

T.C.
TÜRKISCH-DEUTSCHE UNIVERSITÄT
INSTITUT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN
INTERKULTURELLES MANAGEMENT

**INTERKULTURELLE ZUSAMMENARBEIT IM
GESUNDHEITSWESEN –HERAUSFORDERUNGEN UND
SYNERGIEN AM BEISPIEL TÜRKISCHER ÄRZTE IM
DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM**

MASTERARBEIT

Osman NERGIZ

BETREUER

Prof. Dr. Christoph BARMAYER

Passau, Januar 2024

T.C.
TÜRKISCH-DEUTSCHE UNIVERSITÄT
INSTITUT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN
INTERKULTURELLES MANAGEMENT

INTERKULTURELLE ZUSAMMENARBEIT IM
GESUNDHEITSWESEN –HERAUSFORDERUNGEN UND
SYNERGIEN AM BEISPIEL TÜRKISCHER ÄRZTE IM
DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

MASTERARBEIT

Osman NERGIZ

BETREUER

Prof. Dr. Christoph BARMAYER

Passau, Januar 2024

INHALTSVERZEICHNIS

ÖZET	I
KURZFASSUNG	III
ABSTRACT	V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	VII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VIII
TABELLENVERZEICHNIS	II
KAPITEL 1. EINLEITUNG.....	1
KAPITEL 2. TÜRKISCHE ÄRZTE IN DEUTSCHLAND	6
2.1 HISTORISCHE UND AKTUELLE DYNAMIKEN DER DEUTSCH-TÜRKISCHEN MIGRATION: URSACHEN, WELLEN UND ENTWICKLUNGEN	6
2.2 DIE ENTWICKLUNG DER DEUTSCH-TÜRKISCHEN BEZIEHUNGEN IM BEREICH DER MEDIZIN: EINE HISTORISCHE ANALYSE IN DREI PERIODEN	9
2.3 BEDARF AN TÜRKISCHEN ÄRZTEN IN DEUTSCHLAND ..	20
KAPITEL 3. DEFINITIONEN UND RAHMENKONZEPTE	23
3.1 KULTURBEGRIFF UND KULTURSTANDARDS	23
3.1.1 <i>Deutsche und Türkische Kulturstandards im Krankenhauskontext Nach A. Thomas (1991)</i>	25
3.2 KONSTRUKTIVE INTERKULTURALITÄT	27
3.2.1 <i>Interkulturelle Komplementarität</i>	27
3.2.2 <i>Interkulturelle Synergie</i>	28
3.2.3 <i>Strategien Des Interkulturellen Handelns Nach Adler (2002)</i>	32
KAPITEL 4. METHODIK	35
4.1 QUALITATIVE SOZIALFORSCHUNG	35
4.2 SAMPLING	36
4.3 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	38
4.4 QUALITATIVE INHALTSANALYSE.....	39
4.5 KODIERUNG MIT MAXQDA	41
4.6 AUSWERTUNG DER INTERVIEWS.....	43

KAPITEL 5. ERGEBNISDARSTELLUNG UND DISKUSSION.....	44
5.1 DEUTSCHE UND TÜRKISCHE KULTURSTANDARDS IN ÄRZTETEAMS.....	44
5.2 HERAUSFORDERUNGEN TÜRKISCHER ÄRZTE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM.....	49
5.3 SYNERGIEN TÜRKISCHER ÄRZTE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM	57
5.4 HERAUSFORDERUNGEN TÜRKISCHER ÄRZTE IM UMGANG MIT PATIENTEN	63
5.5 SYNERGIEN TÜRKISCHER ÄRZTE IM UMGANG MIT PATIENTEN	67
KAPITEL 6. SCHLUSSFOLGERUNG	71
6.1 HERAUSFORDERUNGEN DER TÜRKISCHEN ÄRZTE IN DEUTSCHLAND.....	71
6.2 PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN.....	74
6.3 LIMITATIONEN UND AUSBLICK.....	75
LITERATURVERZEICHNIS	78
ANHANG	87

ÖZET

SAĞLIK SİSTEMİNDE KÜLTÜRLERARASI İŞBİRLİĞİ - ALMAN SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ TÜRK DOKTORLAR ÖRNEĞİ ÜZERİNDEN ZORLUKLAR VE SİNERJİLER

2030 yılına yönelik yapılan tahminler, sağlık personeline olan talebin önemli ölçüde artacağına ve Almanya'nın yabancı doktorlara giderek daha fazla bağımlı hale geleceğine işaret etmektedir. Bu varsayım ile birlikte, Türk doktorlar için Almanya'da çalışmanın giderek daha cazip hale geldiği görülmektedir. Bu yüksek lisans tezi çalışması, Türk doktorları ve Alman doktorları arasındaki kültürlerarası işbirliği bağlamına, bu bağlamla birlikte ortaya çıkan zorluklara ve sinerjilere dikkat çekmektedir. Ek olarak, Türk doktorları ve ilgilendikleri Almanya'da bulunan hastaların arasındaki etkileşim de ele alınmaktadır .

Bahsi geçen konuların analizi için, yedi yarı yapılandırılmış uzman görüşmesi ve Mayring'e göre nitel içerik analizleri uygulanmıştır.

Analiz sonuçları, sağlık sisteminde, büro personeli aracılığıyla bürokratik rahatlamanın ve Nancy Adler'e göre kültürel sinerjileri teşvik etmek için üç aşamalı bir sürecin olumlu sinerjileri temsil ettiğini göstermektedir. Örnekler arasında yeni yöntemlerin entegrasyonu ve hastalar için kültürel açıdan hassas bir ortam yaratılması yer almaktadır. Karşılaşılan zorluklar arasında bürokratik engeller, tıbbi uygulamalardaki kültürel farklılıklar, dil zorlukları, kültürel nüanslara uyum sağlama ve mesleki tanınma süreci ile ekip algılarındaki sorunlar yer almaktadır. Dil becerilerinin, kültürel hassasiyetin ve açık iletişimin önemi, Türk doktorların Alman sağlık sistemine başarılı bir şekilde entegrasyonu için kritik faktörler olarak vurgulanmaktadır.

Genel olarak, bu çalışmanın sonuçları, etkili kültürlerarası işbirliği ve hasta bakımı sağlamak için dil becerileri, kültürel duyarlılık ve kurumsal adaptasyonun bütüncül bir şekilde entegre edilmesinin aciliyetini vurgulamaktadır. Söz konusu aciliyetler konusunda harekete geçilmesine yönelik öneriler, yalnızca hasta bakımının verimliliğini artırmakla kalmamalı, aynı zamanda yenilikçilik ve yaratıcılık için yeni kapılar açabilecek ortak bir kültürlerarası tıp kültürünü de teşvik etmelidir.

Anahtar Kelimeler: Türk hekimler, Türk-Alman tıp arařtırmaları, yapıcı kültürlerarasılık, kültürlerarası sinerji ve zorluklar, Türk-Alman kültürel standartları

KURZFASSUNG

INTERKULTURELLE ZUSAMMENARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN –HERAUSFORDERUNGEN UND SYNERGIEN AM BEISPIEL TÜRKISCHER ÄRZTE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Prognosen für das Jahr 2030 weisen auf einen signifikanten Anstieg des Bedarfs an medizinischem Personal hin, was Deutschland verstärkt auf ausländische Ärzte angewiesen macht. Dieser Trend erweist sich auch für türkische Ärzte als zunehmend attraktiv. Die vorliegende Masterarbeit fokussiert sich auf die Kooperation türkischer Ärzte mit ihren deutschen Kollegen im Kontext der interkulturellen Zusammenarbeit, unter Berücksichtigung der Herausforderungen und Synergien. Dabei wird nicht nur die Zusammenarbeit unter den Ärzten, sondern auch das Interagieren türkischer Ärzte mit Patienten in Deutschland behandelt.

Für die Analyse wurden qualitative Inhaltsanalysen nach Mayring auf sieben halbstrukturierte Experteninterviews angewendet. Die Ergebnisse zeigen, dass im Gesundheitssystem eine bürokratische Entlastung durch Schreibkräfte sowie ein dreistufiger Prozess zur Förderung kultureller Synergien nach Nancy Adler positive Synergien darstellen. Beispiele hierfür sind die Integration neuer Methoden und die Schaffung einer kulturell sensiblen Umgebung für Patienten. Herausforderungen umfassen bürokratische Hürden, kulturelle Unterschiede in der medizinischen Praxis, sprachliche Schwierigkeiten, Anpassung an kulturelle Nuancen sowie Probleme im beruflichen Anerkennungsprozess und bei der Teamwahrnehmung. Die Bedeutung von Sprachkenntnissen, kultureller Sensibilität und offener Kommunikation werden als entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche Integration von türkischen Ärzten im deutschen Gesundheitssystem betont. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse diese

Arbeit die Dringlichkeit einer ganzheitlichen Integration von Sprachkompetenz, kultureller Sensibilität und organisatorischer Anpassung, um eine effektive interkulturelle Zusammenarbeit und Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Anregungen zum Ergreifen von Maßnahmen hinsichtlich der vorhin genannten Dringlichkeiten sollen nicht nur die Effizienz der Patientenversorgung verbessern, sondern auch eine gemeinsame interkulturelle medizinische Kultur fördern, welche neue Türen für Innovation und Kreativität öffnen kann.

Schlüsselwörter: türkische Ärzte, Deutsch-türkische Medizinforschung, Konstruktive Interkulturalität, Interkulturelle Synergien und Herausforderungen, türkisch-deutsche Kulturstandards

ABSTRACT

INTERCULTURAL COOPERATION IN THE HEALTHCARE SYSTEM - CHALLENGES AND SYNERGIES USING THE EXAMPLE OF TURKISH DOCTORS IN THE GERMAN HEALTHCARE SYSTEM

Forecasts for the year 2030 point to a significant increase in demand for medical staff, making Germany increasingly dependent on foreign doctors. This trend is also proving to be increasingly attractive for Turkish doctors. This master's thesis focuses on the cooperation between Turkish doctors and their German colleagues in the context of intercultural cooperation, considering the challenges and synergies. It deals not only with cooperation between doctors, but also with the interaction of Turkish doctors with patients in Germany.

For the analysis, qualitative content analyses according to Mayring were applied to seven semi-structured expert interviews. The results show that in the healthcare system, bureaucratic relief by typists and a three-stage process to promote cultural synergies according to Nancy Adler represent positive synergies. Examples include the integration of new methods and the creation of a culturally sensitive environment for patients. Challenges include bureaucratic hurdles, cultural differences in medical practice, language difficulties, adapting to cultural nuances, and problems in the professional recognition process and team perceptions. The importance of language skills, cultural sensitivity and open communication are emphasized as crucial factors for the successful integration of Turkish doctors into the German healthcare system. Overall, the results of this study highlight the urgency of a holistic integration of language skills, cultural sensitivity and organizational adaptation in order to ensure effective intercultural collaboration and patient care. The suggestions to take action on the aforementioned urgencies should not only improve the efficiency of patient care, but also promote a shared intercultural medical culture that can open new doors for innovation and creativity.

Keywords: Turkish doctors, German-Turkish medical research, constructive interculturality, intercultural synergies and challenges, Turkish-German cultural standard

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1.1 ENTWICKLUNG DES ANTEILS TÜRKISCHER ÄRZTE IN DEUTSCHLAND VON 2000 BIS 2020 (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN BUNDESÄRZTEKAMMER VON 2000 BIS 2020).....**HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

ABBILDUNG 3.1: CREATING CULTURAL SYNERGY (ADLER, 2002, S. 112)**HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

ABBILDUNG 3.2: **STRATEGIEN INTERKULTURELLEN HANDELNS** (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN NANCY J. ADLER (2002)).....**HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

bspw	: beispielsweise
BZW	: BEZIEHUNGSWEISE
CHR	: CHRISTUS
de.	: deutsch
Dr.	: Doktor
DTM	: Deutsch-Türkische Mediziner-gesellschaft
Eng	: englisch
e.V	: eingetragener Verein
i.e	: that is (de.: das ist)
Jh	: Jahr
KIM	: Konstruktives Interkulturelles Management
n.	: nach
OP	: Operation
Prof.	: Professor
TKI	: Thomas-Kilmann Conflict Mode Instruments
USA	: United States of America
z.B.	: zum Beispiel

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 3.1: KULTURSTANDARDS TÜRKEI (EIGENE DARSTELLUNG BASIEREND AUF APPL ET AL. 2016)**HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

TABELLE 3.2: KULTURSTANDARDS DEUTSCHLAND (EIGENE DARSTELLUNG BASIEREND AUF SCHROLL-MACHL (2002))**HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

TABELLE 4.1: INTERVIEWPARTNER (EIGENE DARSTELLUNG) **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

TABELLE 5.1: ZUSAMMENFASSUNG DER HERAUSFORDERUNGEN FÜR TÜRKISCHE ÄRZTE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM (EIGENE DARSTELLUNG) **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

TABELLE 5.3: ZUSAMMENFASSUNG DER SYNERGIEN TÜRKISCHER ÄRZTE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM (EIGENE DARSTELLUNG)...**HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

TABELLE 5.2: ZUSAMMENFASSUNG DER HERAUSFORDERUNGEN VON TÜRKISCHEN ÄRZTEN IM UMGANG MIT PATIENTEN (EIGENE DARSTELLUNG) **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

TABELLE 5.4: SYNERGIEN IM UMGANG MIT PATIENTEN DURCH TÜRKISCHE ÄRZTE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM (EIGENE DARSTELLUNG)..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

KAPITEL 1. EINLEITUNG

Deutschland steht vor einer akuten Herausforderung im deutschen Gesundheitswesen, insbesondere in ländlichen Regionen. Zahlreiche Studien belegen diese problematische Entwicklung und prognostizieren einen bedeutsamen Anstieg des Bedarfs an medizinischem Personal bis zum Jahr 2030 (Bundesärztekammer, 2020; Irving et al., 2017; Marburger Bund, 2017; Practitioners, 2013; Statistisches Bundesamt, 2019; Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2019). Bereits im Jahr 2020 fehlten 56.000 Ärzte in Deutschland, und Prognosen deuten darauf hin, dass diese Zahl weiter rasant steigen wird (Ostwald et al., 2020). Die demografische Entwicklung in Deutschland, verbunden mit dem durchschnittlichen Alter der Ärzteschaft, verstärkt diese Problematik zusätzlich (Bundesärztekammer, 2020). Der Mangel an medizinischem Personal zieht nicht nur eine unzureichende Gesundheitsversorgung nach sich, sondern birgt auch erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen, mit einem geschätzten Verlust von 35 Milliarden Euro für die deutsche Volkswirtschaft (Ostwald et al., 2020).

