. Für ihn sind die durch den mit dem Migrationshintergrund im Zusammenhang gesehenen vermeintlichen Mehraufwand verbrauchten Ressourcen leitend (Zeit, Energie). Der paternalistische Typ zeichnet sich seinerseits dadurch aus, dass er dazu tendiert, Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund zu entmündigen. Er stellt sich hierarchisch über seine Patient*innen und nimmt an, besser als sie zu wissen, was sie bräuchten was gut und richtig für sie sei³⁷. Beide Typen bauen ihre Entscheidungsfindung u.a. auf stereotypen Zuschreibungen auf, was demzufolge Konsequenzen in der weiteren Diagnostik und Therapie haben kann. Im Kontrast dazu stellt der reflektierende Typ einen möglichen Lösungsansatz dar, da er sich seiner, zwar

³⁶ Hierbei werden natürlich, analog zu der Benutzung des Begriffs Rassismus, alle möglichen Ausprägungen des Sexismus (wie beispielsweise auch Alltagssexismus) verstanden. Rassismus und Sexismus sollen aber keineswegs als gleiche Strukturen dargestellt werden. Es soll lediglich darauf hingewiesen werden, dass beide Diskriminierungsformen ähnliche Auswirkungen haben können, wie hier beispielsweise die Erniedrigung und das ‚nicht ernst nehmen‘ der sexistisch/rassistisch diskriminierten Gruppe.

³⁷ Hier kann bzgl. des Begriffs ‚Paternalismus‘ auf das paternalistische Modell der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung hingewiesen werden (Parsons, 1991)

auch vorhandenen, eigenen stereotypen Zuschreibungen bewusst ist, diese jedoch infrage stellt und die Individualität der Patient*innen wieder im Zentrum positioniert.

Die an die sinngenetische Typenbildung anschließende, soziogenetische Typenbildung verdeutlichte zwei wichtige Aspekte: zum einen wurde deutlich, dass die beobachteten Handlungsmuster keinem im Studiendesign eingelegten soziogenetischen Typ zugewiesen werden konnten (Geschlecht und Erfahrung der Ärzt*innen). Durch die Unmöglichkeit dieser Typenbildung wurde somit die tiefgreifend großflächige und institutionelle (zur Definition s. Fußnote 11) Verankerung dieser Handlungsmuster innerhalb der befragten Ärzt*innengruppe betont. Durch die stattdessen durchgeführte relationale Typenbildung ließ sich eine Tendenz erkennen, nach der andere Faktoren wie das Alter oder das gelesene Geschlecht der Patient*innen als beeinflussende Aspekte für die Entscheidungsfindung im Sinne einer intersektionalen Wirkung griff.

Bei der Frage, welche Denkmuster einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen bei der Diagnostik und Therapie von Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund mit HI Symptomatik haben könnten, wurden somit im Rahmen dieser Studie klare Ergebnisse herausgearbeitet. Generell ließ sich wiedererkennen, dass auch Ärzt*innen dem institutionellen Rassismus unterliegen, was wiederum Auswirkungen auf deren Einschätzung der Patient*innen hatte und folglich auch auf die Planung der Diagnostik und Therapie.

5.2 Anwendungsbezug der Ergebnisse

Um eine gleichwertige Versorgung für alle zu versichern, sollten diese wiederkehrenden diskriminierenden Muster von praktizierenden und auszubildenden Ärzt*innen erkannt, thematisiert und reflektiert werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse mit der aktuellen Forschung zu gesundheitlichen Unterschieden in Bezug gesetzt (Kapitel 5.2.1). Danach soll der wiederkehrende Begriff des Stereotyps in einem wissenschaftlichen Kontext verortet werden und Studien zu dem Thema mit Erkenntnissen dieser Arbeit verbunden werden (Kapitel 5.2.2). Abschließend wird sich ausgehend von dem Fokus dieser Studie auf einen breiteren, erweiterten Anwendungsbezug hinzubewegt (Kapitel 5.2.3).

5.2.1 Von konstruierten Gruppen zur Bewusstmachung der Fremdzuschreibung

Bei der Betrachtung und Zusammenführung der Ergebnisse wurde deutlich, dass Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund aufgrund von stereotypen Annahmen anders wahrgenommen und behandelt werden. Diskrepanzen zwischen der gesundheitlichen Situation von Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund und Menschen ohne Migrationshintergrund wurden dabei schon in der Einleitung verdeutlicht. Allerdings stützten sich diese Aussagen auf die statistische Definition dieses Begriffes und nicht (wie in dieser Dissertation) auf die Annahme bzw. die Zuschreibung des Migrationshintergrundes. Die Versorgung von Menschen, die als ‚anders‘ bzw. türkisch wahrgenommen werden ist schwer zu messen, da sich diese Kategorisierung von Ärzt*in zu Ärzt*in unterscheiden kann und viele verschiedene Kriterien eine Rolle spielen können. In der aktuellen Forschung fällt somit auf, dass viele unterschiedliche Gruppen untersucht werden, um Versorgungsunterschiede darzustellen. Bei der Betrachtung von Studien zur psychischen Gesundheit können beispielsweise viele uneinheitliche Gruppenkonstruktionen beobachtet werden. In einer Studie werden Migrant*innen (in jenem Fall als Menschen mit eigener Migrationserfahrung definiert) und nicht-Migrant*innen untersucht (Aichberger *et al.*, 2012) während in anderen ähnlichen Studien der Begriff Migrant*innen anders definiert wird: Menschen mit eigener Migrationserfahrung oder Migrationserfahrung der Eltern (Cantor-Graae, 2005; Swinnen and Selten, 2007). Andere Untersuchungen erheben die Ethnizität (Kirkbride *et al.*, 2008), den Migrationshintergrund (Igel *et al.*, 2010) oder vergleichen Allo- und Autochthone (Bermejo *et al.*, 2010). Hier kann wieder auf die Kritik von El-Mafaalani hingewiesen werden, welcher vor der Gefahr der Erstellung von „superdiverse[n] Großgruppe[n]“ (El-Mafaalani, 2017, S.472) warnt. Tatsächlich sind solche konstruierten Aufteilungen nicht sehr aussagekräftig; ausschlaggebend ist aber – wie in dieser Arbeit verdeutlicht – wie Patient*innen von den Behandelnden wahrgenommen werden. Ein solcher differenzierter Zugang lässt sich bis heute allerdings nicht innerhalb der Versorgungsforschung wiederfinden. Wie oben angedeutet, gibt es viele Studien zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Migrationshintergrund, Migrant*innen oder ähnlich weite, verallgemeinernde Kategorien. Diese konstruierten Gruppen, welche teilweise wenig gemeinsam haben, werden ‚in einen Topf geworfen‘ was dazu führt, dass keine klare Identifizierung von verursachenden Zuständen für gesundheitliche Ungleichheiten durch die Ergebnisse deutlich wird. Die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit können also

schwer innerhalb eines größeren Forschungsrahmens platziert oder gar verglichen werden, da in dieser Arbeit nicht die Einteilung in eine konstruierte Kategorie determinierend war, sondern die Zuschreibung oder Annahme des ‚Andersseins‘ bzw. des ‚türkischen Migrationshintergrundes‘. So wären weitere Studien zur (somatischen und psychischen) Gesundheit von Menschen, die von ‚außen‘ als türkisch wahrgenommen werden, von Nöten, um die Ergebnisse dieser Arbeit auszuweiten und zu untermauern. Außerdem wird deutlich, dass die Untersuchung von Versorgungsunterschieden aufgrund von Faktoren wie Migration und Diskriminierungserfahrungen eine besondere, differenzierte Auseinandersetzung mit der zu untersuchenden Stichprobe verlangt. Bezeichnend hierfür kann auf die Interviews 1019 und 1115 hingewiesen werden, in der von „chinesische[...] Patienten“ oder auch von der „kasachisch russischen Gemeinde“ gesprochen wurde und sich ähnliche Prozesse beobachten ließen wie bei den restlichen Interviews, in dem auf den angenommenen türkischen Migrationshintergrund Bezug genommen wurde. Zusätzlich kann auch auf den möglichen Effekt intersektionaler Diskriminierung hingewiesen werden, welche die Diskriminierungsprozesse nochmal beeinflussen können (s. Tabelle 15). Somit soll hier auch die weitere Benutzung des Konstrukts ‚Migrationshintergrund‘ für die (u.a. Versorgungs-)Forschung infrage gestellt und daran appelliert werden, vielmehr die in dieser Studie oft beobachtete Dichotomisierung des zugeschriebenen *Andersseins* und des Eigenen (‚Wir‘) als Realität anzuerkennen und in der weiteren Forschung als Kriterium mit einfließen zu lassen. Ein möglicher Ansatz wäre dabei der, in der Statistik von europäische Menschenrechtsaktivist*innen vorgeschlagene Konzept der *auto-hetero perception* (Chopin et al., 2014). Dieser Begriff soll eine Möglichkeit zur Selbstauskunft über erfahrene Fremdzuschreibung darstellen, die persönlichen Erfahrungen der zu untersuchenden Menschen mit einfließen lassen und somit eine Fremdkategorisierung durch die Forschenden vermeiden.

5.2.2 Das stereotype Denken als Werkzeug der ärztlichen Entscheidungsfindung

Die vorliegende Untersuchung gibt zudem Hinweise darauf, dass Stereotypen und stereotypes Denken die Entscheidungsfindung von Ärzt*innen bedeutend prägen. Zur weiteren Ausarbeitung dieser Beobachtungen ist es daher notwendig, den Begriff ‚Stereotyp‘ zu definieren. Hierfür wird sich auf Bodenhausen gestützt, der jahrelang zu dieser Thematik forschte:

“Most fundamentally, stereotyping is a process through which we come to judge other people and respond to them in terms of their social category memberships, such as their sex or their ethnicity or their age group. The hallmark of stereotyping is that we come to treat the individual who is a member of such a category as functionally interchangeable with any other member of that category. For most intents and purposes, we see them and define them as part of that category and not much beyond it.” (Bodenhausen, 2005, S.112)

Mit dem Wissen, dass sich die Interviewten auf stereotype Annahmen als Ausgangspunkt ihrer Entscheidungstypen stützten, sollen hier die möglichen Konsequenzen eines solchen Verhaltens diskutiert werden und der Prozess der Stereotypisierung näher beschrieben werden. Das Kernproblem von Stereotypen erscheint darin, dass sich für deren Entstehung nicht auf Fakten bezogen wird, sondern auf Vorurteile und gefühlte Wahrheiten. Besteht ein Stereotyp, schafft dieser es u.a. durch den Prozess der *illusory correlation* (Hamilton and Rose, 1980) bestehen zu bleiben. Illustrierend dafür kann auf eine Studie von Bodenhausen hingewiesen werden, in der verschiedene Akten von Ärzt*innen hinsichtlich der Compliance³⁸ der Patient*innen analysiert wurden. Der Anteil an jungen und alten Menschen in diesem Dossier, die nicht compliant [sic] waren, waren dabei exakt gleich. Trotz dessen waren die Ärzt*innen am Ende überzeugt, die älteren Patient*innen seien weniger compliant als die jüngeren. So wird deutlich, dass stereotype Erwartungen (in diesem Fall: ältere Patient*innen sind weniger compliant) dazu führen, die Wahrnehmung zugunsten des Stereotyps zu verzerren. Am Ende entsteht das Gefühl, die vorliegende Situation würde das Stereotyp bestätigen oder sogar belegen (Bodenhausen, 2005). Erweiternd dazu fallen in einem von Deaux sowie auch Sekaquaptewa beschriebenen Phänomen Parallelen zu den Beobachtungen im Kapitel 5.1.2. (Ausweichmechanismen um mit Diskrepanzen zwischen dem Geschilderten der Patient*innen und den stereotypen Erwartungen der Ärzt*innen umzugehen, s. Tabelle 10) auf. So wurde nachgewiesen, dass auch beim Auftreten von Diskrepanzen zwischen stereotypen Erwartungen und dem tatsächlich Beobachteten, alternative Erklärungen konstruiert werden, die das vom Stereotyp abweichende Verhalten mit situativen oder temporären Faktoren assoziieren (Deaux, 1976; Sekaquaptewa *et al.*, 2003). Außerdem können Stereotype dazu führen, dass

³⁸ Zum Begriff Compliance s. Fußnote 9

Situationen verzerrt wahrgenommen werden und individualisierende Informationen vernachlässigt werden (Bodenhausen, 2005). Studien weisen zudem darauf hin, dass das stereotype Denken mit einem niedrigeren kognitiven Aufwand einhergeht als das individualistische Denken. Menschen tendieren dazu, bei komplexen Entscheidungen eher auf Stereotype zurückzugreifen als bei einfachen (Bodenhausen and Lichtenstein, 1987). Bodenhausen beleuchtet dies in einer Studie, in der herausgearbeitet wird, dass sich ‚frühe Vögel‘ (Frühaufsteher) eher nachmittags/abends von Stereotypen leiten lassen während sogenannte ‚Nachteulen‘ dies vormittags taten (Bodenhausen, 1990). Die ärztliche Entscheidungsfindung weist in dieser Hinsicht eine Komplexität auf, indem eine bedeutende Ambivalenz sichtbar wird: das ‚Schubladendenken‘ erscheint einerseits als unausweichliche zielgerichtete Stereotypisierung, dessen Limitierungen sich allerdings bewusst gemacht werden sollen, um mögliche Fehlleitungen zu vermeiden.

Analog zum Konzept des Stereotyps wurden in den Interviews oft Begriffe wie Intuition oder Bauchgefühl genannt, um die Entscheidungsfindung zu erklären. Auch diese sind, wie das Stereotyp, bis zu einem gewissen Grad wichtige Behandlungshilfen, können jedoch auch Entscheidungsfehler begünstigen, wenn sie unreflektiert bleiben (Braun and Mader, 2005). Nun wird oft angenommen, dass eine effektive und realistische Entscheidungsfindung in der Alltagsrealität einer hausärztlichen Praxis nicht ohne Stereotypisierung funktionieren könne. Diese Annahme kann allerdings durch das Konzept der Individuation ergänzt werden, welche die stereotypen Einteilungen nicht negiert, sondern vielmehr dazu bewegt, darüber hinaus zu sehen und andere Faktoren in die Wahrnehmung mit einfließen zu lassen:

“This process does not necessarily involve ignoring people’s social category memberships, including their sex or their ethnicity, but it does imply going beyond such factors to look at a broader constellation of characteristics that make that individual unique, and not someone who’s functionally interchangeable with other members of his or her category.” (Bodenhausen, 2005, S.112)

Bei der realistischen Betrachtungsweise, dass stereotypes Denken und Entscheidungen nicht einfach löschar und mit individualistischem Denken ersetzbar sind, sollten allerdings auch Ansätze entwickelt werden, um mit dieser, sofern das Stereotyp das Handeln ausschließlich leitet, potenziell gefährlichen Realität umzugehen. Daher scheint für einen konstruktiven Umgang mit den möglichen resultierenden

diagnostischen Fehlern aus Stereotypisierung sowie Bauchgefühl und Intuition³⁹ eine medizinische Fehlerkultur notwendig, die Entscheidungs- und Diagnostikfehler überhaupt anerkennt und Individuen zugesteht. Nach Khullar ist dies aber nicht der Fall:

By failing to actively acknowledge and address the growing health and economic costs of diagnostic errors, we miss an important opportunity to provide better care for patients and realize better financial performance for health systems.“ (Khullar et al., 2015)⁴⁰.

Dazu kommt, dass Daten zu Fehlern im ambulanten Sektor in Deutschland nicht vorhanden sind (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2010). So bleiben die Konsequenzen von stereotypisierenden, diskriminierenden Entscheidungen mehrheitlich unverarbeitet und unsichtbar.

5.2.3 Erweiterung des Anwendungsbezugs

Bei der Diskussion der Ergebnisse ist es außerdem wichtig, die interpretierten Interviews nochmal innerhalb aller durchgeführten Interviews zu positionieren. Von 128 Teilnehmenden bekam die Hälfte (64) eine Vignette mit einer der ‚Yildiz‘ Patient*innen zu sehen. Davon äußerten sich 16, also 25% (sowie auch fünf weitere Ärzt*innen, die eine Schmidt-Vignette sahen) zu der in dieser Arbeit bearbeiteten Thematik und zeigten eine (variierend ausgeprägte) diskriminierende Einstellung dazu. Diese Arbeit soll (und kann) keinen Umfang quantifizieren und das Verhalten von Ärzt*innen pauschalisieren. So können diese 25% als Prozentzahl nicht ohne Weiteres auf einen größeren Rahmen übertragen werden. Was hier aber deutlich wird, ist das Vorhandensein von wiederkehrenden Strukturen des Denkens und Handels. Die Systematik solcher Strukturen, die keine Einzelfälle abbilden, darf hier also nicht vernachlässigt werden.

Bei einer solchen weitreichenden Diskussion über die Implikationen der Ergebnisse soll außerdem nicht vergessen werden, dass sich diese Arbeit lediglich auf eine Symptomkonstellation konzentriert und ihre direkte Aussagekraft somit natürlich auf diese reduziert ist. Trotz allem ist es vorstellbar und, da es sich um Strukturen des Denkens und Handelns handelt, durchaus plausibel, dass sich die beobachteten

³⁹ Hierbei sollen die Rolle von Bauchgefühl und Intuition als mögliche zentrale Richtungsgeber bei Beispielsweise schweren Erkrankungen (vgl. Hjertholm *et al.*, 2014) nicht widersprochen werden, sondern lediglich dessen Grenzen hervorgehoben werden.

⁴⁰ Auch wenn es in Krankenhäuser (CIRS) und in hausärztliche Praxen (www.jederfehlerzaehlt.de) Fehlermeldesysteme gibt, sind deren Benutzung und Reichweite offensichtlich nicht ausreichend.

Denkmuster auch unabhängig von den geäußerten Symptomen wiederfinden lassen. Es könnte beispielsweise denkbar sein, dass der ressourcenorientierte oder der paternalistische Typ die Entscheidungsfindung auch bei einer anderen Symptomkonstellation ähnlich wie bei der hier analysierten Fragestellung gestalten, wenn sie mit Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund konfrontiert werden. Tatsächlich war für die drei Entscheidungstypen der leitende Ausgangspunkt nicht unbedingt die HI, sondern vielmehr stereotype Vorstellungen (s. Abbildung 8). So würde beispielsweise das Stereotyp des Mittelmeersyndroms auch bei Schwindelsymptomatik oder auch Gelenkschmerzen greifen können und die Relevanz der Ergebnisse somit über die Herzinsuffizienzsymptomatik hinausgehen. Dieser Ansatzpunkt wird von diversen internationalen Studien unterstützt, in denen institutioneller Rassismus in der ärztlichen Entscheidungsfindung sowie auch bei Medizinstudierenden als relevanter und beeinflussender Faktor dargestellt wird (Calabrese *et al.*, 2018; Breathett *et al.*, 2018; Came, 2014; Dehon *et al.*, 2017; Haider *et al.*, 2014; Harris *et al.*, 2018; Oliver *et al.*, 2014; Ryn *et al.*, 2011). Es wird also deutlich, dass die geführten Interviews sich in einen größeren Rahmen einbetten lassen, in dem Rassismus als weitreichendes systemisches Konstrukt wirkt. Dies steht im klaren Kontrast zur gängigen Darstellung rassistisch motivierter Taten, die oft als Einzelfälle erzählt werden und dazu beitragen, ein Bild von Rassismus als ausschließlich individuelles, extremistisches Problem zu zeichnen. Die Gefahr dessen wird von Sequeira passend zusammengefasst:

„Wenn Rassismus als Phänomen nicht existiert und als Einzelfall gedeutet wird, gibt es entsprechend wenige Kenntnisse darüber, wie Rassismus im Alltag erkannt, bekämpft und vorgebeugt werden kann.“ (Sequeira, 2015, S.45)

Rassismus als Einzelfälle abzubilden banalisiert und verfälscht somit die eigentliche Wirkung entsprechender Strukturen. Dem kann u.a. durch die Ergebnisse dieser Dissertation klar widersprochen werden, indem – kontrastierend zur Darstellung des individuellen extremistischen Rassismus – ein Bild von einem Rassismus verdeutlicht wird, welcher im Alltag gegenwärtig ist.