Um diesem Ärztemangel zu begegnen, hat die Politik Strategien entwickelt, darunter den *Masterplan Medizinstudium 2020*, der seit 2020 von einigen Bundesländern umgesetzt wird (BMBF, 2017). Insbesondere die Einführung der Landarztquote, die bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze für Bewerber reserviert, die sich verpflichten, nach Abschluss ihres Studiums 10 Jahre in ländlichen Regionen zu arbeiten, zielt darauf ab, die hausärztliche Versorgung in diesen Gebieten zu stärken (BMBF, 2017). Ergänzend dazu wurde am 1. März 2020 das Fachkräfteeinwanderungsgesetz eingeführt, um hochqualifizierte Fachkräfte, einschließlich Ärzte mit ausländischem Abschluss, nach Deutschland zu holen (Döring, 2020). Bereits im Jahr 2020 arbeiteten 56.107 Ärzte mit ausländischem Abschluss in Deutschland, was 13,7 Prozent aller Ärzte ausmachte (Bundesärztekammer, 2020).

Trotz alledem deuten die vorliegenden Daten darauf hin, dass diese nicht ausreichend sind und dass zusätzliche strategische Maßnahmen erforderlich sind, insbesondere in Bezug auf die verstärkte Akquise und Rekrutierung ausländischer Ärzte (Bundesärztekammer, 2020; Irving et al., 2017; Marburger Bund, 2017; Practitioners, 2013; Statistisches Bundesamt, 2019; Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2019). Diese

Entwicklung spiegelt sich in Abbildung 1.1 wider, die den Anstieg der Anzahl türkischer Ärzte von 2000 bis 2020 um 121,35 Prozent darstellt.

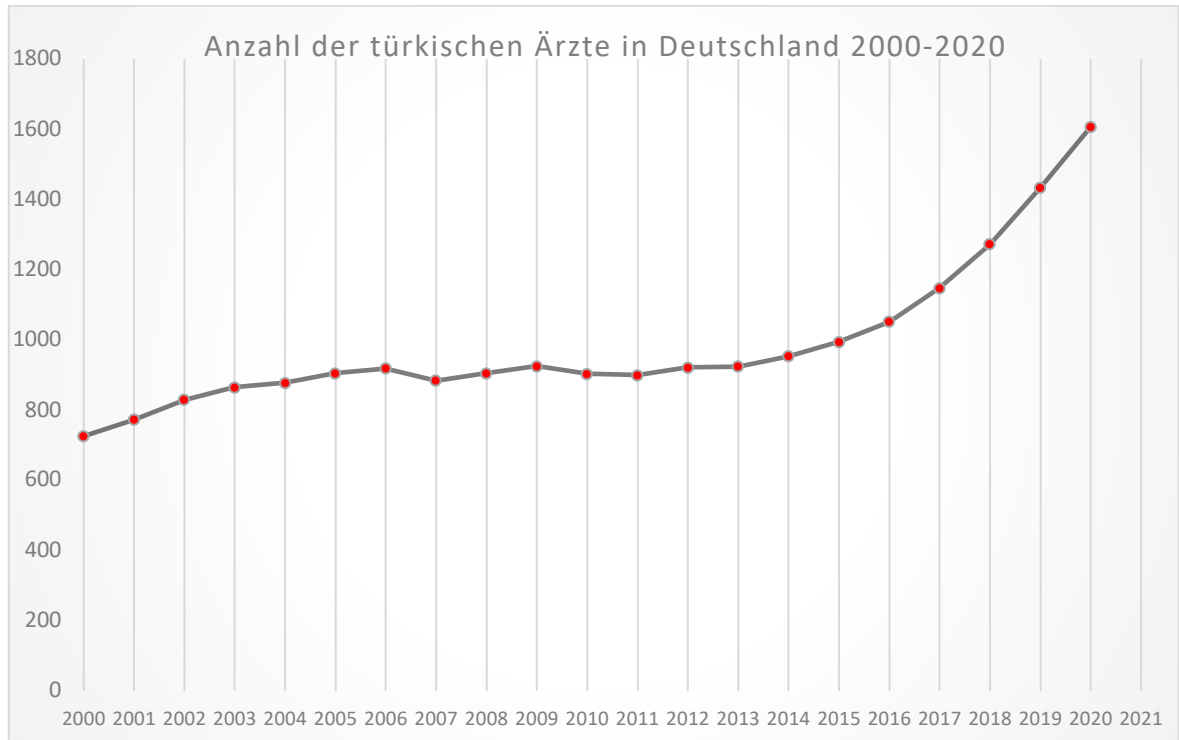


Abbildung 1 - Entwicklung des Anteils türkischer Ärzte in Deutschland von 2000 bis 2020 (Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesärztekammer von 2000 bis 2020)

Faktoren wie der Ausnahmezustand in der Türkei nach dem Putschversuch im Jahr 2016, die finanzielle Krise mit einem drastischen Wertverlust der türkischen Währung, die anspruchsvolle Prüfung für die Zulassung zur Facharztausbildung und der Pflichtdienst in unattraktiven Regionen der Türkei tragen dazu bei, dass immer mehr türkische Ärzte die Migration nach Deutschland als attraktive berufliche Option sehen (Canbaz et al., 2007; Deutscher Bundestag, 2018; European Central Bank, 2020; Turkish Medical Association, 2017).

Zum Forschungsthema interkultureller Austausch unter Ärzteteams wurden bereits mehrere Studien durchgeführt (Farhan & Wirsching, 2020; Klingler, 2019; Ko & Naji Farhan, 2013; OECD, 2019; Pepler, 2016; Schnepf, 2014; Srur, 2010; Teney, Becker, et al., 2017; Teney, Bürkin, et al., 2017; Wolf, 2020). Trotz dieser Vielzahl an Studien ist das Forschungsgebiet der interkulturellen Zusammenarbeit unter Ärzteteams

bisher nur begrenzt erforscht. Die vorhandenen Studien deuten darauf hin, dass eher Herausforderungen als Chancen identifiziert werden können (Jansen et al., 2018; Teney, Becker, et al., 2017; Teney, Bürkin, et al., 2017; Wolf, 2020). Die Hauptprobleme im interkulturellen Austausch liegen vor allem in mangelnden Sprachkenntnissen und unterschiedlichen Arbeitskulturen (Jansen et al., 2018; Klingler et al., 2018; Teney, Becker, et al., 2017; Teney, Bürkin, et al., 2017; Wolf, 2020). Im Bereich der Patientenbehandlung lassen sich jedoch auch vermehrt Chancen beobachten, da kulturelle und berufliche Vielfalt zu kreativen Problemlösungen führen kann (Wolf, 2020). Einige Studien zeigen, dass bei der interkulturellen Zusammenarbeit mit Ärzten aus islamischen Ländern mehr Barrieren zu beobachten sind (Klingler et al., 2018; Wolf, 2020). Die Studie der Türkischen Präsidentschaft für religiöse Angelegenheiten (Başkanlığı, 2014) verdeutlicht, dass 94,2 % der teilnehmenden Hochschul- und Hochschulabsolventen der islamischen Religion angehören. Auch wenn es keine konkrete Statistik zur religiösen Zugehörigkeit der türkischen Ärzte in der Türkei existiert, ist davon auszugehen, dass diese entweder der islamischen Religion angehören oder ihr kulturelles Referenzsystem von dieser geprägt ist. Daher ist es von Interesse zu untersuchen, ob Vorurteile gegenüber muslimischen Ärzten auch bei der Zusammenarbeit mit türkischen Ärzten feststellbar sind.

In Deutschland existiert aufgrund der Gastarbeitergeschichte ein bestimmtes Migrantentypenbild der Türken. Daher ist ein weiterer wichtiger Forschungsschwerpunkt, welche Stereotypen und Vorurteile Patienten und Kollegen gegenüber türkischen Ärzten hegen und wie dies ihre Zusammenarbeit beeinflusst. Eine zusätzliche Studie weist darauf hin, dass Deutschland im Vergleich zu anderen EU-Ländern bei der berufsspezifischen Integration zurückgeblieben ist (Srur, 2010). Zum Beispiel wurden für ausländische Ärzte erst spät konkrete Integrationshilfen wie Fachspracherwerb und Unterstützung im Anerkennungsverfahren der beruflichen Ausbildung angeboten, im Gegensatz zu Ländern wie Großbritannien.

Angesichts des fortbestehenden Personalmangels im Ärzteberuf in Deutschland ist zu erwarten, dass die Zahl der ausländischen Ärzte in Zukunft weiter zunehmen wird (Bundesärztekammer, 2020; Döring, 2020; OECD, 2019). Bisherige Forschungen zu interkulturellen Ärzteteams haben sich fast ausschließlich auf ausländische Ärzte auf Makroebene konzentriert. Nur in einigen Studien wird die interkulturelle

Zusammenarbeit der ausländischen Ärzte auf Mikroebene oder bezogen auf ihre Herkunftsorte erforscht (Teney, Becker, et al., 2017; Teney, Bürkin, et al., 2017).

Aus diesen Gründen ist das Ziel der vorliegenden Arbeit, die Herausforderungen und Synergien der Zusammenarbeit zwischen türkischen und einheimischen Ärzten im deutschen Gesundheitssystem zu untersuchen. Dabei stehen die folgenden Forschungsfragen im Fokus:

1. Welche spezifischen Herausforderungen und Synergien ergeben sich für türkische Ärzte im deutschen Gesundheitssystem?

2. Welche spezifischen Herausforderungen und Synergien ergeben sich für türkische Ärzte im Umgang mit den Patienten?

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt durch die Durchführung von sieben strukturierten Leitfadeninterviews, die mittels wörtlicher Transkription und anschließender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2020) ausgewertet werden. Die Ergebnisse werden im Kontext der Theorie des interkulturellen Handelns nach Nancy J. Adler (2002) interpretiert und bieten somit einen Beitrag zum Verständnis der Zusammenarbeit in interkulturellen Ärzteteams sowie zwischen internationalen Ärzten und Patienten

Aufbau der Arbeit

Die vorangegangene Einleitung gewährt einen Überblick über die aktuelle Problematik des Ärztemangels in Deutschland, die politischen Maßnahmen zur Bewältigung dieses Mangels und den spezifischen Fokus dieser Arbeit auf die zunehmende Anzahl türkischer Ärzte.

Im zweiten Kapitel werden die historischen und aktuellen Dynamiken der deutsch-türkischen Migration erörtert, einschließlich der Entwicklung der medizinischen Beziehungen zwischen den beiden Ländern und des Bedarfs an türkischen Ärzten in Deutschland.

Das dritte Kapitel fokussiert sich auf die der Arbeit zugrundeliegenden Definitionen und Rahmenkonzepte. Zentrale Begriffe wie Kultur und Kulturstandards

sowie Konzepte wie konstruktive Interkulturalität und Strategien des interkulturellen Handelns Nancy J. Adler werden dabei erläutert.

Die Methodik im vierten Kapitel beschreibt den Forschungsansatz, darunter die Auswahl der Interviewpartner, die Durchführung der Interviews, Transkription und Datenaufbereitung. Die Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse und der Codierung mit MAXQDA wird ebenfalls erläutert.

Im fünften Kapitel erfolgen die Ergebnisdarstellung und Diskussion. Dabei werden die Herausforderungen türkischer Ärzte im deutschen Gesundheitssystem und im Umgang mit Patienten sowie Synergien in beiden Bereichen präsentiert und die Forschungsfragen beantwortet.

Die Schlussfolgerung (Kapitel sechs) zieht aus den Ergebnissen praktische Implikationen und diskutiert Limitationen der Studie sowie mögliche zukünftige Forschungsrichtungen.

KAPITEL 2. TÜRKISCHE ÄRZTE IN DEUTSCHLAND

2.1 HISTORISCHE UND AKTUELLE DYNAMIKEN DER DEUTSCH-TÜRKISCHEN MIGRATION: URSACHEN, WELLEN UND ENTWICKLUNGEN

Die weltgeschichtliche Betrachtung zeigt, dass diverse Gründe wie Kriege, Eroberungen, Vertreibungen und Ressourcenknappheit wiederholt zur Migration von Menschen geführt haben (Nuscheler, 2004). Spodek (2001) charakterisiert die Migrationsgeschichte als Emanzipation und Befreiung von Sklaverei. Die Forschung hebt hervor, dass Migration neben dem Zusammenspiel von Welthandel sowie ökonomischen und technologischen Veränderungen als eines der bedeutendsten Ereignisse der Weltgeschichte gilt.

Migration ist keineswegs ein exklusiv modernes Phänomen, sondern durchzieht sämtliche Epochen (Aksoy, 2012). Bereits in der Antike verließen Menschen aufgrund von Kriegen oder Umweltkatastrophen ihre Heimat, um in der Fremde bessere Lebensbedingungen zu finden (Gültekin Varol, 2016). Im 4. Jh. n. Chr. führten die Hunnen die sogenannte Völkerwanderung herbei, eine zweihundert Jahre anhaltende Fluchtbewegung, bei der vor allem germanische Stämme nach Süd-, West- und Mitteleuropa drängten und das Gesicht Europas grundlegend veränderten (Pohl, 2014). Auch der 30-jährige Krieg und die beiden Weltkriege des 20. Jh. bedingten in Europa umfassende Fluchtbewegungen (Aksoy, 2012), darunter eine Migrationswelle von Akademikern aus Deutschland, die während der nationalistischen Regierung verfolgt und vertrieben wurden. Einige von ihnen fanden Zuflucht in der neu gegründeten Republik Türkei, wodurch sie maßgeblich zur Reformierung türkischer Universitäten wie Istanbul und Ankara beitrugen (Namal, 2012). Die Bedeutsamkeit dieses wissenschaftlichen Transfers verdeutlicht der damalige Bildungsminister Dr. Reşit Galip, indem er betont: *„Als vor 500 Jahren Istanbul von den Osmanen erobert wurde, verließen die führenden Wissenschaftler und Designer Byzanz. Viele gingen nach Italien und begannen dort die*

Renaissance. Jetzt ist die Zeit gekommen alles, was Europa in Bezug auf Wissenschaft von uns genommen hat, zurückzuholen“ (Hirsch, 2005, S. 122).

Mit der Globalisierung hat sich die Welt eng vernetzt (Brock, 2008), wobei der Transport von Waren und Dienstleistungen eine entscheidende Rolle spielt (Nuhn, 2010). Diese Vernetzung geht einher mit bahnbrechenden Erfindungen in den Bereichen Kommunikations- und Verkehrstechnologie (Meyer, 2011; Schreiter, 2008). Parallel dazu ist Migration zu einem bedeutenden Phänomen geworden, das mit der Globalisierung stark zugenommen hat und für die Politik der betroffenen Länder teils zu einer erheblichen Herausforderung geworden ist (Langthaler & Hornoff, 2008). Strukturelle Bedingungen für die weltweite Migration werden maßgeblich von Entwicklungen in Infrastruktur und Kommunikationstechnologien beeinflusst (Fäßler, 2007; Osterhammel & Petersson, 2003). Diese Entwicklungen ermöglichen es Menschen, ihre Heimatländer zu verlassen und weit entfernte Regionen zu erreichen.