5.3 Reflexion der Methoden

Um die bei der qualitativen Datenanalyse bestehende Gefahr der Produktion zu stark einseitig gefärbter Ergebnisse weitgehend zu vermeiden, wurden die Interpretationstexte möglichst oft im Rahmen einer Arbeitsgruppe interpretiert und/oder die schon ausformulierten Interpretationstexte in der Gruppe zur Besprechung und Überarbeitung vorgelegt. Durch diese Vorgänge wurde angestrebt, die Qualität und Validität der Interpretationstexte zu steigern und mehrere Sichtweisen einzubeziehen. Zudem wurde in der Analyse die eigene Perspektive immer wieder kritisch hinterfragt. Die intersubjektivität der Ergebnisse wird aber auch durch die in die Arbeit implementierte Einbindung von mehreren Interviews und Erstellung von Typen gesteigert. Tatsächlich bestätigt Bohnsack, dass die dokumentarische Interpretation „umso mehr methodisch kontrollierbar [wird], je mehr die Vergleichshorizonte des Interpreteten empirisch fundiert und somit intersubjektiv nachvollziehbar und überprüfbar sind“ (Bohnsack, 2014, S.139).

Die angewandte dokumentarische Methode orientiert sich vor allem an Nohl (Nohl, 2017), der seine Datenerhebungen unter anderem mit narrativen Einzelinterviews durchführt. Dabei stellt sich eine besondere Situation dar: anders als bei Gruppendiskussionen, in denen Menschen mit einem gleichen Erfahrungsraum miteinander interagieren können und so der Dokumentensinn aus den Beobachtungen herausgearbeitet werden kann, stellen Einzelinterviews zunächst eine gewisse Herausforderung für die Interpretation dar. Um die fehlende Interaktion zu ersetzen, müssen die Interviewteilnehmer*innen dazu bewegt werden, sich in ihren eigenen Erzählungen und Beschreibungen zu verstricken. Dies wird vor allem durch eine offene Erzählaufforderung und die darauffolgende Erzählung, die dem Gestaltschließungszwang folgt, befördert. Das heißt, dass die zurückhaltende Position der Interviewer*in dazu führt, dass die Erzählung erst dann beendet wird, wenn sie vollständig dargebracht wurde. Auf diese Weise wird die Kontrolle der Erzählung reduziert und auch solche Inhalte angesprochen, die ansonsten nicht explizit geworden wären. Die intendierte Selbstdarstellung und die tatsächliche Erzählung können somit manchmal in Konflikt geraten. Erst so bieten die erhobenen Daten einen Anknüpfungspunkt für die Forscher*innen. Tatsächlich „liegt jeder Handlungspraxis eine Prozessstruktur zugrunde, die sich in den Erzählungen und Beschreibungen der Interviewten als deren ‚atheoretisches Wissen‘ (vgl. Mannheim 1964a, 100) dokumentiert“ (Bohnsack *et al.*, 2013, S.44). Die Dichte an Erzählungen und Beschreibungen innerhalb eines Interviews

lässt sich allerdings vor der Erhebung nicht bestimmen und es kann lediglich dafür gesorgt werden, günstige Voraussetzungen für die Verwendung einer solchen Textsorte zu schaffen (narratives Interview mit Stegreiferzählung, offene immanente und exmanente Fragen stellen). Während der Konzipierung des DISPAR-HF Projektes wurde aus diesem Grund methodisch darauf geachtet, Platz für Erzählungen und Beschreibungen entstehen zu lassen. Auch wenn diverse Erzählungen und Beschreibungen in den durchgeführten Interviews zu Stande kamen, waren auch viele Argumentationen und Bewertungen vorzufinden. Diese Situation spiegelt auch die Herausforderung wider, mit Ärzt*innen im beruflichen Kontext narrative Interviews durchzuführen, da sie dazu tendieren können, eine Expert*innenrolle einzunehmen und somit nicht zu erzählen, sondern zu erklären und zu argumentieren. Die erstellten Interviewtranskripte wurden aus diesem Grund in der reflektierenden Interpretation nicht nach Textsorten sequenziert, sondern nach Diskurstypen (Przyborski, 2004). Für weitere Forschung zu dieser Thematik wäre es von Vorteil, solche Schwierigkeiten zu vermeiden, indem beispielsweise eine Interviewsituation geschaffen wird, die Bezug auf echte Patient*innen und selbst erlebte Erfahrungen der Ärzt*innen nimmt und somit den Erzählprozess noch stärker unterstützen.

Trotz dieser verschiedenen Limitierungen bleibt diese Arbeit in ihren Implikationen für die Praxis relevant und eröffnet einen Horizont für mögliche zukünftige Studien. Ein wichtiger und besonderer Ansatz war hier der Fokus auf die Rolle der Ärzt*innen für die Entscheidungsfindung und die damit einhergehende Diagnostik und Therapie. Tatsächlich sollte in der Versorgungsforschung nicht außer Acht gelassen werden, dass Ärzt*innen auch Menschen sind und deren Handeln dementsprechend variieren kann, beeinflussbar und nicht normierbar ist. Diese Realität repräsentiert eine Chance für die medizinische Versorgung, da Ärzt*innen die Komplexität und Individualität von einzelnen Menschen sowie ihre Krankheitsbilder und -geschichten begreifen können. Andererseits sollte nicht vergessen werden, dass sie auch ein integraler Teil der Gesellschaft sind und somit von bestehenden Strukturen genauso beeinflusst werden (wie beispielsweise dem institutionellen Rassismus). Die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen gestaltet sich außerdem oft im Rahmen von diversen hierarchischen Faktoren. Die Natur einer solchen Beziehung impliziert fast immer ein Machtverhältnis, da ein*e Patient*in mit Beschwerden (und somit auch Fragen und Unwissenheit) zur behandelnden Person geht. Diese Person verfügt durch ihr Wissen über eine hierarchisch

dominierende Position gegenüber den Patient*innen. Außerdem ist Studieren (das Medizinstudium noch stärker) nicht für alle Menschen gleich zugänglich und führt dazu, dass das sowieso schon vorhandenen Machtgefälle durch ein starkes soziales Privileg verschärft werden kann (Middendorff *et al.*, 2012, S.98). Diese dominante Position beeinflusst dementsprechend die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Um die Wirkung von Diskriminierung zu untersuchen, muss, so Arndt mit Verweis auf Morrisson, der Einfluss der Subjekte betrachtet werden:

„In ihrem Essay Playing in the Dark hat Toni Morrisson 1992 darauf hingewiesen, dass jede Analyse von Herrschaftsmustern an Grenzen geraten müsse, wenn sie sich allein auf deren Objekte [d.h. die verobjektivierten Individuen, Anm. CG] konzentriert. Erst wenn man auch die Subjekte der Herrschaft in die Betrachtung einbeziehe, können sich ein komplexeres und dynamischeres Verständnis für die Mechanismen und Wirkungsformen von Herrschaftsprozessen entwickeln.“ (Arndt, 2006, S.13)

Genau an dieser Stelle setzt diese Arbeit methodisch an und will von einem, in der medizinischen Forschung oftmals vorhandenen, herrschaftlich geprägten Blick von Patient*innen als *Objekte* (wobei beurteilt wird, welches Verhalten beispielsweise von Menschen mit Migrationshintergrund zu einem schlechteren Gesundheitszustand führt) hin zur Betrachtung des *Subjekts* (wobei die Frage gestellt wird, welches Handeln ärztlicherseits zu einem schlechteren Gesundheitszustand für Menschen mit angenommenem Migrationshintergrund führen könnte) lenken. Dieser Blickwechsel repräsentiert eine nicht zu vernachlässigende Stärke, da dadurch ein höchstrelevantes und trotzdem wenig erforschtes Thema aufgegriffen und somit eine Forschungslücke aufgedeckt wird, die eine beachtenswerte medizinische wie zugleich auch gesellschaftliche Relevanz in sich trägt.

Der qualitative Ansatz dieser Arbeit erwies sich außerdem als eine effektive und erforderliche Methode zur Aufdeckung von Strukturen des Denkens und Handelns, die die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung von DISPAR-HF erweitern und vertiefen konnten. Solche Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit Versorgungsforschung auch anhand von qualitativer Forschung durchzuführen. So konnten manche bestehenden Vorgänge überhaupt erst aufgedeckt und quantitativ erhobene Disparitäten erklärt werden, um schließlich konkretere Lösungsansätze formulieren zu können. Der qualitative Ansatz erscheint außerdem besonders unter der Betrachtung dessen wichtig,

dass es sich in der deutschen Versorgungsforschung bis jetzt als schwierig erwiesen hat, Gründe für Versorgungsunterschiede von Menschen mit (angenommenem) Migrationshintergrund zu verdeutlichen.

5.4 Implikationen für die Forschungs-, Bildungs- und Versorgungspraxis

Bei der Auswertung der Interviews fiel auf, dass der angenommene Migrationshintergrund von den teilnehmenden Ärzt*innen als Problem in der Versorgung wahrgenommen wurde. Diese Problematisierung erschien wiederum leitend für das weitere ärztliche Vorgehen zu sein, da sich daraus überhaupt die unterschiedlichen erhobenen, potenziell gefährlichen Handlungsmuster ergaben. Diese Situation bildet aus diesem Grund eine wichtige Ansatzstelle, aus der sich mögliche Implikationen für die Praxis erarbeiten lassen. Der erste Anhaltspunkt für einen gesellschaftlichen und medizinischen Wandel wäre, eine andere Wahrnehmung und Darstellung von Patient*innen mit angenommenem Migrationshintergrund (also von nicht-Weißen Patient*innen) zu fördern. Wie es zunehmend in der (Bildungs-)Forschung dargestellt wird, sollte Diversität nicht durchgehend als Problem und schwierige Herausforderung verhandelt, sondern auch als Chance und Bereicherung (OECD, 2010) für die alltagsmedizinische Versorgungspraxis gesehen werden, die beispielhaft den Mehrwert mit unterschiedlichen Menschen und unterschiedlichen Bedürfnissen zu arbeiten, unterstreicht. Dieses Paradigma, welches dem der Heterogenität⁴¹ entgegenwirkt, eröffnet eine alternative Wahrnehmung vom (voneinander)Lernen, welches „Menschen als Individuen mit multiplen und komplexen Identitäten und Diversität der Interessen und Begabungen“ (Sliwka, 2012, S.172) darstellt. Um einen solchen Umgang auch innerhalb der medizinischen Forschung und Praxis zu fördern, wird die Auseinandersetzung mit struktureller Diskriminierung als Realität und großflächige antidiskriminierende Arbeit und Aufklärung auch innerhalb der Medizin notwendig. Dafür muss auch der Rassismus als Begriff und Konstrukt thematisiert und unter Hervorhebung seiner Differenziertheit in den alltäglichen Sprachgebrauch überführt werden. Bisher wird Rassismus (u.a.) in Deutschland oft mit rechtsextremistischen Denk- und Verhaltensweisen gleichgesetzt,

⁴¹ Im Kontrast zum Paradigma der Diversität stellt der Paradigma der Heterogenität die Unterschiedlichkeit der Lernenden als Herausforderung dar (Sliwka, 2010)

darf aber nicht mehr nur als solches dargestellt werden⁴². Es sollte ein gesamtgesellschaftliches – und damit über die Medizin hinausgehendes – Ziel sein, Rassismus klar und differenziert benennen und Konsequenzen daraus ziehen zu können. Dabei kann auf das Konzept der institutionellen Diskriminierung zurückgegriffen werden, in dem „zur Erklärung von Ungleichheitsphänomenen der Blick von den betroffenen oder beteiligten Individuen [weggelenkt wird] und auf die soziale Strukturierung diskriminierender Handlungen und ihre Einbettung in institutionelle und organisatorische Kontexte [neu ausgerichtet wird]“ (Gomolla and Radtke, 2007, S.43). Nach Rommelspacher soll Rassismus dementsprechend nicht nur als individueller Prozess verstanden werden, sondern spiegelt „immer ein gesellschaftliches Verhältnis“ (Rommelspacher, 2011, S.29) wider. Dieses gesellschaftliche Verhältnis wirkt auf vielen Ebenen und Schweregraden, wie beispielsweise in der Wahrnehmung und Beurteilung von Patient*innen innerhalb der hausärztlichen Praxis. Um dagegen vorzugehen, wäre es nachhaltig wirksam, schon während des Medizinstudiums wiederkehrende Unterrichtseinheiten zum Oberthema Diskriminierung (also Rassismus aber auch Sexismus, Ableismus, Fettfeindlichkeit, Heteronormativität, antimuslimischer Rassismus u.v.m.) in das Curriculum zu integrieren. Dabei könnte auf das vielfältige Feld der Antidiskriminierungsarbeit zurückgegriffen und ausgebildete Menschen in den Prozess eingebunden werden. Als Positivbeispiel kann die medizinische Fakultät der Universität zu Köln genannt werden, welche das Ziel verfolgt „Gender und Diversity Aspekte stärker in das Studium zu integrieren“ (Medizinische Fakultät der Universität zu Köln, 2019). Auch am UKE werden bereits Lehreinheiten angeboten, in denen Raum für Themen wie Diskriminierung und Rassismus in der Medizin geschaffen werden könnte, wie beispielsweise der 2nd Track *Intermed* (interkulturelle Kompetenz und internationale Medizin) am Institut und Poliklinik der Allgemeinmedizin. Darüber hinaus erscheint es wichtig in der medizinischen (v.a. aber nicht nur) Versorgungsforschung die Notwendigkeit sich mit dem Themenkomplex Rassismus in der Medizin auseinanderzusetzen, anzuerkennen. So könnte ein besseres Bild der Situation in

⁴² Rommelspacher weist dabei auf bedeutende Gründe, die dazu führen, dass dieser Begriff in Deutschland weitestgehend vermieden wird. Zuerst wird auf die gängige Assoziation zum Nationalsozialismus hingewiesen, die dazu führt, dass vielen der Begriff für alltägliche Situationen ungeeignet erscheint (wobei „die Verbrechen des Nationalsozialismus sich auf eine breite Palette von Ausgrenzungspraxen stützten und so auch all die alltäglichen Formen von Rassismus umfassten“). Zum anderen wird Kolonialismus und die eigene Kolonialgeschichte, welche in engem Zusammenhang mit Rassismus steht, in Deutschland wenig bis gar nicht reflektiert und scheint somit „hinter dem Nationalsozialismus zu verschwinden“. (Rommelspacher, 2011, S.32f)

Deutschland gezeichnet werden und konkrete Handlungsstrategien entwickelt werden. Diese Ansätze mögen allgemein und großflächig wirken, das dargestellte Problem ist es aber letztendlich auch: genauso wie die Problematik komplex, vielfältig ist und weit über das Feld der Medizin hinausgeht, müssen es die möglichen Lösungsansätze auch sein.

Der erste bedeutsame Schritt bleibt trotz allem bei der Anerkennung und Bewusstmachung der tiefgreifenden Strukturen, die zur Diskriminierung führen. So zeichnet sich die Eigenreflexion als ein machtvolles Mittel aus, welches aus der Position von Ärzt*innen schon grundlegende Änderungen herbeiführen könnte, da Behandelnde Entscheidungspositionen vertreten. Konkret und anschließend an die Ergebnisse dieser Dissertation soll auf den herausgearbeiteten reflektierenden Typ hingewiesen werden, welcher genau diese Schritte einleitet: eine Bewusstmachung und Infragestellung von stereotypen, diskriminierenden, internalisierten Bildern während der Entscheidungsfindung. Hierbei geht es ausdrücklich nicht darum, stereotype Bilder, die während der Entscheidungsfindung entstehen, zu unterdrücken und das Kategoriendenken zu verurteilen, da genau dieses Vorgehen nämlich auch helfen kann strukturierter und effektiver in einem von Zeitdruck geprägten Alltag zu ‚funktionieren‘. Vielmehr geht es darum, diese Bilder zu reflektieren, immer wieder die Individualität der Patient*innen ins Zentrum zu stellen und sich nicht von Vorannahmen und -urteilen leiten zu lassen. Diese Denkweise kann zugegebenermaßen einen zusätzlichen Zeit- und Energieaufwand bedeuten, aber genau das sind wir den Patient*innen, die innerhalb des deutschen Gesundheitssystem stark benachteiligt sind, schuldig.

„Race does not exist. But it does kill people.” (Guillaumin, 1995, S.107)

6 Zusammenfassung / Summary

Hintergrund Die Herzinsuffizienz ist durch ihre weite Verbreitung und ihre gravierenden Konsequenzen eine nicht zu vernachlässigende Erkrankung. Dabei sollte die Relevanz der hausärztlichen Entscheidungsfindung für eine rechtzeitige und angemessene Diagnostik und Therapie ins Auge gefasst werden. Die Versorgung von Menschen mit angenommenem türkischem Migrationshintergrund wird in dieser Arbeit in den Fokus gerückt, da sie als größte Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Gesundheitssystem systematisch diskriminiert werden.

Fragestellung Welche Einflussnahme hat der angenommene türkische Migrationshintergrund auf die hausärztliche Entscheidungsfindung bei Patient*innen mit Herzinsuffizienzsymptomatik?

Material und Methoden Es wurden 128 Interviews mit Hausärzt*innen aus dem Hamburger In- und Umland durchgeführt. Zur Ausarbeitung der Ergebnisse wurden die Interviews mithilfe der dokumentarischen Methode analysiert.

Ergebnisse Die drei herausgearbeiteten sinngenetischen Typen stellen die von den Ärzt*innen konstruierten Handlungsmöglichkeiten dar, um damit umgehen zu können, ein*e Patient*in zu behandeln, welche*r als ‚anders‘ wahrgenommen wird. Dafür wird entweder die Schuld für die sich möglicherweise ergebenden Schwierigkeiten den Patient*innen zugeschrieben (ressourcenorientiert), oder eine Rolle eingenommen, welche sich anmaßt, grundsätzlich zu wissen, was für die Patient*innen ‚gut und richtig‘ ist (paternalistisch). Kontrastierend dazu stellt der reflektierende Typ die Klassifizierung der Patient*innen als ‚anders‘ infrage. Die soziogenetische Interpretation zeigt, dass die herausgearbeiteten Handlungsmuster nicht abhängig von den untersuchten soziogenetischen Typen (Berufserfahrung, Gender, eigene Rassismuserfahrungen) sind und eher eine allgegenwärtige, diskriminierende Gesellschaftsstruktur widerspiegeln.