Im Diskurs zur Migration geht es zunächst nicht um Flüchtlinge oder Verfolgte, die aus humanitären Gründen ein Migrationsrecht haben, sondern um jene, die aus wirtschaftlichen Motiven zuziehen. Von allen Menschen weltweit, die nicht an ihrem Geburtsort leben, sind 90 % Wirtschaftsmigranten und lediglich 10 % Flüchtlinge (United Nations, 2019).

Der Begriff „Wirtschaftsmigrant“ gewann ab der Mitte des 19. Jahrhunderts zunehmend an Bedeutung und prägt bis heute maßgeblich das Verständnis von Migration (Hölz, 1994). Ohne die Migranten wäre es während der Industrialisierung kaum möglich gewesen, die Produktionsprozesse aufrechtzuerhalten. Ein konkretes Beispiel hierfür ist die Situation der deutschen Wirtschaft nach dem Zweiten Weltkrieg. Ab 1960 stieg die Produktion von Waren in den Produktionshallen stark an, weshalb sich die deutsche Politik dazu entschloss, Gastarbeiter aus dem Ausland anzuwerben (Höhne et al., 2014). Dies ermöglichte es der deutschen Wirtschaft, das Wachstum im Kontext der Industrialisierung zu stabilisieren. Zahlreiche Studien bestätigen zudem, dass die Zuwanderung von Fachkräften einen positiven Einfluss auf das Wirtschaftswachstum hat (Bonin, 2006, 2014; Brücker, 2013; Steinmann, 2007).

Zwei entscheidende Gründe führen zur Wirtschaftsmigration (Klingholz et al., 2019): Erstens besteht ein erheblicher Unterschied im Wohlstandsfälle zwischen

Herkunfts- und Zielland. Das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf weist erhebliche Unterschiede zwischen entwickelten Ländern und Entwicklungsländern auf. Die Daten des *International Monetary Fund* (2021) verdeutlichen, dass entwickelte Staaten ein neunmal höheres Bruttoinlandsprodukt pro Kopf aufweisen als viele Entwicklungsländer. Zweitens spielt die Demografie eine entscheidende Rolle (Klingholz et al., 2019). Aufgrund des weltweiten Bevölkerungswachstums migrieren immer mehr Menschen aus ihrer Heimat. Knappe Ressourcen wie Gesundheitsdienste, Bildungseinrichtungen und Arbeitsplätze könnten als Gründe dafür angeführt werden. Die Menschen verlassen ihre Heimat, um sich der erhöhten Konkurrenz in ihrem Herkunftsland zu entziehen.

Für viele Menschen aus der Türkei ist Deutschland seit den 1960er Jahren eines der bevorzugten Auswanderungsländer (Ulusoy & Gräbel, 2010). Die erste große Migrationswelle ereignete sich nach dem Anwerbeabkommen vom 30. Oktober 1961 bis 1968, bei dem insbesondere männlichen Fachkräften als Gastarbeiter nach Deutschland kamen (Ete, 2000). In dieser Phase wurden gezielt Fachkräfte aus der Türkei von Industriestädten oder mittelgroßen anatolischen Städten angeworben, insbesondere für die Autoindustrie. Die zweite Migrationswelle von 1968 bis 1974 umfasste größtenteils Bauern, die vermehrt für unqualifizierte Arbeitskraftbedarfe angeworben wurden. In dieser Zeit verdreifachte sich die Zahl der türkischen Gastarbeiter von 152.900 auf 453.100 (Luft, 2014). Anschließend folgte die dritte Welle (1973-1980) mit Familienangehörigen der ersten und zweiten Migrationswellen (Ete, 2000; Sturm & Moro, 2010). Während bei den ersten beiden Wellen gezielt männliche Fachkräfte angeworben wurden, um nach Überwindung des Fachkräftemangels in ihre Heimat zurückzukehren (Pagenstecher, 1996), setzte die dritte Welle ein, bei der vermehrte Frauen und Kinder aus der Türkei migrierten. Die vierte (1980), fünfte (1998) und sechste (2016) Welle erfolgten jeweils nach politischen Unruhen in der Türkei, wobei die Mehrheit der Migranten hochqualifizierte und politisch Verfolgte waren (Bundesbeauftragte für Migration, 2009; Ete, 2000; Pepler, 2016; Thelen, 2017). Gemäß dem Datenreport 2021 leben derzeit in Deutschland 2,8 Millionen Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (Petschel, 2021).

Hochqualifizierte Migration von Fachkräften wird maßgeblich von politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen beeinflusst (Sanchez-Montijano et al., 2018). In den letzten Jahren hat dies auch in der Türkei erhebliche Auswirkungen

gehabt. Zwischen 1999 und 2013 galt die Türkei als attraktives Einwanderungsland für viele Hochqualifizierte, darunter zahlreiche Fachkräfte aus Deutschland mit türkischem Migrationshintergrund (Aydin, 2010). Diese Attraktivität resultierte aus den Reformen in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft der Türkei, die sich vermehrt an europäischen Richtlinien orientierten. Ab 2013, nach den Gezi-Protesten, änderte sich diese Situation (Sanchez-Montijano et al., 2018). Aufgrund politischer und gesellschaftlicher Unruhen sowie einer instabilen Wirtschaft verlor die Türkei ihre Attraktivität für viele hochqualifizierte Fachkräfte. Im Laufe der Zeit entwickelte sie sich zu einem Abwanderungsland, wobei vermehrt von einem Brain-Drain hochqualifizierter Fachkräfte zu anderen Ländern gesprochen wurde.

2.2 DIE ENTWICKLUNG DER DEUTSCH-TÜRKISCHEN BEZIEHUNGEN IM BEREICH DER MEDIZIN: EINE HISTORISCHE ANALYSE IN DREI PERIODEN

Die historische Betrachtung der Beziehungen zwischen der Türkei und Deutschland im medizinischen Kontext gliedert sich in etwa drei Perioden. Den Ursprung bildet die erste Periode im 17. Jahrhundert während des Osmanischen Reiches (Erichsen, 1991). Die zweite Phase setzt mit der Gründung der Universität Istanbul im Jahr 1933 ein, während anzunehmen ist, dass die dritte Periode von den 1950er Jahren bis in die Gegenwart reicht.

Im späten 19. Jahrhundert erkannten die Osmanen die Notwendigkeit von Reformen, um dem drohenden Niedergang ihres Reiches entgegenzuwirken (Öztürk & Şaylıgil, 2015). In dieser Zeit begannen die ersten Kontakte mit europäischen Staaten, um Reformen im Land einzuleiten. Die initiale Phase der Reformen, während der Tanzimat-Periode (1839-1876), konzentrierte sich auf militärische Ausbildung und die Modernisierung des Arzneydienstes. Erst im Anschluss erfolgten Reformen in anderen Lebensbereichen wie Bildung, Medizin und Technik. Die medizinischen Reformen starteten 1827 mit der Gründung der Medizinschule *Tiphane-i amire* (de.: Ort der Medizin) und der *Cerrahhane-i Amire* (de.: Ort der Chirurgie). Diese Schulen wurden 1831 durch den französischen Professor Charles Ambroisse Bernard nach französischem

Vorbild umgestaltet und fusioniert, woraus die *Tibbiye* (de.: *medizinische Fakultät*) entstand.

Die Entscheidung, die Medizinausbildung auf der französischen Sprache durchzuführen, wurde von Sultan Mahmut II. damit begründet, dass die vorhandenen medizinischen Werke in arabischer Sprache veraltet und schwer zu übersetzen seien (Tahsin, 1991). Die Anpassung der medizinischen Bildung an europäische Standards erforderte die Vermittlung von Kenntnissen in einer zugänglicheren Sprache. Infolgedessen wurde Französisch als Unterrichtssprache gewählt, um den Wissenstransfer zu erleichtern. Trotz dieser pragmatischen Entscheidung war das langfristige Ziel, die medizinischen Werke ins Türkische zu übersetzen und die Ausbildung in der eigenen Sprache zu gestalten, was 1866 schlussendlich erfolgte (Berkes, 2012; Tahsin, 1991).

Durch die türkisch-europäische Zusammenarbeit im medizinischen Bereich wurden insbesondere auch die Beziehungen zum deutschen Kaiserreich verstärkt (Berkes, 2012). Der Beginn dieser Verbindungen lag in den militärischen Austauschprogrammen, bei denen namhafte preußische und deutsche Militärberater ins Osmanische Reich eingeladen wurden (Tanrıverdi & Öney, 2003). Dieser Austausch markierte den Anfang der deutsch-türkischen Beziehungen im medizinischen Kontext, wobei die Zusammenarbeit anfänglich militärischen Zwecken diente und die Übernahme wissenschaftlichen Denkens sowie die Anwendung moderner Medizin in der Reformbewegung im militärischen Bereich begründet war. Die Entsendung von deutschen Ärzten, Ingenieuren und Militärausbildern zielt darauf ab, den deutschen Einfluss zu festigen und gleichzeitig Märkte für deutsche Waren zu erschließen (Gencer, 2002).

Die zweite Modernisierung des Medizinstudiums erfolgte 1896 durch Unterstützung des deutschen Kaisers Wilhelm II., der deutschen Experten nach Istanbul entsandte (Çoruh, 2015). Das medizinische Militärkrankenhaus *Gülhane* in Ankara wurde 1898 in eine Übungsschule umgewandelt, wobei Prof. Dr. med. Robert Rieder maßgeblich die Reform der medizinischen Ausbildung überwachte. Die neu eröffnete militärische Medizinschule wurde 1903 gegründet und später mit der zivilen Militärschule verbunden. Die Istanbul Universität übernahm die medizinische Fakultät,

und viele Studenten von Prof. Robert Rieder wurden bekannt für ihre herausragende wissenschaftliche Entwicklung (Birand, 1960). Weitere deutsche Professoren, darunter auch nicht-medizinische Akademiker, verstärkten den deutschen Einfluss auf die akademische Bildung des Osmanischen Reiches (Mutz-Humrich, 2008).

Mit der Gründung der Türkischen Republik wurden umfassende Bildungsreformen durchgeführt (Bozay, 2001). Obwohl *Darülfünun* (de.: *Haus der Wissenschaft; gemeint: Universität zur osmanischen Zeit*) zunächst von den Reformen ausgeschlossen war, wurde 1931 der Genfer Professor Albert Malche, ein renommierter Pädagoge und Politiker, der einen bedeutenden Einfluss auf das Schulsystem in der Schweiz hatte, eingeladen, um eine Beurteilung durchzuführen (Namal & Karakök, 2011). Malche, der auch das schwedische Schulsystem beeinflusst hatte, wurde von der türkischen Regierung beauftragt, ein Gutachten über die Darülfünun in Istanbul zu erstellen und Empfehlungen für deren Reformierung nach westeuropäischem Vorbild zu geben. Der Bericht führte zur Schließung von Darülfünun und zur Gründung der Istanbul Universität im Jahr 1933 (Bozay, 2001).

Dieser Schritt führte zu Entlassungen von einem Drittel der Akademiker, während neue Mitglieder rekrutiert wurden (Taşdemirci, 1992). Güçlü (1999) erklärt, dass die Rekrutierung deutscher Akademiker auf Initiative von Atatürks jüdischem Zahnarzt Sami Günzberg erfolgte. Günzberg sensibilisierte Atatürk für die Situation der deutschen Akademiker und schlug vor, von ihnen bei der Universitätsreform zu profitieren. Mit dem Aufkommen von Hitlers Regierung wurden Menschen jüdischer Abstammung oder Menschen, die mit Juden verheiratet waren, verfolgt oder vertrieben (Taşdemirci, 1992). Im April 1933 gründete Professor Phillip Schwartz in Zürich eine Beratungsstelle für deutsche Akademiker als Selbsthilfeorganisation für Wissenschaftler, die aus politischen Gründen vor Hitlers Regime fliehen mussten. Etwa 180 Wissenschaftler, zusammen mit ihren Familien, insgesamt fast 1.000 Menschen, flohen auf diesem Weg in die Türkei, darunter 54 Ärzte, die nun in der neugegründeten Republik tätig waren.

Die Istanbul Universität wurde modernisiert, und durch die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den deutschen und türkischen Akademikern, die ihre Ausbildung in europäischen Ländern erhalten hatten, wurden zahlreiche Werke veröffentlicht und übersetzt (Taşdemirci, 1992). Insgesamt waren an der Istanbul

Universität 16 deutsche Professoren tätig, die leitende Positionen an der medizinischen Fakultät bekleideten. In dieser Zeit wurde auch die Ankara Universität gegründet (Tanrıverdi & Öney, 2003). Dies markierte eine neue Ära für die medizinische Ausbildung in der türkischen Republik. Die Zusammenarbeit mit deutschen Akademikern ermöglichte es der Türkei, insbesondere im Bereich der Medizinausbildung, ein hochwertiges und erfolgreiches Bildungssystem zu entwickeln (Ağuiçenoğlu, 2007). Widmann (1973) berichtet, dass die meisten dieser Wissenschaftler die Türkei in zwei Phasen verließen: Die ersten Exilwissenschaftler wanderten vor dem Ende des Krieges aus und gingen größtenteils in die USA. Die zweite Auswanderung erfolgte am Ende des Zweiten Weltkriegs, wobei die meisten in ihre Heimat Deutschland zurückkehrten. Trotz der Auswanderung blieb die enge Beziehung zwischen den beiden Kulturen bestehen, was in den folgenden Jahren zu engen Kooperationen auf wissenschaftlicher Ebene führte (Bozay, 2001).

In dieser Zeit diente Deutschland der Türkei als Vorbild für die Verwestlichung, insbesondere in der medizinischen Ausbildung und im Medizinsektor. Erst in den frühen 1970er wandte sich die Türkei hinsichtlich der medizinischen Ausbildung den USA zu, wodurch diese immer stärker von der amerikanischen geprägt wurde. (Ağuiçenoğlu, 2007). Kleinschmidt (2012) erklärt diese Amerikanisierung durch die Einführung des Marshallplans zu dieser Zeit. Sowohl die Türkei als auch Deutschland erhielten nach dem Zweiten Weltkrieg Unterstützung durch den Plan, um ihre Länder in allen Bereichen wiederaufzubauen. Dieser Plan, prägte maßgeblich die Amerikanisierung der neuen Universitäten in der Türkei, welche von den migrierten Ärzten besucht wurden (Peppler, 2016).

Ab den 1950er Jahren entfaltete sich die Kooperation zwischen der türkischen und deutschen Medizin auf akademischer Ebene (Erichsen, 1991). Diese enge Zusammenarbeit seit 1950 resultiert auch aus den ersten beiden Phasen vor dem Zweiten Weltkrieg zwischen der Türkei und Deutschland (Peppler, 2016). Infolgedessen analysiert Peppler (2016) die türkische Migrationsgeschichte in Deutschland aus zwei grundlegenden Perspektiven. Erstens konstatiert sie, dass die Migration von deutsch-türkischen Medizinern kein Massenphänomen darstellt, sondern eher individuelle Migrationen einer spezifischen Berufsgruppe sind. Zweitens betrachtet sie die Migration von türkischen Medizinern in Deutschland nicht als Nebenprodukt der

Anwerbeabkommen für türkische Fachkräfte seit 1961, sondern als tief verwurzelte Tradition, basierend auf einer langen Geschichte und einem intensiven Wissenstransfer.

Im Kontext dieser Entwicklung hebt auch Ağıcıenođlu (2007) hervor, dass die türkische Ärztegemeinschaft neben ihrer Funktion im Wissenstransfer auch eine bedeutende Rolle als Verfechter westlicher Ideen spielte. Durch den engen Wissenstransfer wurde am 8. Mai 1957 zwischen der Türkischen Republik und der Bundesregierung Deutschlands ein Kulturabkommen unterzeichnet (Bozay, 2001). Dieses bilaterale Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei beinhaltet Bestimmungen zur Zusammenarbeit im Bereich der Geisteswissenschaften, Kunst und Wissenschaft (Peppler, 2016). Die Gründung der Türkisch-Deutschen Universität ist ebenfalls eine Konsequenz dieses Abkommens.

Die erste Generation türkischer Ärzte ab 1950, die nach Deutschland migrierte, pflegte enge Beziehungen zu Deutschland, da bereits vor dem Zweiten Weltkrieg eine enge Verbindung zu dem Land bestand (Peppler, 2016). Die Beziehung zwischen Deutschland und der Türkei war nach dem Krieg stark durch den US-amerikanischen Marshallplan beeinflusst und äußerst eng. Früher existierten kaum Unterschiede zwischen den beiden Ländern. Die Unterschiede sind heute größer, welche ebenfalls auf den Einfluss des Marshallplans zurückzuführen ist. Dies bezüglich hat Peppler (2016) mit einem Arzt namens Dr. Levent ein Interview geführt, welches in die Einflüsse deutscher Personen auf türkische Strukturen verweist:

„In seiner Generation war Deutschland eben auch nicht viel anders als in der Türkei. Was war denn da anders? [...] Seine Hochschullehrer waren alles Deutsche, die behördliche Struktur wurde geprägt von einer deutschen Kultur, wie zum Beispiel [...] Ernst Reuter, der nach dem Zweiten Weltkrieg erster Bürgermeister von Berlin wurde, war Wirtschaftsökonom und lehrte in der Türkei Wirtschaftswissenschaften. Eine ganze Generation von Wirtschaftsfachleuten, die später auch in die Politik und die Behörden gingen, erlernte das. Das moderne Steuergesetzgebungsverfahren zum Beispiel, all diese Dinge wurden mit Atatürk auf den Weg gebracht und danach nicht weiter vervollständigt. Deshalb war der Unterschied nicht so groß. Für meinen Vater war das nicht so ein großer Unterschied“ (Peppler, 2016, S. 121–122)

Peppler (2016) hebt weiterhin hervor, dass viele der migrierten Mediziner dieser Generation bereits im Kindesalter Deutsch- oder Englischkenntnisse erworben hatten, als sie die ausländischen Privatschulen in Istanbul besuchten. Die Wahl dieser Schulen deutet

darauf hin, dass in den Herkunftsfamilien der Ärzte eine internationale Orientierung vorhanden war. Diese Praxis ist jedoch nicht allgemein, sondern spezifisch für bestimmte soziale Milieus, da auch Ärzte der nachfolgenden Migrationsgenerationen diese deutschsprachigen Schulen in Istanbul besuchten. Erst im Rückblick wird daraus ein generationelles Merkmal, denn die migrierten Ärzte dieser Generation stammen fast ausschließlich aus wohlhabenden und kosmopolitisch orientierten Familien Istanbuls, die ihre Kinder aufgrund ihrer habituellen Disposition in die ausländischen Privatschulen schickten. Diese Exklusivität verliert sich in den folgenden Migrationsgenerationen, wodurch der anfangs als generationenspezifisch wahrgenommene Effekt sich als milieuspezifischer Effekt herausstellt.

In dieser Periode orientierte sich die Türkei innenpolitisch am Vorbild des demokratischen Westens (Pepler, 2016). Dies manifestierte sich im Übergang von einem Einparteiensystem unter der Führung der Republikanischen Volkspartei (CHP) zu einem Mehrparteiensystem ab 1946 und den ersten demokratischen Wahlen im Jahr 1950 (Adanir, 1995). Bei diesen Wahlen wurde Adnan Menderes von der Demokratischen Partei (Demokrat Parti – DP) zum Ministerpräsidenten gewählt. Bereits in den 1940er Jahren begann die Türkei, sich für den Weltmarkt zu öffnen und liberalisierte ihren Außenhandel. Der Beginn der 1950er Jahre brachte durch die Unterstützung der USA einen wirtschaftlichen Aufschwung; mit dem Beitritt zur NATO im Jahr 1952 positionierte sich die Türkei eindeutig im westlichen Bündnis. Die Wirtschaftslage des Landes verschlechterte sich jedoch bis 1960, teilweise aufgrund unzureichender ausländischer Investitionen. Gleichzeitig geriet die Regierung Menderes in die Kritik, nicht demokratisch zu handeln, was insbesondere bei den gebildeten Schichten des Landes für Unruhe sorgte, wie Adanir (1995) feststellt. Ende der 1950er Jahre kam es zu Protesten von Intellektuellen gegen die Regierung, die sich für Menschenrechte, Pressefreiheit, Autonomie der Hochschulen und die Fortführung kemalistischer Reformen einsetzten. Um einen Bürgerkrieg zu verhindern, griff das Militär im Mai 1960 ein und stürzte die Regierung Menderes (Feroz, 1977). Letzlich wurde 1961 eine neue Verfassung verabschiedet.

Die türkische Verfassung von 1961 wurde als vergleichsweise liberal betrachtet (Zürcher, 2010). Sie legitimierte offiziell türkischen Staatsbürgern die Möglichkeit, aus Gründen der Erwerbstätigkeit ins Ausland zu reisen (Benedict et al., 1974). Diese

Regelung stand in unmittelbarem Zusammenhang mit den Anwerbeabkommen, die die Türkei unter anderem mit der Bundesrepublik, Österreich, Dänemark, Frankreich, Belgien, den Niederlanden, der Schweiz und Skandinavien abschloss (Adanir, 1995; Karakaşoğlu, 2010).

Die Motivation für diese Abkommen wurzelte im erheblichen demographischen Druck, der sich aus dem Bevölkerungswachstum, der Mechanisierung der Landwirtschaft, der Binnenwanderung, der Urbanisierung und der daraus resultierenden Arbeitslosigkeit ergab (Abadan-Unat, 1974, 1993). Infolgedessen strebte die Regierung die temporäre Emigration ihrer Staatsbürger an, um einerseits die Arbeitslosenquote im Inland zu mindern und andererseits die Zahlungsbilanz durch Geldtransfers der Emigranten zu stabilisieren. Gleichzeitig sollte die im Ausland erworbene Expertise und Qualifikation der Emigranten nach ihrer Rückkehr zum Fortschritt der Türkei beitragen (Cases Mendez, 1977).

Obwohl bereits zuvor Einzelpersonen, in der Regel gut bis sehr gut qualifizierte Personen, das Land aus eigenem Antrieb für Ausbildungs- und Arbeitszwecke verließen, markierte das Jahr 1961 einen Wendepunkt in der türkischen Geschichte, der die Emigrationswellen der kommenden Jahrzehnte begründete (Abadan-Unat, 1974, 2005). Die Migration von Medizinern erfolgte zwar innerhalb dieser gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen, jedoch verließen Ärzte nicht im Rahmen der staatlichen Anwerbeabkommen das Land, sondern agierten eigeninitiativ oder über wissenschaftliche Netzwerke (Abadan-Unat, 2005). Diese Phase lässt sich als eine Pionierwelle der Ärztemigration bezeichnen, da bereits drei Jahre nach Inkrafttreten der neuen Verfassung 18 Prozent der Absolventen türkischer Medizinschulen im Ausland arbeiteten, wobei die Mehrheit von ihnen, nämlich 832 von 2.284, in der Bundesrepublik lebten, gefolgt von den USA mit 607 ausgewanderten Ärzten (Oğuzkan, 1976).

Die Bestrebungen zur Auswanderung wurden unter anderem durch strukturelle Arbeitslosigkeit unter den türkischen Ärzten verstärkt. Diese Situation resultierte aus erheblichen Unterschieden in Lebensbedingungen und beruflichen Möglichkeiten für Mediziner in städtischen und ländlichen Regionen (Oğuzkan, 1976). Baldwin (1970) betonte, dass Ärzte während ihres Studiums in den Metropolen nicht angemessen auf die medizinische Praxis unter den herausfordernden Bedingungen des ländlichen Umfelds

vorbereitet wurden. Dies führte dazu, dass die Ärzteschaft sich auf die Großstädte konzentrierte; etwa 65% aller Ärzte waren 1964 in den Metropolen Ankara, Istanbul und Izmir tätig, obwohl dort nur etwa 16 % der türkischen Bevölkerung lebten (Oğuzkan, 1976). Diese Konzentration resultierte in einem Ärzteüberschuss in den Städten, während auf dem Land ein Mangel an Ärzten herrschte (Franck, 1970).

In den städtischen Gebieten kämpften viele Ärzte mit niedrigen Löhnen und einem intensiven Wettbewerb um Patienten (Franck, 1970). Portes (1976) hob hervor, dass diese Asymmetrie zwischen entwickelten und weniger entwickelten Gebieten sowie die daraus resultierenden strukturellen Spannungen wichtige Faktoren für die Emigrationsentscheidungen hochqualifizierter Fachkräfte waren. Die türkische Regierung war aufgrund des erheblichen Verlusts durch die umfangreiche Auswanderung von Ärzten besorgt (Franck, 1970), obwohl die Anzahl der auswandernden Ärzte an sich gering war (Oğuzkan, 1976). Diese Ärzte wurden als „key brains“ des Landes betrachtet, und ihre Abwanderung bedeutete einen signifikanten Verlust (Franck, 1970).

In einer umfassenden Untersuchung wurden 10% der in der Türkei praktizierenden Ärzte, das entspricht 1.257 von insgesamt 12.275 im Jahr 1964, mittels Fragebögen zu den Beweggründen für eine mögliche Auswanderungsentscheidung befragt (Taylor et al., 1968). Als hauptsächlicher Grund nannten 68% der Befragten ein "unzureichendes berufliches Einkommen", gefolgt vom "Bedürfnis nach beruflichem Fortkommen" (12%). Taylor et al. (1968) stellten fest, dass die Ärzte ihr Einkommen als derart gering empfanden, dass die Hälfte von ihnen zwei, einige sogar drei Jobs gleichzeitig ausübte.

Die prägende Motivation für die Migration der türkischen Ärzte nach Deutschland, während der 1960er und 1970er Jahre war eng mit der Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems verbunden und dem damit einhergehenden erheblichen Bedarf an Fachärzten (Peppler, 2016). Die großen Krankenhäuser waren seit den 1950er Jahren kontinuierlich gewachsen, während die finanzielle Lage insgesamt prekär blieb (Lindner, 2004). Im Jahr 1972 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz eingeführt, um das wirtschaftlich angeschlagene Krankenhauswesen zu reformieren. Lindner (2004) betont einen weiteren Trend neben der Bündelung der stationären medizinischen Behandlung in großen Kliniken: die Spezialisierung. Insbesondere der Fortschritt in der

medizintechnischen Entwicklung und der gestiegene Bedarf an Apparaturen führten dazu, dass große Kliniken sich auf spezifische medizinische Fachgebiete spezialisierten, um wirtschaftlich rentabler zu sein. Diese Entwicklung resultierte nicht nur in einem erhöhten Bedarf an Ärzten, sondern insbesondere an Fachärzten und jungen Medizinern, die Facharztausbildungen absolvieren wollten.

Ursprünglich hatten viele Ärzte aus den 1960er- und 70er-Jahren die Absicht, nach Abschluss ihrer Facharztausbildung in Deutschland in die Türkei zurückzukehren, um dort von der angesehenen Facharztausbildung zu profitieren (Peppler, 2016). Eine hochwertige Facharztausbildung in Deutschland eröffnete auch die Möglichkeit, in Großstädten der Türkei eine Anstellung zu finden. Nach mehreren Jahren in Deutschland veränderten sich jedoch ihre Erwartungshorizonte erheblich. Viele Ärzte entschieden sich aus verschiedenen Gründen dafür, weiterhin in Deutschland zu leben und zu arbeiten. Einige von ihnen hatten sich beruflich etabliert, während ihre beruflichen Kontakte in der Türkei schwächer geworden waren. Andere waren möglicherweise von den enttäuschten Erfahrungen ihrer zurückgekehrten Kollegen beeinflusst worden.

Im Gegensatz zu den in den 1960er Jahren nach Deutschland migrierten Ärzten stammten diejenigen, die ab den 1970er bis 1990er Jahren kamen, nicht mehr vorrangig aus den Mittel- und Oberschichten der Metropolen, sondern vermehrt aus den "neuen" Großstädten, die durch den demographischen Wandel entstanden sind (Peppler, 2016). Die demographischen und strukturellen Veränderungen in der türkischen Gesellschaft führten zu einer aufstiegsorientierten Mittelschicht, vor allem aus Familien von Beamten und Angestellten. Das Wachsen dieser aufstiegsorientierten Mittelschicht mit ausgeprägten Bildungsaspirationen führte dazu, dass immer mehr junge Erwachsene ein Studium anstrebten (Okyar, 1969). Obwohl seit 1955 weitere Universitäten an verschiedenen Standorten des Landes gegründet wurden, gab es Ende der 1960er Jahre immer noch zu wenige Studienplätze für die hohe Anzahl von Gymnasiumabsolventen mit türkischem Abiturabschluss.

Die Verfassung der Zweiten Türkischen Republik von 1961 garantierte die Freiheit des Denkens, der Meinungsäußerung, der Vereinigung und der Veröffentlichung sowie andere demokratische Freiheiten (Feroz, 1977). In den folgenden Jahren führte die "Liberalisierung des politischen Lebens" (Çağlar, 2000) zu einer politischen Instabilität

im Land, da sich links- und rechtspolitische Gruppen zunehmend radikalisierten. Çağlar (2000) verdeutlicht einerseits den starken Einfluss antifaschistischer und sozialistischer Kräfte, die eine enorme Anziehungskraft auf die Intellektuellen des Landes ausübten. Andererseits wurde diese neue politische Ordnung von rechtskonservativen Kreisen nicht akzeptiert, wie Adanir (1995, S. 100) betont: „*Man sah die traditionelle türkische Kultur bereits in ihren Grundlagen erschüttert.*“ Sowohl der „*internationale Kommunismus*“ (Adanir, 1995, S. 100) als auch die „*auf Konsum basierende Lebensweise des Westens*“ wurden dafür verantwortlich gemacht. Findley (2010) fasst zusammen: „*Die Türkei der 1960er Jahre hatte von einer liberalen Verfassung profitiert, litt jedoch unter dem Aufstieg illiberaler politischer Bewegungen am Extrem eines politischen Spektrums.*“ (S. 351).