Diskussion Die Auseinandersetzung mit struktureller Diskriminierung als Realität sowie großflächiger antidiskriminierender Arbeit und Aufklärung erscheint innerhalb der Medizin genauso notwendig wie in anderen Fachbereichen. Es sollten schon während des Medizinstudiums Unterrichtseinheiten zum Oberthema Diskriminierung in das Curriculum integriert werden. Eigenreflexion zeichnet sich dabei als ein machtvolleres Mittel aus, das schon grundlegende Änderungen herbeiführen könnte, da Ärzt*innen Entscheidungspositionen vertreten.

Background Because of its widespread and serious consequences, heart failure is a highly relevant disease for the medical system. The decision making of general practitioners for a timely and appropriate diagnostic and therapy is therefore highly relevant in this context. The situation of people with a Turkish migrant background is centred in this work because they represent the largest group of people with a migrant background in Germany and are systematically discriminated in the German medical system.

Question Which influence does the assumed Turkish migrant background have on the decision making of general practitioners considering patients presenting heart failure symptoms?

Material and methods 128 interviews were conducted with general practitioners from Hamburg and its surroundings. The interviews were interpreted using the documentary method.

Results The three types that were carved out for the analysis display the constructed action possibilities to deal with the treatment of patients that are perceived as ‘different’ by the doctors. For this, the fault linked to the possibly produced difficulties was projected onto the patients (resource-oriented type), or the doctors took on a role in which they presumed to know what is ‘good and right’ for the patients (paternalist type). The reflective type questions the classification of the patients as ‘different’ in contrast to the two previous types. The second interpretative part shows that the carved-out action possibilities are not dependent on the considered sociogenetic types (age/experience, gender, personal racism experience) but are more so the mirror of a ubiquitous discriminating societal structure.

Discussion The problematization of structural discrimination as a reality as well as extensive anti-discriminating work and information appears as vital in the medical field as in other fields. Teaching units during the medical studies about the umbrella theme ‘discrimination’ should be integrated in the curriculum. Furthermore, individual reflexion appears as a powerful measure which could initiate fundamental changes because of the positions of power which doctors take up.

7 Abkürzungsverzeichnis

BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DISPAR-HF	Disparities in the diagnosis and treatment of women and men with heart failure
EF	Ejektionsfraktion
HFpEF	Heart failure with preserved ejection fraction
HFrEF	Heart failure with reduced ejection fraction
HI	Herzinsuffizienz
ICESCR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
IPA	Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin
KHK	Koronare Herzkrankheit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LVEF	Linksventrikuläre Ejektionsfraktion
NYHA	New York Heart Association
PISA	Programme for International Student Assessment
POC	Person/People of Colour
TCM	Traditionell chinesische Medizin
TdA	Tag der Allgemeinmedizin

8 Anhang

Anhang 1a, Rekrutierungsunterlagen – Einladungsbrief



Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Direktor:
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Institut für Medizinische Soziologie
Direktor:
Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Gabriella Marx
Telefon: (040) 7410 - 57159
Fax: (040) 7410 - 53681
g.marx@uke.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinistraße 52 | 20246 Hamburg
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Anrede
Vorname Name
Straße Hausnummer
PLZ Ort

Hamburg, Datum

Einladung zur Studienteilnahme

Sehr geehrter Anrede Name,

gemeinsam mit dem Institut für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf führen wir ein Forschungsprojekt zum Thema „**Diagnostische und therapeutische Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Praxis**“ durch. Diese Studie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Ziel und Umsetzung der Studie

In der Studie untersuchen wir die Entscheidungswege von Hausärztinnen und Hausärzten mit Bezug auf Diagnostik und Therapie mit dem Ziel etwaige Optimierungspotenziale zu identifizieren. Dafür möchten wir hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten eine eigens produzierte Videovignette eines typischen Konsultationsgesprächs mit einer Länge von etwa 7 Minuten (durchschnittliche Konsultationszeit) vorspielen. Im Anschluss daran wird ein Interview, bestehend aus geschlossenen und offenen Fragen, zu dem zuvor gesehenen Gespräch geführt werden.

Ihre Unterstützung ist uns wichtig!

Sie wurden per Zufallsauswahl für die Teilnahme an der Studie ausgewählt und wir möchten Sie hiermit einladen, an unserer Studie teilzunehmen und damit zu deren Erfolg beizutragen.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Nach der Vereinbarung eines Termins würden wir mit einem Laptop zu Ihnen in die Praxis kommen, Ihnen das Video vorspielen und im Anschluss daran das Interview führen. Für unseren Besuch müssten Sie etwa **30 bis 40 Minuten** einplanen. Die genaue Dauer hängt davon ab, wieviel Sie uns in dem offenen Interviewteil erzählen. Vorteilhaft wäre ein Termin in direktem Anschluss an Ihre Sprechstunde. Sie erhalten eine **Aufwandsentschädigung in Höhe von 130 €**.

1/2

Antwortbogen

Anbei finden Sie einen Antwortbogen. Sollten Sie Interesse an der Studie haben, bitten wir Sie für die Planung unserer Stichprobe, die Fragen zu beantworten. Sie können uns den Antwortbogen in dem beiliegenden adressierten und frankierten Rückumschlag zurückschicken oder per Mail (Prof.M.Scherer@uke.de) oder Fax (040 7410 - 53681) an uns senden.

Für **Rückfragen** stehen wir gerne telefonisch unter der Nummer **040 7410 - 56089** zur Verfügung.

Wir würden uns sehr über Ihre Teilnahme freuen. Eine Mitarbeiterin des Projektteams wird sich in den nächsten Tagen telefonisch bei Ihnen melden, um einen Termin zu vereinbaren und Ihnen bei Bedarf weitere Informationen zukommen zu lassen. Bei der **Terminvereinbarung** sind wir sehr flexibel und können uns **ganz nach Ihnen richten**. Gerne stellen wir Ihnen nach Abschluss der Studie die Ergebnisse zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen für das Projektteam,



Dr. Gabriella Marx



Prof. Dr. med. Martin Scherer



Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Anhang 1b, Rekrutierungsunterlagen – Ablaufschema



Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
 Direktor:
 Prof. Dr. med. Martin Scherer
 Martinistr. 52
 20246 Hamburg

Institut für Medizinische Soziologie
 Direktor:
 Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck
 Martinistr. 52
 20246 Hamburg

Ihre Ansprechpartnerin
 Dr. Gabriella Marx
 Telefon: (040) 7410 - 57159
 Fax: (040) 7410 - 53681
 g.marx@uke.de

Ablauf der Studie

Diagnostische und therapeutische Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Praxis



Durch Ihre Teilnahme an unserer Studie tragen Sie zu einem erweiterten Verständnis für diagnostische und therapeutische Prozesse und zur Optimierung von hausärztlichen Entscheidungsprozessen bei.

Anhang 1c, Rekrutierungsunterlagen – Antwortbogen



Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Direktor:
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Institut für Medizinische Soziologie
Direktor:
Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Ihre Ansprechpartnerin
Dr. Gabriella Marx
Telefon: (040) 7410 - 57159
Fax: (040) 7410 - 53681
g.marx@uke.de

Teilnahme an der Studie

Diagnostische und therapeutische Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Praxis

ANTWORTBOGEN

☐ **Ja, ich möchte an der Studie teilnehmen. Bitte vereinbaren Sie einen Termin für ein Interview mit mir.**

Bitte nehmen Sie zu mir Kontakt auf, am besten (Wochentag) _____ von _____ bis _____ Uhr.

Bitte geben Sie hier Ihre Kontaktdaten an:

Titel _____ Name _____ Vorname _____

Adresse der Praxis:

Straße _____ Hausnummer _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefonnummer _____ Durchwahl _____

E-Mail _____

Für die Zusammensetzung der Stichprobe benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person.

Alter: _____ Jahre **Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich

Fachärztliche Ausbildung (Mehrfachnennung möglich):

☐ Allgemeinmedizin ☐ Innere Medizin ☐ Andere, und zwar: _____

Vorwiegend hausärztliche Grundversorgung (d.h. > 50% der Arbeitszeit)

☐ Ja ☐ Nein

Dauer der hausärztlichen Tätigkeit als Facharzt / -ärztin insgesamt (Pausen für Elternzeit o.ä. nicht mitgerechnet):

☐ bis einschließlich 15 Jahre ☐ 16 Jahre und mehr

Aktueller Umfang der regelmäßigen (durchschnittlichen) klinisch-praktischen Tätigkeit:

☐ weniger als 20 Stunden / Woche ☐ 20 und mehr Stunden / Woche

☐ **Ja, ich interessiere mich für die Teilnahme an der Studie, habe aber noch ein paar Fragen.**

Bitte nehmen Sie zu mir Kontakt auf, am besten (Wochentag) _____ von _____ bis _____ Uhr.

Unsere Kontaktdaten für telefonische Rückfragen:

Dr. Gabriella Marx Telefon: (040) 7410 - 57159

Sarah Koens, M.A. Telefon: (040) 7410 - 56089

Anhang 2, Qualitativer Interviewfragebogen weiblich (andere Fassung männlich)

Qualitatives Interview

Einleitung:

Ein Ziel dieser Studie ist es, die ärztlichen Entscheidungswege zu rekonstruieren.

Wir sind besonders daran interessiert, in welcher Situation Ihnen eine mögliche Diagnose zuerst bewusst wurde, wie Sie zu Ihrer Entscheidung gekommen sind und wie Ihr weiteres diagnostisches und therapeutisches Vorgehen wäre.

Offene Erzählaufforderung *[an alle Interviewpartner]*

Ich möchte Sie nun bitten, an den eben dargestellten Fall zurückzudenken.

[auf Screenshot zeigen]

Bitte erzählen Sie mir, was Ihnen im Verlauf der Konsultation von Anfang bis Ende durch den Kopf gegangen ist. Es wäre schön, wenn Sie dabei auf alle Gedanken, Ideen und Aspekte eingehen würden, die für Sie in Bezug auf die Patientin, die Diagnose und die mögliche Therapie eine Rolle gespielt haben, auch jene, die Sie verworfen haben oder wo Sie unsicher sind. Bitte gehen Sie auch auf Einzelheiten ein. Alle Details, die für Sie wichtig sind, sind auch für uns interessant und wichtig.