Farrokhzad (2007) hebt hervor, dass die politischen Entwicklungen in dieser Zeit bislang nur unzureichend als potenzielle Einflussfaktoren der Migrationsbewegungen aus der Türkei behandelt wurden. Eine differenzierte Analyse der Migrationsereignisse könnte durch ihre Berücksichtigung ermöglicht werden. Die politischen Unruhen dieser Ära erwiesen sich als entscheidend für die Migrationsgeschichte zwischen der Türkei und Deutschland, da sie die Auswanderungsentscheidungen sämtlicher Ärzte von den 1970er bis zu den 1990er Jahren beeinflussten.

Es sei zudem angemerkt, dass die Attraktivität Deutschlands als Ziel für die migrierte „*neue*“ Elite, bestehend aus Ärzten der 1970er bis 1990er Jahre, aufgrund des Marshall-Plans der USA abnahm (Peppler, 2016). Als Konsequenz gewann die englische Sprache an Schulen und Universitäten an Bedeutung, während die deutsche Sprache an Wert verlor.

Darüber hinaus hatten die migrierten Mitglieder der „*neuen*“ Elite im Gegensatz zu den Ärzten der vorherigen Generation, insbesondere aus den 1960er Jahren, keinen direkten Kontakt zu deutschen Akademikern (Peppler, 2016). Letztere waren während des Zweiten Weltkriegs in die Türkei geflohen und hatten gemeinsam mit ihren türkischen Kollegen bedeutende Universitäten wie beispielsweise die Istanbul Universität mitgegründet und aufgebaut. Nach Kriegsende kehrten viele dieser Akademiker nach Deutschland zurück, während einige in die USA auswanderten. All dies führte dazu, dass die „*neue*“ Elite auch ein starkes Interesse an den USA entwickelte.

Im Gegensatz zur migrierten "alten" Elite, die in den 1960er Jahren aus Idealismus oder Sehnsucht nach Deutschland kam, wurden die Mediziner der „neuen“ Elite aus politischen und beruflichen Gründen aus der Türkei verdrängt (Peppler, 2016). Deutschland wurde für sie attraktiv, da bereits transnationale Kontakte auf persönlicher oder wissenschaftlicher Ebene existierten.

Es ist von Bedeutung zu betonen, dass die migrierte „neue“ Elite untereinander in den meisten Fällen keine kollegialen oder freundschaftlichen Verbindungen hatte, da sie sich nicht kannten (Peppler, 2016). Im Gegensatz zur migrierten „alten“ Elite, die durch gemeinsame Erfahrungen geprägt war, formte sich die Medizinergeneration der 1970er bis 1990er Jahre eher durch individuelle, homologe Erfahrungen.

Während die postmigrantische Situation eine vereinigende Wirkung auf die migrierte „alte“ Elite hatte, verliefen die gesellschaftlichen und beruflichen Positionierungsprozesse der migrierten „neuen“ Elite weitgehend getrennt voneinander, wie noch aufgezeigt wird (Peppler, 2016).

Peppler (2016) klassifiziert die ab den 1990er Jahren bis heute nach Deutschland ausgewanderten türkischen Ärzte unter dem Begriff „globale Elite“, die sich durch eine Selbstverständlichkeit in Bezug auf Bildungs- und Migrationsentscheidungen auszeichnet. Die Forschung basiert auf Interviews mit Herrn Uçan, Herrn Dr. Durmuş und Herrn Dr. Mutlu, Vertretern einer Generation, deren Eltern bereits von den Aufstiegschancen der Mittelklasse profitierten. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen, insbesondere der Zugang zur Universität und das Studium, von den Befragten als normal wahrgenommen werden. Tekeli (1991) betont in ihrer Arbeit, dass ab den späten 1970er Jahren die Veränderungsprozesse in der Türkei eine deutlich beschleunigte Entwicklung erfuhren. Diese beschleunigten Prozesse führten zu einem erheblichen Wandel, der sowohl strukturelle als auch wertebasierte Veränderungen umfasste. Die Autorin identifiziert Kapitalismus, Binnenwanderung mit nachfolgender Urbanisierung sowie Emigrationsbewegungen als drei bedeutende Dynamiken in der neueren türkischen Geschichte. Diese Dynamiken haben die Gesellschaft seit den 1950er bzw. 1960er Jahren nachhaltig und signifikant beeinflusst.

Die Migrationserfahrungen dieser globalen Elite unterscheiden sich von früheren Generationen, sowohl der „alten“ als auch der „neuen“ Elite (2016). Im Gegensatz zu den Idealvorstellungen von Europa, die die „alten“ Eliten prägten, zeigt die „neue“ Elite eine pragmatische und professionell orientierte Einstellung zur Migration. Diese Unterschiede spiegeln sich in der Art der Kontaktaufnahme zu Ärzten in Deutschland wider, die bereits von der Türkei aus erfolgt und geprägt ist von einer transnationalen Perspektive.

Die Migration der „globalen“ Elite wird durch professionelle Karriereorientierung und weniger durch gesellschaftliche Missstände in der Türkei motiviert (Peppler, 2016). Die Selbstverständlichkeit, mit der sie ihre beruflichen Chancen im Ausland ausloten, ist in schichtspezifischen familiären Reproduktionsstrategien verwurzelt. Dabei spielen die normalisierten Herausforderungen, wie kompetitive Prüfungen und institutionelle Rahmenbedingungen, eine entscheidende Rolle in ihrer Bildungskarriere. Strukturelle Gründe für die Migration sind auch in der deutschen Sprache und Facharztausbildung zu finden, die in der Türkei als anspruchsvoller wahrgenommen werden.

Die „globale“ Elite unterscheidet sich von den „alten“ Eliten, die mit idealisierten Vorstellungen von Europa migrierten und sich mitunter von gesellschaftlichen Missständen leiten ließen (Peppler, 2016). Im Gegensatz dazu zeigen die „neuen“ Eliten, zu denen die befragten Mediziner gehören, eine nüchternere und pragmatischere Einstellung zur Migration, die stärker auf beruflichen Chancen basiert. Die „globale“ Elite orientiert sich verstärkt an ihrer professionellen Karriere und weniger an gesellschaftlichen Problemen in der Türkei im Vergleich zu den vorherigen Generationen.

2.3 BEDARF AN TÜRKISCHEN ÄRZTEN IN DEUTSCHLAND

Die in Deutschland praktizierenden Ärzte mit türkischer Herkunft agieren nicht nur als Vermittler zwischen den Patienten und dem Gesundheitssystem, sondern tragen auch die Verantwortung für die Umsetzung der staatlichen Gesundheitspolitik insbesondere hinsichtlich der türkischen Gesellschaft (Peppler, 2016). Durch ihre Tätigkeit im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems und aufgrund ihres türkischen

kulturellen Hintergrunds können sie die Patienten türkischer Herkunft effektiver erreichen. Indem sie die türkische Wohnbevölkerung in Deutschland als geschlossene "ethnische Community" darstellen, argumentieren sie, dass nur sie Zugang zu dieser spezifischen Gruppe haben.

In einem Interview mit Herrn Prof. Dr. Yücel verdeutlicht Pepler (2016), warum türkische Ärzte eine bedeutende Rolle in der deutschen Gesellschaft spielen. Prof. Dr. Yücel betont, dass die Bevölkerung in Deutschland, die kein Deutsch spricht und folglich keine medizinische Versorgung in Anspruch nimmt, ein Problem darstellt (Pepler, 2016). Das Vorhandensein von Ärzten türkischer Herkunft als Ansprechpartner fördert die Früherkennung von Krankheiten und verhindert deren Ausbreitung. Dies kann einen wirtschaftlichen Gewinn für Deutschland bedeuten. Prof. Dr. Yücel erläutert somit die bevölkerungspolitische Verantwortung der Ärzteschaft türkischer Herkunft für den deutschen Sozialstaat. Gesundheit bedeutet in diesem Kontext Arbeitsfähigkeit und Beitrag zu den Sozialsystemen, während Krankheit Arbeitsausfall und Kosten für die Sozialsysteme bedeuten.

Ein exemplarisches Beispiel für den Bedarf an türkischen Ärzten in Deutschland manifestiert sich in der Behandlung von Hepatitis B (Kahraman et al., 2010). Diese Infektionskrankheit wird in der Hepatologie als ein Gesundheitsproblem betrachtet, das vorrangig Einwanderer aus Regionen betrifft, in denen das Virus weit verbreitet ist (Brodzinski & Bömmel, 2010). Innerhalb dieser Gruppe stellt die türkischstämmige Wohnbevölkerung mit etwa 25% der Personen mit entsprechendem Marker die größte Kohorte dar. Besonders betonen Brodzinski und van Bommel (2010), dass insbesondere mangelnde Deutschkenntnisse bei den "Risikogruppen" die Präventionsarbeit erschweren. Daher schlagen sie vor, Aufklärungs- und Screeningkampagnen von geschulten Personen mit ähnlichem kulturellem Hintergrund in der jeweiligen Landessprache durchzuführen (Brodzinski & Bömmel, 2010). Zu diesem Zweck steht Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen zur Verfügung (Deutsche Leberhilfe e.V., 2023). Ein medizinischer Diskurs ethnisiert die Krankheit Hepatitis B gewissermaßen und verleiht ihr eine "türkische" Dimension (Pepler, 2016).

Durch kommunikative Prozesse zwischen Ärzten, Institutionen und gesellschaftlicher Lobbybildung entwickeln sich entsprechende Expertengruppen, die sich durch

humanitäre Argumentationsmuster legitimieren, wie beispielsweise die Deutsch-Türkische Medizinergesellschaft e.V. (DTM) (Pepler, 2016). Diese Gesellschaft wurde im Jahr 1970 von 20 Medizinerinnen und Mediziner der migrierten „*alten Elite*“ als Verein der türkischen Doktoren gegründet (Hibbeler, 2009). Die DTM spielt eine bedeutende Rolle bei der Förderung des Austauschs von medizinischem Wissen, Erfahrungen und Best Practices zwischen Deutschland und der Türkei. Zudem engagiert sich die DTM in verschiedenen gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Belangen, insbesondere im Kontext der Gesundheitsversorgung und -prävention für die türkischstämmige Bevölkerung in Deutschland. Durch ihre humanitäre Ausrichtung und ihre Arbeit in der Medizin trägt die DTM zur Gesundheitsversorgung und Integration türkischstämmiger Menschen in Deutschland bei.

Zusammenfassend lässt sich schließen, dass der deutsche Staat auf die Ärzteschaft türkischer Herkunft angewiesen ist, wenn er sicherstellen möchte, dass diese Bevölkerungsgruppe angemessen versorgt und aufgeklärt wird.

KAPITEL 3. DEFINITIONEN UND RAHMENKONZEPTE

Im vorliegenden Abschnitt erfolgt zunächst eine eingehende Analyse des Begriffs „Kultur“ und der damit verbundenen Forschungen. Im Anschluss daran wird eine umfassende Untersuchung der türkischen und deutschen Kultur unter Verwendung der türkischen und deutschen Kulturstandards nach Alexander Thomas (1991) durchgeführt.

Im weiteren Verlauf werden die Aspekte der Interkulturalität im Gesundheitssektor ausführlich erörtert. Dabei wird eine detaillierte Untergliederung in die Dimensionen der Patientenvielfalt sowie der Mitarbeitervielfalt vorgenommen. Zum Abschluss wird der aktuelle Forschungsstand im Bereich interkultureller Ärzteteams dargelegt.

3.1 KULTURBEGRIFF UND KULTURSTANDARDS

In der Forschung wird betont, dass der Begriff Kultur ein umstrittenes und vielschichtiges Konzept ist (Moosmüller & Jana Möller-Kiero, 2014). Dies spiegelt sich in der Vielzahl unterschiedlicher Definitionen wider, die versuchen, das Phänomen Kultur zu erfassen. Kroeber und Kluckhohn (1952) haben in den frühen 1950er Jahren 164 verschiedene Kulturdefinitionen gesammelt, was die Komplexität der Konzeptauffassungen verdeutlicht (Schön, 2013). Zusätzlich dazu ist „Kultur“ Gegenstand der Untersuchung verschiedener Disziplinen wie Anthropologie, Soziologie, Wirtschaftswissenschaften und Psychologie, was die interdisziplinäre Natur dieses Forschungsfeldes unterstreicht.

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden versucht, den Begriff Kultur aus verschiedenen Perspektiven zu definieren, um ein besseres Verständnis für dieses komplexe Konzept zu entwickeln. Eine der umfassendsten und weitgehend akzeptierten Definitionen von Kultur stammt von Kroeber und Kluckhohn:

„Culture consists of patterns, explicit and implicit, of and for behavior acquired and transmitted by symbols, constituting the distinctive achievement of human groups, including their embodiment in artifacts; the essential core of culture consists of

traditional (i.e., historically derived and selected) ideas and especially their attached values; culture systems may, on the one hand, be considered as products of action, on the other, as conditioning elements of future action“ (Kroeber & Kluckhohn, 1952, S. 181).

Gemäß dieser Definition kristallisieren sich laut Rohn (2006) zwei Kernelemente von Kultur heraus. Erstens fungiert Kultur als Bedeutungssystem, das von den Mitgliedern einer Organisation als eine Art gemeinsame mentale Software geteilt wird. Diese Auffassung von Kultur wird auch von Hofstede (1984) unterstützt, der Kultur als kollektive Programmierung des Geistes betrachtet, wobei Denk-, Fühl- und Handlungsmuster wie eine mentale Software in den Menschen verankert sind. Zweitens *„prägen und beeinflussen die kulturellen Werte individuelles und kollektives Verhalten und strukturieren die Wahrnehmung der Welt“* (Rohn, 2006, S. 21). Der deutsche Wissenschaftler, Alexander Thomas (2005) betrachtet Kultur als ein universelles Phänomen, das ein charakteristisches Orientierungssystem aus spezifischen Symbolen für eine Nation, Gesellschaft, Organisation oder Gruppe darstellt.

Alle diese Ansätze stimmen darin überein, dass Kultur als ein komplexes Wertesystem beschrieben wird, das teilweise im Unterbewusstsein der Menschen verankert ist und deren Wahrnehmung, Werte und Handeln beeinflusst und strukturiert (Engelen & Tholen, 2014). Weitere in der Literatur weitgehend anerkannte Merkmale von Kultur sind unter anderem:

1. Kultur ist erlernt und nicht angeboren, was bedeutet, dass sie sich aus dem sozialen Umfeld der Individuen ergibt und nicht genetisch determiniert ist (Hofstede & Hofstede, 2017).

2. Kultur ist dynamisch, anpassungsfähig und veränderlich, wobei kultureller Wandel als Reaktion auf den Kontakt mit anderen Kulturen oder sich verändernde Umstände erfolgt (Köppel, 2007; Schneider & Hirt, 2007).

3. Kultur ist komplex, da verschiedene Kulturelemente miteinander verflochten sind und als komplexes System betrachtet werden können (Köppel, 2007). Der kulturelle Kontext ist oft heterogen und fragmentarisch, da verschiedene Subkulturen je nach Situation in den Vordergrund treten können. Dieser Aspekt wird von Köppel (2007) besonders als Schnittstelle zur Diversität betrachtet.

3.1.1 Deutsche und Türkische Kulturstandards im Krankenhauskontext Nach A. Thomas (1991)

Alexander Thomas zählt zu einem der wenigen und wichtigsten Vertretern der Interkulturellen Psychologie (Ruesga Rath, 2023). Eine seiner bedeutenden Forschungen sind die Kulturstandards, die von ihm zur interkulturellen Verständigung entwickelt wurden (Thomas, 1991). Im Zentrum steht die Idee, kulturelle Unterschiede nicht durch vordefinierte Dimensionen zu erfassen, sondern durch die Analyse konkreter interkultureller Begegnungssituationen (Barmeyer, 2010). Bei Kulturstandards wurden für bestimmte Länder individuelle Kategorien erstellt. Diese Standards dienen als Leitfaden in interkulturellen Interaktionen, indem sie auf der Annahme basieren, dass Menschen innerhalb einer Gesellschaft aufgrund ähnlicher Sozialisationsprozesse tendenziell ähnliche Verhaltensmuster entwickeln.

Die Erhebung von Kulturstandards erfolgt durch psychologische Untersuchungen in verschiedenen interkulturellen Kontexten wie Schüleraustausch, Studentenaustausch und Expatriate-Beziehungen (Barmeyer, 2010; Thomas, 2005). Kritische Interaktionssituationen werden identifiziert und analysiert, um die spezifischen Verhaltensweisen und kulturellen Eigenheiten zu verstehen. Experten tragen zur Auswertung bei und kontrastieren die Kulturstandards verschiedener Gesellschaften.

Zusätzlich fließen soziohistorische Einflüsse in die Ableitung der Kulturstandards ein. Die entwickelten Kulturstandards bieten somit eine umfassende Perspektive auf die Verhaltensweisen und kulturellen Praktiken von Gemeinschaften, auch wenn sie die gesamte Kultur nicht vollständig darstellen können (Thomas, 2003). Eine visuelle Darstellung kann dabei helfen, die erarbeiteten Kulturstandards anschaulich zu präsentieren und einen Vergleich zwischen verschiedenen Ländern, wie zum Beispiel der Türkei und Deutschland, zu ermöglichen.

Tabelle 1: Kulturstandards Türkei (eigene Darstellung basierend auf Appl et al. 2016))

Kulturstandard	Definition
1. Ehre und Ansehen	Hoch geschätzte Werte in sozialen Interaktionen. Ehre ist eng mit persönlichem Ruf verbunden.
2. Mitmenschlichkeit	Starke Betonung auf zwischenmenschlichen Beziehungen und Gastfreundschaft.
3. Beziehungsorientierung	Bedeutung von persönlichen Verbindungen und Netzwerken in Geschäfts- und sozialen Kontexten.
4. Hierarchieorientierung	Respekt vor Autorität und klaren Hierarchien in Familie und Beruf.
5. Relativismus von Regeln und Zeit	Flexible Einstellung gegenüber Regeln und Zeitplänen. Situative Anpassung ist wichtig.
6. Indirekte Kommunikation	Vermeidung von direkter Konfrontation, höflicher und indirekter Kommunikationsstil.
7. Händlermentalität	Verhandlungsgeschick und Tauschkultur in Geschäftsbeziehungen.
8. Ambivalenter Nationalstolz	Zwiespältiges Verhältnis zu nationalen Identitäten und Werten.

Tabelle 2: Kulturstandards Deutschland (eigene Darstellung basierend auf Schroll-Machl (2002))

Kulturstandard	Definition
1. Sachorientierung	Betonung auf Sachorientierung und Leistung. Persönlicher Ruf wird oft durch berufliche Leistungen bestimmt.
2. Wertschätzung von Strukturen und Regeln	Wertschätzung von Strukturen und Regeln kann zwischenmenschliche Beziehungen beeinflussen.
3. Zeitplanung	Strikte Einhaltung von Zeitplänen und Regeln. Effizienz und Pünktlichkeit sind betont.
4. Internalisierte Kontrolle	Betonung von Teamarbeit und flachen Hierarchien. Autorität muss oft durch Leistung gerechtfertigt werden.
5. Trennung von Persönlichkeits- und Lebensbereichen	Während Beziehungen wichtig sind, steht die Sachorientierung im Vordergrund.
6. Schwacher Kontext	Direkte Kommunikation, klare und offene Ausdrucksweise. Konflikte werden oft direkt angesprochen.

3.2 KONSTRUKTIVE INTERKULTURALITÄT

Mit fortschreitender Globalisierung internationalisieren sich immer mehr Organisationen. Trotz dieser Internationalisierung bleiben kulturelle Unterschiede in den gesellschaftlichen, kulturellen und wirtschaftlichen Bereichen von entscheidender Bedeutung (Barmeyer, 2018). Untersuchungen verdeutlichen, dass interkulturelle Synergien bzw. Chancen bei interkulturellen Begegnungen vergleichsweise selten auftreten (Adler, 1980; Barmeyer & Franklin, 2016; Brannen, 1998; C. Hampden-Turner, 2000; Jedrzejczyk, 2012). Divergierende Erwartungen, Normen und Interpretationsweisen der handelnden Akteure führen oft zu als irritierend und konfliktreich wahrgenommenen internationalen Kooperationen (Barmeyer, 2018). Zahlreiche *Critical Incidents* unterstreichen, dass die internationale Zusammenarbeit Energie, Zeit und Geld beansprucht. Im Kontrast dazu betont Barmeyer (2012) die wechselseitige Beeinflussung verschiedener kultureller Elemente bei interkulturellen Arbeitsumgebungen. Anstelle, dies als Problem oder kritisches Ereignis zu betrachten, sollte dieser interkulturelle Austausch als "Ressource und Bereicherung" verstanden werden. Der Begriff "konstruktive Interkulturalität" impliziert, dass kulturelle Unterschiede bereichernd und komplementär wirken können, wodurch beispielsweise die gemeinsame Aushandlung von Management- und Organisationspraktiken positiv beeinflusst wird (Barmeyer, 2018). Verschiedene Modelle der interkulturellen Managementforschung präsentieren Strategien, wie durch kulturelle Unterschiede eine dynamische und konstruktive Interkulturalität erreicht werden kann (Adler, 1980, 2002; Barmeyer & Franklin, 2016; Brannen, 1998; Brannen & Salk, 2000; Chevrier, 2003; C. Hampden-Turner, 2000; Primecz et al., 2011). Diese Modelle beruhen primär auf den Konzepten der interkulturellen Komplementarität und der interkulturellen Synergie (Barmeyer & Davoine, 2016), die im Folgenden näher beschrieben werden.

3.2.1 Interkulturelle Komplementarität

Komplementarität tritt auf, wenn zwei widersprüchliche Möglichkeiten in einem Objekt zusammenkommen und sich gegenseitig ergänzen, wodurch eine komplementäre Bedeutung entsteht, die beide Phänomene beinhaltet (Meyer-Abich, 1976). Ein entscheidendes Merkmal komplementärer Erkenntnisse ist ihre sequenzielle Abfolge, da

beide Phänomene nicht gleichzeitig auftreten können. Ein Beispiel für die Komplementaritätsthese bietet eine Studie des *Zentrums für Türkeistudien* (1997). Die Befragung von 2.052 Migranten türkischer Herkunft im Auftrag des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung ergab, dass die Mehrheit der türkischstämmigen Bevölkerung neben den türkischen Medien auch die deutschen Medien als komplementär betrachtet. Dies verdeutlicht, wie unterschiedliche Kanäle als Ergänzung dienen können. Interkulturelle Komplementarität bedeutet im internationalen Kontext die gegenseitige Ergänzung von Eigenschaften und Fähigkeiten von Menschen und Gruppen (Barmeyer, 1996). Beide Kulturen werden bei der Interaktion als gleichwertig behandelt, wodurch die Denkmuster oder Verhaltensweisen komplementär kombiniert werden. Ein Beispiel hierfür bietet das Luft- und Raumfahrtunternehmen Airbus, bei dem die Zusammenarbeit von Deutschland und Frankreich bei der Entwicklung des A380 zeigt, wie verschiedene Ressourcen und Kernkompetenzen beider Länder zu einem produktiven Ergebnis führen (Barmeyer & Mayrhofer, 2008).

3.2.2 Interkulturelle Synergie

Der Begriff Synergie stammt aus dem spätgriechischen und wird heute mit der französischen Bedeutung "Zusammenwirken" verwendet (Harris, 2004). Sowohl das Merriam Webster (o. J.) als auch das Oxford Advanced Learner's Dictionary (o. J.) definieren Synergie als die Zusammenarbeit von zwei oder mehr Personen, Unternehmen oder Elementen zur Steigerung der Effektivität. Buckminster Fuller (1981) argumentiert, dass Synergie den Menschen von konservativen und ignoranten Denkweisen befreit, indem der Fokus auf das Gesamtbild gelegt wird. Dies bedeutet, dass Ereignisse in der Organisation besser verstanden werden können, wenn man sich auf das Gesamte konzentriert, anstatt sich mit einzelnen Teilen zu beschäftigen. Mintzberg (1989) beschreibt Synergie als den „*2+2=5 Effekt*“. Diese Definition von Mintzberg lässt sich auch mit den drei Attributen von Scherm (1998) erklären:

- *Kreativität*: Es entsteht etwas Neues und Originelles.
- *Übersummativität*: Das Ergebnis ist viel höher als die Summe der Einzelelemente.
- *Mehrwert*: Es entsteht eine höhere Qualität als die erbrachten Leistungen.

Moran und Harris (1982) betonen, dass kulturelle Unterschiede Wachstum und Erfolg fördern können, indem sie in der interkulturellen Interaktion mehr Vorteile bieten als jede Kultur allein.

Kulturelle Synergie nutzt Ähnlichkeiten und verschmilzt Unterschiede effizient zu positiven Ergebnissen, indem gemeinsames Handeln zur Problemlösung beiträgt (Moran & Harris, 1983). Im Gegensatz zu der Annahme der Homogenität, dass alle Menschen grundsätzlich gleich sind, basiert kulturelle Synergie auf Heterogenität und schätzt die Vielfalt innerhalb der Gesellschaft (Adler, 2002). Der Ansatz geht von der Gleichwertigkeit von Gemeinsamkeiten und Unterschieden aus und lehnt ethnozentrische Sichtweisen ab. Kulturelle Synergie betont die Gleichwertigkeit verschiedener Wege, um Ziele zu erreichen, und akzeptiert, dass kein Weg von Natur aus überlegen ist.

Weiterhin weist Adler (2002) darauf hin, wie auch in Abbildung 3.1 zu sehen ist, dass für die Förderung der Synergie in interkultureller Zusammenarbeit drei Schritte vorgenommen werden können. Diese gliedern sich wie folgt:

1. Situationsbeschreibung
2. Kulturelle Interpretation der Situation
3. Kulturelle Kreativität

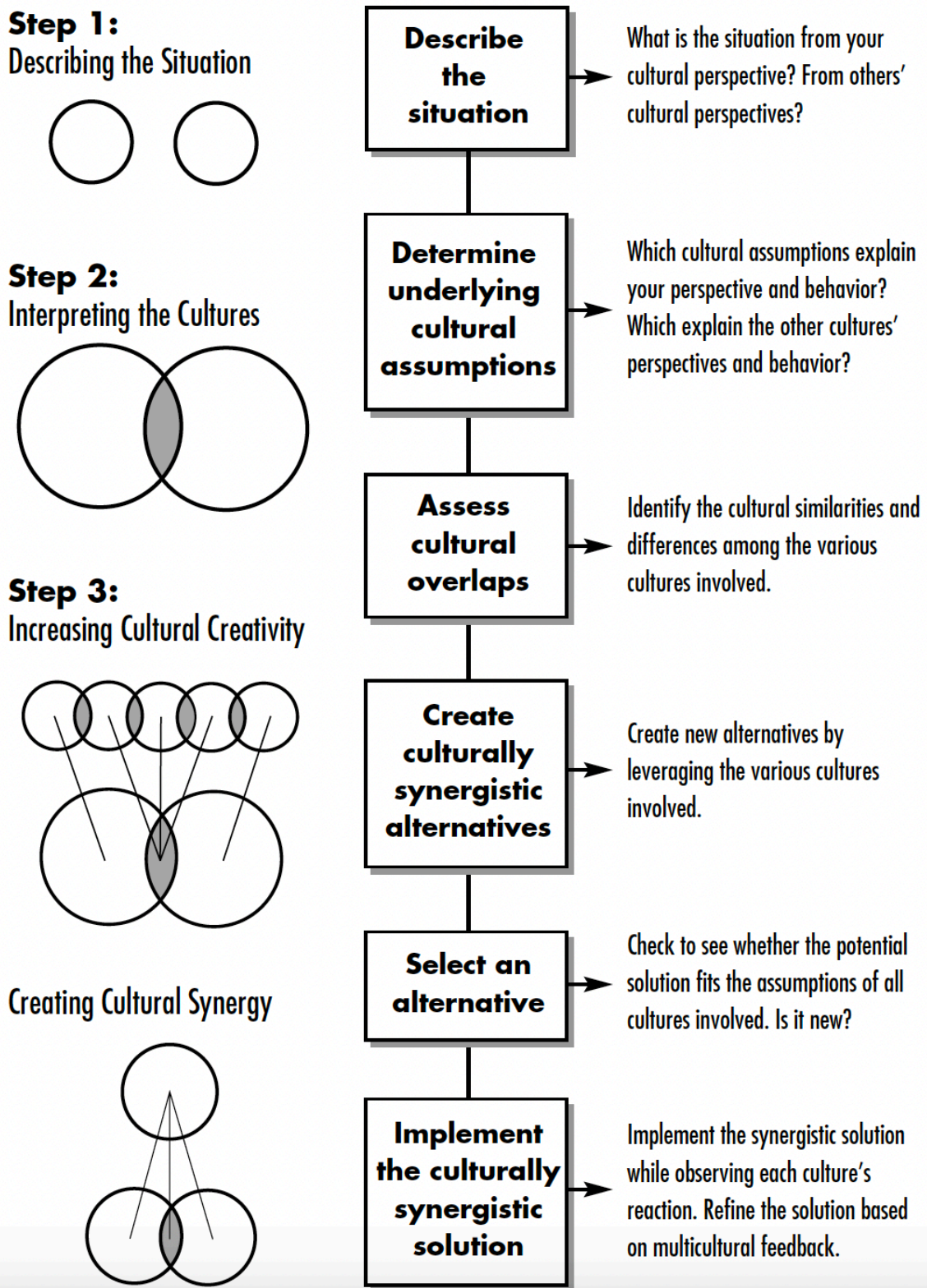


Abbildung 2 – Creating Cultural Synergy (Adler, 2002, S. 112)

Nach Nancy Adler's (2002) Methode zur Förderung kultureller Synergie in organisationsübergreifenden Kontexten besteht aus drei aufeinander aufbauenden Schritten. Im *ersten Schritt*, der Beschreibung der Situation, werden interkulturelle Dilemmata identifiziert, und Manager werden herausgefordert, Konflikte nicht nur aus ihrer eigenen Perspektive, sondern auch aus den Blickwinkeln der beteiligten Kulturen zu betrachten. Die Anerkennung, dass Konflikte auch ohne kulturelle Relevanz aus der eigenen Sicht entstehen können, bildet die Grundlage für eine umfassende Situationsbeschreibung aus multiplen kulturellen Blickwinkeln.