[Regieanweisung] Ich werde mich jetzt etwas zurückhalten und Sie in Ihrer Schilderung nicht unterbrechen. Ich mache mir aber ein paar Notizen, auf die ich ggf. später zurückkomme.

Bitte sehen Sie nun nicht mehr auf Ihre Aufzeichnungen.

Ergänzende Fragen *[an alle, sofern im Interview nicht oder nur kurz angesprochen]*

Diagnosesicherheit:

Bitte schildern Sie mir noch einmal im Detail, was Sie dazu veranlasst hat, die von Ihnen genannten vorläufigen Diagnosen zu stellen und wie Sie zu der Priorisierung und der Angabe der Sicherheit gekommen sind.

ggf. Nachfrage:

- Was hat Sie dazu veranlasst, Ihre Diagnosen so zu gewichten, wie Sie es getan haben?
- Bitte schildern Sie mir, was die Sicherheit Ihrer Diagnosen beeinflusst hat.
(z.B. Lehrbuchdefinitionen zu Symptomen / Risikofaktoren, eigene Erfahrungen der klinischen Tätigkeit, Zusammentreffen mehrerer Symptome)

Therapie der Herzinsuffizienz [nur, wenn Herzinsuffizienz als mögliche Diagnose genannt wurde]

Sie hatten Herzinsuffizienz als mögliche Diagnose genannt. Stellen Sie sich bitte nun vor, diese Diagnose hat sich durch weitere Tests und Untersuchungen bestätigt.

Bitte schildern Sie mir im Detail, wie Sie nun weiter vorgehen. Was sind Ihre nächsten Schritte? Bitte gehen Sie auch darauf ein, was Sie zu den geplanten Schritten veranlasst hat.

ggf. Nachfrage:

- Bitte schildern Sie, ob, und wenn ja, welche Überweisungen Sie vornehmen und was Sie zu dieser Entscheidung veranlasst hat.
- Bitte schildern Sie, ob, und wenn ja, welche medikamentösen Therapien Sie empfehlen und was Sie zu dieser Entscheidung veranlasst hat.

[Wenn ja, Wirkstoff oder Medikamentennamen und Dosierung nennen!].

Name/Wirkstoff:

Tagesdosis:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- Bitte schildern Sie, ob, und wenn ja, welche nicht-medikamentösen Therapien oder Lebensstiländerungen Sie empfehlen und was Sie zu dieser Entscheidung veranlasst hat.

Leitlinien:

Bitte schildern Sie, ob und inwiefern Sie sich bei Ihrem weiteren Vorgehen auf Leitlinien bezogen haben. Bitte gehen Sie dabei auch auf Details ein.

Abschluss:

Haben Sie noch irgendwelche weiteren Anmerkungen, Ergänzungen oder Ideen zu dem gezeigten Fall?

Anhang 3, Transkriptionsregeln nach Rosenthal 2015

Transkriptionsregeln

,	Kurzes Absetzen (vor und nach dem Komma Leerzeichen setzen)
(3)	Pause, Anzahl in Sekunden
L	Beginn einer Überlappung: IP: Darf ich etwas sagen I: L Ja klar
Oh=nee	Schneller Anschluss, Wortverschleifung, Zusammenziehen
nein	Betonung
NEIN	Laut
'nein'	Leise
Jaaa	Dehnung; je mehr vokale aneinandergereiht werden, desto länger ist die Dehnung
Viellei-	Abbruch (nach dem abgebrochenen Wort Leerzeichen setzen)
((laut lachend))	Kommentar zu nicht verbalen Ereignissen (lachend, lacht, weinend, trinkt, Störungen, Geräusche etc)
/	Einsetzen und Dauer des kommentierten Phänomens z.B. /((lautes Motorengeräusch)) da hab ich gesagt;/ ((lachend)) das war toll/
(doch)	Unsichere Transkription z.B. bei verbal schwer verständlichen Äußerungen
()	Äußerung ist unverständlich; die Länge der Klammer zeigt in etwa die Dauer der unverständlichen Äußerung
//mhm//	Hörersignale, „mhm“ der Interviewerin werden ohne Häkchen (L) im Text des Interviewten notiert Externe Personen werden mit EP (1,2,3) gekennzeichnet //EP: mhm//; bei längeren Textpassagen externer Personen mit eigener Zeile wie Interviewee kennzeichnen
d a h e r	Langsames Sprechen (Leerzeichen zwischen jedem einzelnen Buchstaben)
?	Deutliches Anheben der Stimme
.	Deutliches Absenken der Stimme

Anhang 4, Beispiele für Ausweichmechanismen

„grade ähm Migranten aus dem Bereich ham eben auch zum Teil deutlich- nach meiner Lebenserfahrung deutlich stärker , ähm verlaufende Belastungsreaktionen , Trauerreaktionen wenn erst gerade ihr Angehörige versterben , ähm das kann auch äh solche solch ein Schwächegefühl und diese Müdigkeit durchaus mitbeeinflussen“ (Interview 1046)

„und , wenn die Eltern auch noch gestorben sind und sie atypischerweise für eine türkische , Frau keine Geschwister hat oder die vielleicht auch noch in T- 'in der Türkei leben oder die sie nicht kennt oder wie auch immer also die Umstände sind ja letztendlich alle unklar“ (Interview 1012)

„ähm er ist lange in Deutschland so gut wie er spricht ähm möglicherweise Gastarbeiter der ersten Generation das heißt er hat wahrscheinlich mal geraucht , ähm diese Informationen würde ich alle irgendwo reinnehmen , gar nicht gezielt fragen sondern sie auch zum Teil auch annehmen“ (Interview 1003)

9 Literaturverzeichnis

Adams, A., Buckingham, C.D., Lindenmeyer, A., McKinlay, J.B., Link, C., Marceau, L., Arber, S. (2008) The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociology of Health & Illness*. **30**(1), 1–18.

Aichberger, M.C., Neuner, B., Hapke, U., Rapp, M.A., Schouler-Ocak, M., Busch, M.A. (2012) Der Zusammenhang zwischen Migrationsstatus und depressiven Symptomen in der älteren Bevölkerung in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*. **39**(3), 116–121.

Ambrosy, A.P., Fonarow, G.C., Butler, J., Chioncel, O., Greene, S.J., Vaduganathan, M., Nodari, S., Lam, C.S.P., Sato, N., Shah, A.N., Gheorghiade, M. (2014) The Global Health and Economic Burden of Hospitalizations for Heart Failure: Lessons Learned From Hospitalized Heart Failure Registries. *Journal of the American College of Cardiology*. **63**(12), 1123–1133.

Arber, S., McKinlay, J., Adams, A., Marceau, L., Link, C., O'Donnell, A. (2006) Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment. *Social Science & Medicine*. **62**(1), 103–115.

Armstrong, G.L., Conn, L.A., Pinner, R.W. (1999) Trends in Infectious Disease Mortality in the United States During the 20th Century. *JAMA*. **281**(1), 61–66.

Arndt, S. (2006) 'The racial turn': Kolonialismus, weiße Mythen und Critical Whiteness Studies. In *Koloniale und postkoloniale Konstruktionen von Afrika und Menschen afrikanischer Herkunft in der deutschen Alltagskultur*:. Afrika und Europa : koloniale und postkoloniale Begegnungen. - Frankfurt, M : Lang-Ed, 2005-. Frankfurt am Main [u.a.]: Lang.

Aronson, J.K. (2007) Compliance, concordance, adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*. **63**(4), 383–384.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2010) Fehlermanagement. [online]. Available from: https://www.aezq.de/aezq/kompodium_q-m-a/9-fehlermanagement [Accessed October 16, 2019].

Balibar, É., Wallerstein, I.M. (1990) *Rasse - Klasse - Nation: ambivalente Identitäten*. Hamburg [u.a.]: Argument-Verl.

Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., Härter, M. (2010) Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis*. **37**(5), 225–232.

Bernstein, B., Kane, R. (1981) Physicians' attitudes toward female patients. *Medical Care*. **19**(6), 600–608.

Bodenhausen, G.V. (1990) Stereotypes as Judgmental Heuristics: Evidence of Circadian Variations in Discrimination. *Psychological Science*. **1**(5), 319–322.

Bodenhausen, G.V. (2005) The Role of Stereotypes in Decision-Making Processes. *Medical Decision Making*. **25**(1), 112–118.

Bodenhausen, G.V., Lichtenstein, M. (1987) Social stereotypes and information-processing strategies: The impact of task complexity. *Journal of Personality and Social Psychology*. **52**(5), 871–880.