Im *zweiten Schritt* erfolgt die kulturelle Interpretation der Situation (Adler, 2002). Hierbei analysieren globale Manager die Denkweisen, Gefühle und Handlungen verschiedener Kulturen. Durch die Identifikation von Gemeinsamkeiten und Unterschieden wird versucht, rational und nachvollziehbar aus der Perspektive der handelnden Personen zu agieren. Der Einsatz von Rollenwechseln fördert das Verständnis für die unterschiedlichen Annahmen, die das Verhalten in den verschiedenen Kulturen leiten.

Der *dritte Schritt* besteht in der Steigerung der kulturellen Kreativität (Adler, 2002). Organisationen suchen nach kulturell angemessenen Lösungen für Herausforderungen, die Menschen aus verschiedenen Kulturen betreffen. Die Fokussierung auf Lerntransfer und die Frage, was von einer Kultur zur Steigerung der Effektivität und Produktivität von einer anderen gelernt werden kann, stehen hierbei im Mittelpunkt. Die Betonung liegt auf der Schaffung von synergistischen Alternativen durch eine an den kulturellen Kontext angepasste Problemlösung.

Bei der *Umsetzung der kulturell synergistischen Lösungen* ist eine sorgfältige Planung erforderlich (Adler, 2002). Organisationsteilnehmer müssen zunächst ein Bewusstsein für ihre eigenen kulturellen Annahmen und Verhaltensmuster entwickeln, sowie für die Annahmen und Verhaltensmuster anderer Kulturen. Ohne dieses Verständnis erscheinen vorgeschlagene Veränderungen häufig unverständlich oder sogar absurd. Die Schaffung von kultureller Synergie ermöglicht es Organisationen, ihre Probleme zu lösen und die notwendigen Veränderungen umzusetzen, um eine hochwertige Dienstleistung, Mitarbeitereffektivität und Jobzufriedenheit zu fördern.

3.2.3 Strategien Des Interkulturellen Handelns Nach Adler (2002)

Um die diversen Verhaltensstrategien der interkulturellen Zusammenarbeit klar abzugrenzen, erweitert Adler (2002) die Matrix des Thomas-Kilmann Conflict Mode Instruments (TKI) (Thomas & Kilmann, 1974). Das Modell veranschaulicht die Wechselwirkungen zwischen den Dimensionen der Eigen- und Fremdkultur (siehe Abbildung 3.2). Hieraus resultieren fünf grundlegende Verhaltensstrategien, welche den interkulturellen Austausch oder das Handeln repräsentieren (Barmeyer, 2018):

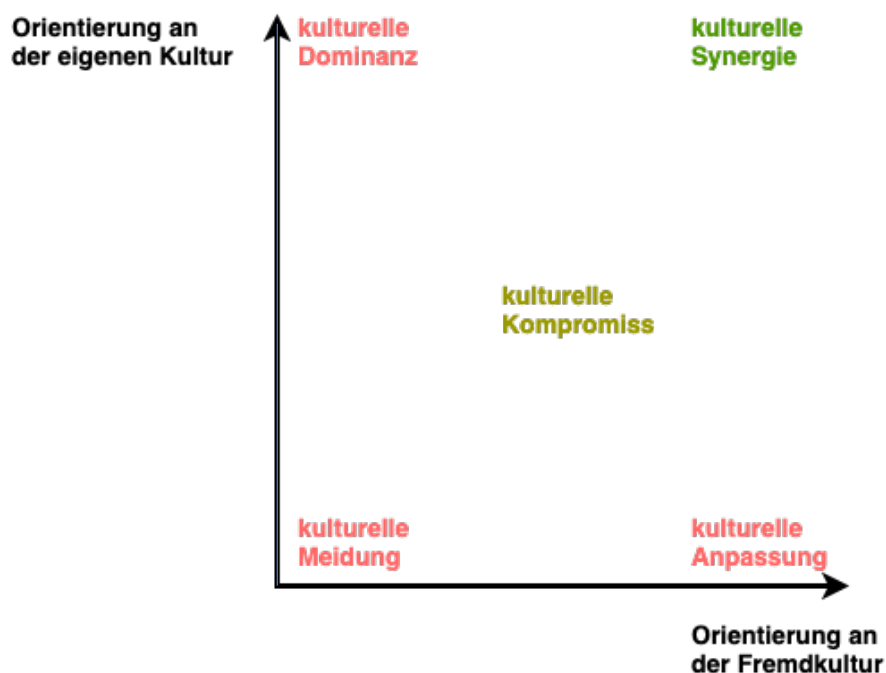


Abbildung 3 – Strategien des interkulturellen Handelns (Eigene Darstellung in Anlehnung an Nancy J. Adler (2002))

Adler (2002) verdeutlicht durch diese Strategien im interkulturellen Handeln, dass verschiedene kulturelle Austauschmöglichkeiten bestehen. Das Modell skizziert zudem, wie mit Interkulturalität umgegangen werden kann (Barmeyer et al., 2016).

Die *kulturelle Meidung* impliziert die explizite Vermeidung von Kultur im beruflichen Kontext und deren Unterschiede sowie mögliche Konflikte (Adler, 2002). In vielen internationalen beruflichen Umfeldern ist eine Meidung der Kultur jedoch nicht realisierbar (Barmeyer et al., 2016). Kulturelle Meidung wird häufig angewendet, wenn

das ungelöste Problem als weniger bedeutend erachtet wird als die aktuelle Zusammenarbeit (Adler, 2002).

Die *kulturelle Dominanz* manifestiert sich in einer ethnozentrischen Sichtweise, in der ausschließlich die eigene Kultur als korrekt betrachtet wird (Barmeyer et al., 2016). Dies geht mit einer starken Orientierung an der eigenen Kultur einher, wobei die fremde Kultur nahezu vollständig ignoriert wird (Adler, 2002). Insbesondere Individuen mit höheren Ressourcen oder Entscheidungsbefugnissen neigen zu kultureller Dominanz (Barmeyer, 2018). Manager wählen diesen Ansatz oft, wenn sie fest davon überzeugt sind, dass ihr Weg, der einzig richtige ist, insbesondere bei ethischen Fragestellungen (Adler, 2002). Ein Beispiel hierfür liefert Adler (2002, S. 181): „*Ein amerikanischer Manager lehnt es ab, ein kleines persönliches Geschenk von einem koreanischen Kunden anzunehmen, da sein Unternehmen aufgrund amerikanischer Gepflogenheiten davon überzeugt ist, dass Geschenke eine Form der Bestechung darstellen. Für den Koreaner war das Schenken eine Form der Beziehungspflege. Das Verhalten des Amerikaners verwirrte den Koreaner.*“

Die *kulturelle Anpassung* kann als die Aufgabe der eigenen Kultur zugunsten der Anpassung an die Fremdkultur definiert werden, wodurch die eigene Kultur nahezu vollständig aufgegeben wird (Adler, 2002). Dies ist insbesondere bei hierarchisch Untergeordneten oder Mitgliedern von Minderheiten in Organisationen zu beobachten (Barmeyer, 2018). Anstatt die eigenen Praktiken aus dem Heimatland beizubehalten, versuchen sie, die Praktiken ihrer internationalen Kollegen zu imitieren (Adler, 2002).

Der *kulturelle Kompromiss* bedeutet, dass beide Kulturen gleichberechtigt sind und sich gegenseitig anpassen (Adler, 2002). Eigene und Fremdkultur werden ausgeglichen, um einen akzeptierten Mittelweg für beide Seiten zu finden (Adler, 2002; Barmeyer, 2018). Als Beispiel dient die Praxis französischer und russischer potenzieller Joint-Venture-Partner, die ihre ersten Treffen abwechselnd in Moskau und Paris abhalten (Adler, 2002). Beide Seiten müssen zur Hälfte der Treffen reisen, jedoch hat keiner der Partner die Unannehmlichkeiten, jedes Mal von seinem eigenen Hauptsitz weg zu reisen und zu arbeiten. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass bei Kompromisslösungen der mächtigere Partner oft weniger aufgibt als der weniger mächtige Partner.

Die *kulturelle Synergie* bedeutet, von den Potenzialen und Stärken beider Kulturen zu profitieren und dadurch eine dritte, effektivere und qualitativ hochwertigere Kultur entstehen zu lassen als die Eigen- und Fremdkultur allein (Adler, 2002). Ein herausragendes Beispiel hierfür ist die Verwendung von Fremdsprachen. Wenn Geschäftsleute aufeinandertreffen, müssen sie sich in einer gemeinsamen Sprache verständigen. Wenn sie unterschiedliche Muttersprachen haben, müssen sie eine gemeinsame Kommunikationssprache wählen. Wenn ein britisches Unternehmen darauf besteht, mit seinem schwedischen Allianzpartner auf Englisch zu arbeiten, macht es von seiner kulturellen Dominanz Gebrauch. Wenn die Schweden sofort zustimmen, entscheiden sie sich für eine kulturelle Anpassung. Entscheiden sich beide Seiten dafür, in ihrer eigenen Sprache zu sprechen und Dolmetscher einzusetzen, handelt es sich um einen Kompromissansatz. Wenn jedoch norwegische und österreichische Geschäftspartner sich dafür entscheiden, auf Englisch zu kommunizieren, nutzen sie die Synergie (Adler, 2002).

Wie das Modell von Nancy Adler (2002) verdeutlicht, existieren unterschiedliche Spannungsverhältnisse bei der internationalen Zusammenarbeit. Bei internationalen Aktivitäten ist es nicht zu erwarten, dass die Akteure sich ausschließlich auf die Nutzung der Synergieeffekte konzentrieren, sondern sie müssen je nach Situation und beteiligten Personen die geeignetste Handlungsoption auswählen.

KAPITEL 4. METHODIK

In den vorhergehenden Abschnitten wird ein umfassender Überblick über die theoretischen Grundlagen im Zusammenhang mit der interkulturellen Zusammenarbeit der türkischen Ärzte in Deutschland gegeben. Diese Grundlagen dienen als Basis für die empirische Erhebung. Im Kontext dieser Erkenntnisse wird in diesem Kapitel die Methodik konzipiert, wobei eine detaillierte Darstellung und Erläuterung des methodischen Vorgehens im Fokus stehen.

4.1 QUALITATIVE SOZIALFORSCHUNG

Um die in Kapitel 1 erläuterten Forschungsfragen dieser Masterarbeit zielgerecht beantworten zu können, ist die Wahl der Methodik durch die Entscheidung für eine qualitative Sozialforschung geprägt. Aus dem Grund, um vertiefte Einblicke in komplexe Themen zu gewinnen und die Vielfalt von Meinungen und Erfahrungen zu verstehen (Flick et al., 2006). Darüber hinaus bietet die qualitative Sozialforschung die Möglichkeit, neue Eindrücke und Sichten auf etwas Neues zu gewinnen, die noch nicht in der Tiefe analysiert sind (wie es beim Thema der Masterarbeit der Fall ist).

Die Masterarbeit ist dem interpretativen Paradigma zuzuordnen und verfolgt einem deduktiven Ansatz. Im Rahmen des interpretativen Paradigmas werden subjektive Sinnstrukturen untersucht und beleuchtet, um ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie Akteure ihre Welt auf der Grundlage sozialer Konstruktionen und Wirklichkeiten durch subjektive Erfahrungen wahrnehmen, konstruieren und wie ihre individuellen Zuschreibungen vorgenommen werden (Barmeyer, 2018; Flick et al., 2006; Grosskopf & Barmeyer, 2021)

Das interpretative Paradigma hilft dabei, ein tieferes Verständnis über Akteure zu erlangen, insbesondere im Hinblick auf ihr sozial-konstruiertes Wissen (Grosskopf & Barmeyer, 2021; Primecz et al., 2023) Ein solches Paradigma erweist sich als besonders relevant, wenn es um Migranten in Organisationen geht. Ziel ist es, *“Einblicke in die vielfältigen subjektiven Erfahrungen zu gewinnen und wie diese in einem bestimmten organisatorischen Kontext geformt werden“* (Primecz et al., 2023, S. 20) Durch die Anwendung des interpretativen Paradigmas können kulturelle Bedeutungen identifiziert werden, die von Individuen im Arbeitskontext verwendet werden (Grosskopf & Barmeyer, 2021). Hierbei handelt es sich um ein *“emisches, kulturspezifisches Wissen“* (Grosskopf & Barmeyer, 2021, S. 191).

Die qualitative (Sozial-)Forschung wurde mit Hilfe von Experteninterviews durchgeführt. Es ist festzuhalten, dass Experteninterviews sich durch das Sonderwissen und der Expertise von Fachexperten zu einem bestimmten Thema kennzeichnen (Mieg & Näf, 2005). Durch die Wahl dieser Interviewform wird bezweckt, durch das Sonderwissen der Ärzte (Untersuchungsgegenstand dieser Masterarbeit) Erkenntnisse über deren berufliche Tätigkeiten und deren Einfluss gezielt zu gewinnen. Die Meinungen und Erfahrungen der Experten dienen als wichtige Bestätigung oder Anpassung der Hypothesen (Mieg & Näf, 2005). Die medizinischen Experten sollen komplexe Sachverhalte klären und den Kontext der Forschungsfragen beleuchten, insbesondere im Hinblick auf kulturelle Unterschiede, spezifische Synergien und Herausforderungen im interkulturellen Gesundheitswesen.