- Bohnsack, R. (2014) *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden*. 9., überarb. und erw. Aufl. Opladen [u.a.]: Budrich.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I., Nohl, A.-M. eds. (2013) Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. In Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 31–87.
- Boos-Nünning, U. (1998) *Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland - Zehnter Kinder- und Jugendbericht -*.
- Braun, R.N., Mader, F.H. (2005) *Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin: 82 Checklisten für Anamnese und Untersuchung*. Berlin: Springer.
- Breathett, K., Jones, J., Lum, H.D., Koonkongsatian, D., Jones, C.D., Sanghvi, U., Hoffecker, L., McEwen, M., Daugherty, S.L., Blair, I.V., Calhoun, E., deGroot, E., Sweitzer, N., Peterson, P.N. (2018) Factors Related to Physician Clinical Decision-Making for African-American and Hispanic Patients: A Qualitative Meta-synthesis. *Journal of racial and ethnic health disparities*. 5(6), 1215.
- Brons, L.L. (2015) Othering, an Analysis. *Transcience, a Journal of Global Studies*. 6(1), 69–90.
- Bui, A.L., Horwich, T.B., Fonarow, G.C. (2011) Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nature reviews. Cardiology*. 8(1), 30–41.
- Bundesärztekammer ed. (2015) (Muster-)Berufsordnung. *Deutsches Ärzteblatt*, 9.
- Bundesärztekammer (BÄK), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eds. (2017) Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz - Kurzfassung. . (2. Auflage. Version 2), 73.
- Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R., Hapke, U. (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 56(5–6), 733–739.
- Busch, M.A., Schienkiewitz, A., Nowossadeck, E., Gößwald, A. (2013) Prävalenz des Schlaganfalls bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 56(5–6), 656–660.
- Calabrese, S.K., Earnshaw, V.A., Krakower, D.S., Underhill, K., Vincent, W., Magnus, M., Hansen, N.B., Kershaw, T.S., Mayer, K.H., Betancourt, J.R., Dovidio, J.F. (2018) A Closer Look at Racism and Heterosexism in Medical Students' Clinical Decision-Making Related to HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP): Implications for PrEP Education. *AIDS and behavior*. 22(4), 1122.
- Came, H. (2014) Sites of institutional racism in public health policy making in New Zealand. *Social Science & Medicine*. 106, 214–220.
- Cantor-Graae, E. (2005) Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry*, 13.
- Choudhry, N.K., Fletcher, R.H., Soumerai, S.B. (2005) Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care. *Annals of Internal Medicine*. 142(4), 260.

- Colameco, S., Becker, L.A., Simpson, M. (1983) Sex bias in the assessment of patient complaints. *The Journal of Family Practice*. **16**(6), 1117–1121.
- Crenshaw, K. (1989) Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. , 31.
- Deaux, K. (1976) Sex: A perspective on the attribution process. In J. H. Harvey, W. J. Ickes, & R. F. Kidd, eds. *New directions in attribution research 1*. Psychology Press, pp. 335–352.
- DEGAM ed. (2006) *Herzinsuffizienz - DEGAM Leitlinie Nr.9*. omicron Publishing / DEGAM.
- Dehon, E., Weiss, N., Jones, J., Faulconer, W., Hinton, E., Sterling, S. (2017) A Systematic Review of the Impact of Physician Implicit Racial Bias on Clinical Decision Making. *Academic Emergency Medicine*. **24**(8), 895–904.
- Dickson, V.V., Knafl, G.J., Wald, J., Riegel, B. (2015) Racial Differences in Clinical Treatment and Self-Care Behaviors of Adults With Chronic Heart Failure. *Journal of the American Heart Association*. **4**(4), e001561.
- Dunlay, S.M., Weston, S.A., Jacobsen, S.J., Roger, V.L. (2009) Risk Factors for Heart Failure: A Population-Based Case-Control Study. *The American journal of medicine*. **122**(11), 1023–1028.
- El-Mafaalani, A. (2017) Diskriminierung von Menschen mit Migrationshintergrund. In A. Scherr, A. El-Mafaalani, & G. Yüksel, eds. *Handbuch Diskriminierung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, pp. 465–478.
- El-Tayeb, F. (2016) *Undeutsch, Die Konstruktion des Anderen in der postmigrantischen Gesellschaft*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Ernst, G. (2000) Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. In *Migration-Frauen-Gesundheit – Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt-am-Main: Mabuse Verlag, pp. 57–66.
- Farmakis, D., Parissis, J., Lekakis, J., Filippatos, G., Farmakis, D., Parissis, J., Lekakis, J., Filippatos, G. (2015) Acute Heart Failure: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. *Revista Española de Cardiología*. **68**(03), 245–248.
- Gäbler, M. (2017) Denkfehler bei diagnostischen Entscheidungen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. **167**(13–14), 333–342.
- Gomolla, M., Radtke, F.-O. (2007) *Institutionelle Diskriminierung: die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule*. 2., durchges. und erw. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Gößwald, A., Schienkiewitz, A., Nowossadeck, E., Busch, M.A. (2013) Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. **56**(5–6), 650–655.
- Guillaumin, C. (1995) *Racism, Sexism, Power and Ideology*. 1st ed. Routledge.
- Haider, A., Schneider, E., Sriram, N., Dossick, D., Scott, V., Swoboda, S., Losonczy, L., Haut, E., Efron, D., Pronovost, P., Freischlag, J., Lipsett, P., Cornwell, E., MacKenzie, E., Cooper, L. (2014) Unconscious race and class bias: Its association with decision making by trauma and acute care surgeons. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. **77**(3), 409–416.

- Hall, S. (1994) *Rassismus und kulturelle Identität*. U. Mehlem & J. Koivisto, eds. Hamburg: Argument-Verl.
- Hamberg, K. (2008) Gender Bias in Medicine. *Women's Health*. **4**(3), 237–243.
- Hamilton, D.L., Rose, T.L. (1980) Illusory correlation and the maintenance of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*. **39**(5), 832–845.
- Harris, R., Cormack, D., Stanley, J., Curtis, E., Jones, R., Lacey, C. (2018) Ethnic bias and clinical decision-making among New Zealand medical students: an observational study. *BMC Medical Education*. **18**.
- Hatala, R., Case, S.M. (2000) Examining the Influence of Gender on Medical Students' Decision Making. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. **9**(6), 617–623.
- Heidemann, C., Du, Y., Schubert, I., Rathmann, W., Scheidt-Nave, C. (2013) Prävalenz und zeitliche Entwicklung des bekannten Diabetes mellitus: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. **56**(5–6), 668–677.
- Hjertholm, P., Moth, G., Ingeman, M.L., Vedsted, P. (2014) Predictive values of GPs' suspicion of serious disease: a population-based follow-up study. *The British Journal of General Practice*. **64**(623), e346–e353.
- Hoffmann-Riem, C. (1980) Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie : der Datengewinn. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie : KZfSS*. **32**(2).
- Igel, U., Brähler, E., Grande, G. (2010) Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. *Psychiatrische Praxis*. **37**(04), 183–190.
- Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e.V. (2019) Glossar. *Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung e. V. (IDA)*. [online]. Available from: https://www.idaev.de/researchtools/glossar/?no_cache=1 [Accessed July 24, 2019].
- Irving, G., Neves, A.L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., Holden, J. (2017) International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. **7**(10), e017902.
- Jensen, S.Q. (2011) Othering, identity formation and agency. *Qualitative Studies*. **2**(2), 63–78.
- Kasper, S., Volz, H.-P. (2014) *Psychiatrie und Psychotherapie compact: Das gesamte Facharztwissen*. 3rd ed. [s.l.]: Georg Thieme Verlag KG.
- Khullar, D., Jha, A.K., Jena, A.B. (2015) Reducing Diagnostic Errors — Why Now? *New England Journal of Medicine*. **373**(26), 2491–2493.
- Kidd, A.G. (2017) Mansplaining: The Systematic Sociocultural Silencer. In 33rd Annual Conference on the Advancement of Women. Texas Tech University, Texas, USA.
- Kirkbride, J.B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M., Jones, P.B., Coid, J.W. (2008) Psychoses, ethnicity and socio-economic status. *British Journal of Psychiatry*. **193**(1), 18–24.
- Komajda, M., Carson, P.E., Hetzel, S., McKelvie, R., McMurray, J., Ptaszynska, A., Zile, M.R., DeMets, D., Massie, B.M. (2011) Factors Associated With Outcome in Heart Failure With

Preserved Ejection Fraction: Findings From the Irbesartan in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction Study (I-PRESERVE). *Circulation: Heart Failure*. **4**(1), 27–35.

Konrad, K. (2017) Lautes Denken in psychologischer Forschung und Praxis. In G. Mey & K. Mruck, eds. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, pp. 1–21.

Kopp, I., Müller, W., Lorenz, W. (2003) 8. Rundbrief: Die zentrale Rolle von Outcome in Leitlinien und Disease-Management Programmen. In Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J., Dragano, N. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. **59**(2), 153–165.

Link, B.G., Phelan, J.C. (2013) Labeling and Stigma. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman, eds. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Handbooks of Sociology and Social Research. Dordrecht: Springer Netherlands, pp. 525–541.

Lister, R. (2004) *Poverty*. 1 edition. Cambridge, UK ; Malden, MA: Polity.

Mannheim, K. (1980) *Strukturen des Denkens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

McMurray, R.J., Clarke, O.W., Barrasso, J.A., Clohan, D.B., Epps, C.H., Glasson, J., McQuillan, R., Plows, C.W., Puzak, M.A., Orentlicher, D., Halkola, K.A. (1991) Gender Disparities in Clinical Decision Making. *JAMA*. **266**(4), 559–562.

Medizinische Fakultät der Universität zu Köln (2019) Geschlechter- & Diversitätsforschung. *Geschlechter- und Diversitätsforschung*. [online]. Available from: <https://medfak.uni-koeln.de/31931.html> [Accessed October 7, 2019].

Middendorff, E., Apolinarski, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brandt, T., Heißenberg, S., Poskowsky, J. (2012) Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2012. , 196.

Miller, K. (2011) *Die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch einen stationären Aufenthalt aus Sicht der Betroffenen*. Freiburg i. Br.: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Albert-Ludwigs-Universität.

Neue Deutsche Medienmacher (2019) “Wir” und “die Anderen” – Glossar. [online]. Available from: <https://glossar.neuemedienmacher.de/glossar/kategorie/01-wer-sind-wir/> [Accessed May 24, 2019].

Neumann, T., Biermann, J., Erbel, R., Neumann, A., Wasem, J., Ertl, G., Dietz, R. (2009) Heart Failure: the Commonest Reason for Hospital Admission in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*. **106**(16), 269–275.

Nohl, A.-M. (2017) *Interview und Dokumentarische Methode*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Nohl, A.-M. (2013) *Relationale Typenbildung und Mehrebenenvergleich*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

OECD (2010) *Educating Teachers for Diversity: Meeting the Challenge*. OECD.