4.2 SAMPLING

Im Fokus der vorliegenden Arbeit, die sich auf den interkulturellen Austausch im deutschen Gesundheitswesen konzentriert, wurde eine gezielte Auswahl von sieben türkischen Ärzten mit unterschiedlichen Merkmalen (siehe Tabelle 3) getroffen, welche in deutschen Krankenhäusern tätig sind. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Erforschung der Zusammenarbeit türkischer Ärzte mit ihren deutschen Kollegen sowie mit den Patienten. Die Auswahlkriterien für die Interviewpartner konzentrieren sich somit auf die aktive berufliche Tätigkeit der Ärzte im deutschen Gesundheitssystem und ihre unterschiedlichen Rollen als türkische Ärzte in deutschen Krankenhäusern oder als deutsche Ärzte, die mit türkischen Kollegen zusammenarbeiten. Dies ermöglicht eine breite Palette an Perspektiven im Kontext des interkulturellen Austauschs im Gesundheitswesen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Sampling aus zwei unterschiedlichen Perspektiven besteht. Die Auswahl von Experten mit unterschiedlichen Hintergründen und Erfahrungen soll zur Vielfalt der Perspektiven beitragen, was die Validität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse stärkt (Renner et al., 2020). Während vier der Befragten aus der Türkei nach Deutschland gekommen sind, um im Gesundheitswesen zu arbeiten, sind die restlichen drei Befragten gebürtige deutsche Staatsbürger. Dies soll die Perspektive sowohl von der türkischen als auch der deutschen Seite ermöglichen und Einblicke in die Forschungsfrage aus beiden unterschiedlichen Perspektiven geben.

Ein besonderer Fall ist zudem der im Folgenden als Befragter 7 (B7) bezeichneter Interviewpartner, welcher seine ärztliche Tätigkeit in einer eigenen Praxis ausübt und einen türkischen Migrationshintergrund hat. Seine Eltern stammen aus der Türkei, wodurch er eine enge Bindung zur türkischen Kultur aufweist. Von besonderer Relevanz ist hierbei nicht nur seine fließende Beherrschung der türkischen Sprache, sondern auch seine kulturelle Vertrautheit, die sich durch die Behandlung einer bedeutenden Anzahl türkischer Patienten in seiner Praxis manifestiert. B7 arbeitet zudem überwiegend mit deutschen Kollegen in seinem Team zusammen, jedoch kommt es gelegentlich zu Begegnungen mit türkischen Ärzten in Operationssälen verschiedener Krankenhäuser, was ihm ermöglicht, vielfältige Erfahrungen zu sammeln. Die Analyse erstreckt sich auch darauf, wie ein deutscher Arzt mit türkischem Migrationshintergrund (bikultureller Arzt) die türkische Arbeitskultur aus einer einzigartigen Perspektive betrachten kann. In der nachfolgenden Tabelle 3 werden die Interviewpartner vorgestellt, welche eine klare Übersicht über die sieben Befragten bietet:

Tabelle 3: Interviewpartner

Nr.	Herkunft	Berufserfahrung	Tätigkeit in Deutschland	Spezialisierung	Weiterbildungsstatus in Deutschland	Arbeitgeber/Praxis
B1	Türkei	20 Jahre	Rehaklinik (Assistenzarzt)	Anästhesie	Facharzt in der Türkei Erneut als Assistenzarzt in Deutschland in der Fachärztliche Weiterbildung	Rehaklinik
B2	Türkei	18 Jahre	Uni Klinikum (Facharzt)	Radiologie	Facharzt in der Türkei Anerkannter Facharzt in Deutschland. Die Weiterbildung wurde in Deutschland erneut absolviert.	Uni Klinikum
B3	Türkei	8 Jahre	Herzchirurgie (Assistenzarzt)	Herzchirurgie	Facharzt in der Türkei Erneut als Assistenzarzt in Deutschland in der Fachärztliche Weiterbildung	Weltbekanntes Herzchirurgie-Krankenhaus
					Facharzt in der Türkei	

B4	Türkei	13 Jahre	Rehaklinik (Facharzt)	Innere Medizin	Erneut als Assistenzarzt in Deutschland in der Fachärztliche Weiterbildung	Rehaklinik
B5	Deutschland	24 Jahre	Herzchirurgie-Krankenhaus (Facharzt)	Herzchirurgie	Anerkannter Facharzt in Deutschland	Weltbekanntes Herzchirurgie-Krankenhaus
B6	Deutschland	4 Jahre	Deutsches Krankenhaus (Facharzt)	Innere Medizin	Anerkannter Facharzt in Deutschland	Deutsches Krankenhaus
B7	Deutschland mit türkischem Hintergrund	23 Jahre	Eigene Praxis (Facharzt)	Chirurgie	Anerkannter Facharzt in Deutschland	Eigene Praxis

4.3 DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS

Insgesamt wurden sieben Experteninterviews geführt. Für die Interviews wurde ein halbstrukturierter Leitfaden entwickelt, basierend auf den Prinzipien der Theorie des interkulturellen Handelns von Nancy J. Adler (2002) (siehe Anhang B). Für die Experteninterviews wurden halbstrukturierte Interviews gewählt, da sie eine ausgewogene Kombination aus Struktur und Flexibilität bieten (Renner et al., 2020; Wittkowski, 2013). Vordefinierte Fragen ermöglichen es, relevante Aspekte der Forschungsfragen abzudecken, während gleichzeitig Raum für individuelle Perspektiven und tiefere Einblicke bleibt. Diese Flexibilität erleichtert die Anpassung an die Expertise der türkischen Ärzte, fördert die Reflexion über komplexe Themen im deutschen Gesundheitssystem und schafft eine vertrauensvolle Umgebung für offene Diskussionen. Empfehlungen für Verbesserungen im Gesundheitssystem und das Zeichnen eines ganzheitlichen Bildes der Herausforderungen und Synergien werden durch diese Art von Interviews ermöglicht und gewährleistet.

Nach der Leitfadenerstellung wurden gemeinsame Zoom-Termine mit den Teilnehmern vereinbart, und die Interviews wurden online durchgeführt. Die Gespräche wurden vollständig aufgezeichnet, wobei die Interviewdauer zwischen 30 und 60 Minuten variierte.

Die Interviewfragen umfassten anfänglich Themen wie persönliche Merkmale, berufliche Anerkennung, das berufliche Umfeld, die Arbeits- und Medizinkultur sowie die interkulturelle Zusammenarbeit. Im Anschluss wurden Fragen zu verschiedenen Dimensionen des interkulturellen Handelns nach Nancy Adler (2002) behandelt, darunter kulturelle Dominanz, kulturelle Anpassung, kultureller Kompromiss, kulturelle Synergie und kulturelle Meidung.

Die Interviews wurden in der Sprache geführt, in der sich die Interviewpartner am sichersten fühlten. Dabei erfolgte die Durchführung der Interviews mit B1, B2, B3 und B4 auf Türkisch, während die Interviews mit B5, B6 und B7 auf Deutsch durchgeführt wurden.

Die größte Herausforderung bestand darin, dass einige Ärzte aufgrund ihrer beruflichen Verpflichtungen Schwierigkeiten hatten, Zeit für die Interviews zu finden. Als Beispiel hielt sich B5 während des Interviews in einem Café auf, was zu lauten Hintergrundgeräuschen und einer begrenzten Gesprächsdauer führte. Trotz dieser Herausforderungen erwies sich die Online-Durchführung der Interviews als äußerst hilfreich, da die Aufzeichnung erleichtert wurde und die Termine flexibel angepasst werden konnten, wodurch Ärzte aus unterschiedlichen Städten erreicht werden konnten.

4.4 QUALITATIVE INHALTSANALYSE

Die qualitative Inhaltsanalyse, basierend auf Mayring (2020), wurde als methodischer Ansatz für die Analyse und Auswertung der sieben Experteninterviews mit halbstrukturierten Interviews gewählt. Mayring definiert die Inhaltsanalyse als "ein strukturiertes, qualitatives Verfahren zur Auswertung textbasierter Daten" (Mayring, 2020, S. 496). Diese Art von Interviews wird häufig in Forschungsprojekten eingesetzt, bei denen Flexibilität und eine tiefere Untersuchung der Themen erforderlich sind (Gläser & Laudel, 2010). Die Analyse zielte darauf ab, spezifische Herausforderungen und Synergien für türkische Ärzte im deutschen Gesundheitssystem sowie im Umgang mit Patienten zu identifizieren.

Die Kategorienentwicklung erfolgte deduktiv unter Verwendung der Literatur zum interkulturellen Handeln nach Nancy J. Adler. Zur Differenzierung verschiedener Verhaltensstrategien im interkulturellen Kontext wurde das *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument* (TKI) von Adler (2002) herangezogen. Das Modell illustriert, wie die

Dimensionen der Eigen- und Fremdkultur zueinanderstehen, und identifiziert fünf grundlegende Verhaltensstrategien für den interkulturellen Austausch (Barmeyer, 2018):

1. Kulturelle Meidung
2. Kulturelle Dominanz
3. Kulturelle Anpassung
4. Kultureller Kompromiss
5. Kulturelle Synergie

Die Fragen des halbstrukturierten Interviews sowie die Codes für die Inhaltsanalyse wurden gemäß der in Tabelle 4 dargestellten Struktur entwickelt, wobei der interkulturelle Austausch der türkischen Ärzte auf alle fünf Verhaltensstrategien hin untersucht wurde. Diese Vorgehensweise ermöglichte eine differenzierte Analyse der unterschiedlichen Verhaltensweisen und Strategien im Kontext der Interaktion zwischen türkischen und nicht-türkischen Ärzten sowie im Patientenkontakt.

Der methodische Prozess folgte zehn Schritten:

Tabelle 4: Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2020) für die Auswertung von Experteninterviews

Schritt	Beschreibung	Anwendung
1. Festlegung des Materials	Auswahl des zu analysierenden Materials.	Auswahl von Experteninterviews mit türkischen Ärzten und deutschen Kollegen in Deutschland als zu analysierendes Material.
2. Analyse der Entstehungssituation	Untersuchung der Bedingungen, unter denen das Material hergestellt wurde.	Interviews über Zoom durchgeführt, um die Erreichbarkeit der Ärzte und die Flexibilität der Zeitfindung zu erleichtern.
3. Formale Charakterisierung des Materials	Bestimmung der Art des zu analysierenden Materials.	Interviews über Zoom aufgezeichnet und anschließend in schriftlicher Form transkribiert.
4. Festlegung der Analyserichtung	Formulierung der Forschungsfrage.	Beantwortung von Forschungsfragen zu spezifischen Herausforderungen und Synergien für türkische Ärzte im deutschen Gesundheitssystem und im Umgang mit Patienten.

5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung	Entscheidung über die am besten geeignete Form der Inhaltsanalyse.	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2020) durchgeführt.
6. Bestimmung der Analysetechnik	Entwicklung eines Kategoriensystems für die Auswertung.	Nutzung des interkulturellen Handelns nach Nancy Adler (2002) als Modell für die Entwicklung des Kategoriensystems.
7. Definition der Analyseeinheiten	Festlegung, welche Einheiten des Materials analysiert werden sollen.	Analyse von wichtigen Passagen und Aussagen in den transkribierten Interviews, die sich auf die definierten Kategorien beziehen.
8. Durchführung der Materialanalyse	Kodierung des Materials anhand des erstellten Leitfadens.	Kodierung des Materials anhand des erstellten Leitfadens, wobei Textpassagen den zuvor festgelegten Kategorien zugeordnet werden.
9. Interpretation der Ergebnisse	Interpretation der analysierten Ergebnisse.	Interpretation der analysierten Ergebnisse, um Muster, Trends und Bedeutungen im Zusammenhang mit den Forschungsfragen zu identifizieren und Aha-Momente herauszufinden.
10. Überprüfung der Gütekriterien	Überprüfung der Gütekriterien der Nachvollziehbarkeit, der Konsistenz und der Übertragbarkeit.	Überprüfung der Gütekriterien der Masterarbeit, die Konsistenz der Interpretationen und die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ähnliche Kontexte festzustellen. Einschließlich der Anwendung des interkulturellen Handelns nach Nancy Adler (2002), um die Nachvollziehbarkeit der Codierung,

4.5 KODIERUNG MIT MAXQDA

Für die Kodierung der Interviews wurden verschiedene Codes als Oberkategorien, wie in Tabelle 5 festgelegt, verwendet, um eine strukturierte Analyse durchzuführen. Die Codes umfassen:

Tabelle 5: Kategorien und Codes für die Interviewanalyse

Codes	Beschreibung	Beispiele
Persönliche Merkmale	Merkmale und Eigenschaften der Interviewteilnehmer	Wie würden Sie Ihre Kommunikationsfähigkeiten beschreiben?
Berufliche Anerkennung und Arbeitssuche	Erfahrungen bezüglich beruflicher Anerkennung und Jobsuche	Können Sie eine Situation teilen, in der Ihre beruflichen Leistungen anerkannt wurden?
Berufliches Umfeld	Umgebung und Bedingungen am Arbeitsplatz	Wie bevorzugen Sie die Gestaltung Ihres Arbeitsplatzes?
Arbeits- und Medizinkultur	Kulturelle Aspekte im Zusammenhang mit Arbeit und Gesundheit	Welche betrieblichen Gesundheitsprogramme haben Sie in Anspruch genommen?
Interkulturelle Zusammenarbeit	Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit Menschen aus anderen Kulturen	Können Sie eine Erfahrung teilen, in der Sie erfolgreich mit Personen aus verschiedenen Kulturen zusammengearbeitet haben?
Kulturelle Dominanz	Auswirkungen von kultureller Dominanz im beruflichen Kontext	Können Sie Beispiele nennen, wo Sie denken, dass die Arbeit nur nach der Arbeitskultur ihrer einheimischen oder ausländischen Kollegen geleitet wird?
Kulturelle Anpassung	Strategien und Erfahrungen in Bezug auf kulturelle Anpassung	In welchen Situationen passen Sie sich oder Ihre Kollegen an die gegenüberstehende bzw. andere Kultur an?
Kultureller Kompromiss	Prozesse der kulturellen Anpassung und Kompromissbildung	Können Sie ein Beispiel nennen, wo Sie mit Ihren Kollegen in einer kulturbedingten Situation gemeinsam eine Lösung gefunden haben?
Kulturelle Synergie	Positive Effekte und Vorteile durch kulturelle Vielfalt	Wie hat die Vielfalt in Ihrem Team zur Förderung von Kreativität beigetragen?
Kulturelle Meidung	Situationen, in denen kulturelle Unterschiede vermieden werden	Vermeiden Sie manchmal den Kontakt mit Ihren Kollegen, weil Sie sich durch die Kultur sehr gestört fühlen?

MAXQDA wurde als Softwareinstrument für die detaillierte Kodierung eingesetzt. Die Plattform ermöglichte eine übersichtliche Darstellung der Codes, die direkt im Text markiert wurden. Dies erleichterte nicht nur