Oliver, M.N., Wells, K.M., Joy-Gaba, J.A., Hawkins, C.B., Nosek, B.A. (2014) Do Physicians' Implicit Views of African Americans Affect Clinical Decision Making? *The Journal of the American Board of Family Medicine*. **27**(2), 177–188.

Parsons, T. (1991) *The Social System*. Psychology Press.

Ponikowski, P., Voors, A.A., Anker, S.D., Bueno, H., Cleland, J.G.F., Coats, A.J.S., Falk, V., González-Juanatey, J.R., Harjola, V.-P., Jankowska, E.A., Jessup, M., Linde, C., Nihoyannopoulos, P., Parissis, J.T., Pieske, B., Riley, J.P., Rosano, G.M.C., Ruilope, L.M., Ruschitzka, F., Rutten, F.H., van der Meer, P., Authors/Task Force Members, Document Reviewers (2016) 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*. **18**(8), 891–975.

Przyborski, A. (2004) *Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Przyborski, A., Wohlrab-Sahr, M. (2013) *Qualitative Sozialforschung, Ein Arbeitsbuch*. 4., erweiterte Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter.

Puckrein, G.A., Egan, B.M., Howard, G. (2015) Social and Medical Determinants of Cardiometabolic Health: The Big Picture. *Ethnicity & Disease*. **25**(4), 521–524.

Razum, O., Geiger, I., Zeeb, H., Ronellenfisch, U. (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. *Ärzteblatt*.

Regitz-Zagrosek, V. (2012) Sex and gender differences in health. *EMBO Reports*. **13**(7), 596–603.

Reichert, J. (2003) *Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung: über die Entdeckung des Neuen*. 2., aktualisierte und erw. Aufl. Wiesbaden: Springer VS.

Remme, W.J., McMurray, J.J.V., Hobbs, F.D.R., Cohen-Solal, A., Lopez-Sendon, J., Boccanelli, A., Zannad, F., Rauch, B., Keukelaar, K., Macarie, C., Ruzyllo, W., Cline, C. (2008) Awareness and perception of heart failure among European cardiologists, internists, geriatricians, and primary care physicians. *European Heart Journal*. **29**(14), 1739–1752.

Riggins, S.H. (1997) *The language and politics of exclusion: Others in discourse*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Robert-Koch-Institut ed. (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI und Destatis.

Robert-Koch-Institut ed. (2008) *Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit*. Berlin: RKI und Destatis.

Rommelspacher, B. (1995) *Dominanzkultur: Texte zu Fremdheit und Macht*. Berlin: Orlanda Frauenverlag.

Rommelspacher, B. (2011) Was ist eigentlich Rassismus? In *Rassismustheorie und -forschung*. Reihe Politik und Bildung. - Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verl, 1992- ; ZDB-ID: 2156149-7. Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag, p. 14.

Rosenthal, G. (2015) *Interpretative Sozialforschung: eine Einführung*. 5., aktualisierte und ergänzte Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

- Rosenthal, G., Loch, U. (2002) Das Narrative Interview. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt, eds. Huber, pp. 221–232.
- Ryn, M. van, Burgess, D.J., Dovidio, J.F., Phelan, S.M., Saha, S., Malat, J., Griffin, J.M., Fu, S.S., Perry, S. (2011) The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. *Du Bois review : social science research on race*. **8**(1), 199.
- Savage, W.D., Tate, P. (1983) Medical students' attitudes towards women: a sex-linked variable? *Medical Education*. **17**(3), 159–164.
- Scarvaglieri, C., Zech, C. (2013) "ganz normale Jugendliche, allerdings meist mit Migrationshintergrund,.. Eine funktional-semantische Analyse von "Migrationshintergrund,.. *Zeitschrift für angewandte Linguistik*. **58**(1), 201–227.
- Schütze, F. (1987) *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien*. Hagen: Fernuniversität, Gesamthochschule.
- Schütze, F. (1977) *Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen*. Bielefeld: Univ.
- Schwalbe, M., Godwin, S., Holden, D., Schrock, D., Thompson, S. (2000) Generic Processes in the Reproduction of Inequality: An Interactionist Analysis. , 35.
- Sekaquaptewa, D., Espinoza, P., Thompson, M., Vargas, P., von Hippel, W. (2003) Stereotypic explanatory bias: Implicit stereotyping as a predictor of discrimination. *Journal of Experimental Social Psychology*. **39**(1), 75–82.
- Sequeira, D.F. (2015) *Gefangen in der Gesellschaft - Alltagsrassismus in Deutschland: rassismuskritisches Denken und Handeln in der Psychologie*. Marburg: Tectum.
- Settelmeyer, A., Erbe, J. (2010) *Migrationshintergrund: Zur Operationalisierung des Begriffs in der Berufsbildungsforschung*. Bonn: BiBB.
- Shooman, Y. (2014) '... weil ihre Kultur so ist': *Narrative des antimuslimischen Rassismus*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Sliwka, A. (2012) Diversität als Chance und als Ressource in der Gestaltung wirksamer Lernprozesse. In K. Fereidooni, ed. *Das interkulturelle Lehrerzimmer*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 169–176.
- Sliwka, A. (2010) From homogeneity to diversity in German education. In *Educating Teachers for Diversity: Meeting the Challenge*. pp. 205–217.
- Solomon, P. (1995) The think aloud method: A practical guide to modelling cognitive processes. *Information Processing & Management*. **31**(6), 906–907.
- Sow, N. (2018) *Deutschland Schwarz Weiß: der alltägliche Rassismus*. 10 Jahre-aktualisierte Ausgabe. Norderstedt: BoD-Books on Demand.
- Statistisches Bundesamt (2017) *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Bevölkerung mit Migrationshintergrund*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2016) *Gesundheit - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)*.

Statistisches Bundesamt (2015) Krankheitskosten Herz-Kreislauf-Erkrankungen 2015. [online]. Available from: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23631-0001&sachmerkmal=ICD10Y&sachschluessel=ICD10-I00-I99,ICD10-I10-I15,ICD10-I20-I25,ICD10-I21,ICD10-I22,Icd10-I30-I52,ICD10-I50,ICD10-I60-I69,ICD10-I60-I61,ICD10-I63,ICD10-I64,ICD10-I69,ICD10-I80-I89,ICD10-I83> [Accessed August 14, 2018].

Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik. [online]. Available from: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=84846677&nummer=516&p_sprache=D&p_indsp=4065&p_aid=4798173 [Accessed July 25, 2019].

Störk, S., Handrock, R., Jacob, J., Walker, J., Calado, F., Lahoz, R., Hupfer, S., Klebs, S. (2017) Epidemiology of heart failure in Germany: a retrospective database study. *Clinical Research in Cardiology*. **106**(11), 913–922.

Swinnen, S.G.H.A., Selten, J.-P. (2007) Mood disorders and migration: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. **190**(1), 6–10.

Williams, D.R., Jackson, P.B. (2005) Social Sources Of Racial Disparities In Health. *Health Affairs*. **24**(2), 325–334.

World Health Organization (2017) Cardiovascular diseases (CVDs). [online]. Available from: [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) [Accessed August 24, 2018].

World Health Organization (2016) Top 10 causes of death. *WHO*. [online]. Available from: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/ [Accessed August 21, 2018].

Wu, J.-R., Lennie, T.A., De Jong, M.J., Frazier, S.K., Heo, S., Chung, M.L., Moser, D.K. (2010) Medication Adherence Is a Mediator of the Relationship between Ethnicity and Event-Free Survival in Patients with Heart Failure. *Journal of cardiac failure*. **16**(2), 142.

Zicht, W. (2017) Wahlergebnisse – Bundestag. [online]. Available from: <http://www.wahlrecht.de/ergebnisse/bundestag.htm> [Accessed August 25, 2018].

Danksagung

Ich möchte mich hiermit bei Herrn Prof. Dr. med. Martin Scherer, Leiter der Poliklinik und des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, bedanken, der mir die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit unter seiner Leitung durchzuführen. Genauso bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck für seine Bereitschaft mein Zweitprüfer zu sein. Frau Dr. Gabriella Marx danke ich besonders für die hervorragende, lehrreiche, motivierende sowie motivierte Betreuung und ihre ständige Diskussions- und Hilfsbereitschaft. So wurde ich immer wieder dazu bewegt meine Vorgehensweise zu hinterfragen, zu reflektieren und lernte damit das wissenschaftliche Arbeiten sehr zu schätzen. Auch für die mühevollen Arbeit des Korrekturlesens möchte ich mich bei ihr herzlich bedanken. Einen besonderen Dank geht an die gesamte Arbeitsgruppe des Projekts DISPAR-HF für die freundschaftliche, aber auch produktive Arbeitsatmosphäre, viele wertvolle Anregungen und stete Hilfsbereitschaft, die wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Bei der Gruppe Qualitative Methoden von Dr. Nadine Janis Pohontsch möchte ich mich auch herzlich bedanken für die interessante und horizontweiternde Einblicke in der Welt der qualitativen Forschung. Ich möchte mich bei meiner Familie und Freund*innen bedanken für die Unterstützung, die spannenden und wertvollen Gespräche, die mich in der Ausarbeitung dieser Arbeit immer wieder weiterhalfen. Vor allem Mathias bin ich unglaublich dankbar für die Bereitschaft mich jederzeit zu unterstützen und zu fördern. Ohne dich wäre diese Arbeit nicht die, die es geworden ist.

Zuletzt will ich mich bei allen Aktivist*innen, Journalist*innen, Autor*innen, Künstler*innen, Eltern, Freund*innen uvm. bedanken, die selbst von Rassismus betroffen sind und tagtäglich (oft kostenlose) Bildungsarbeit leisten müssen, Mißstände aufdecken, auf die Straße gehen und uns weiße Menschen mit unserer Verantwortung und Privilegien konfrontieren.

Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: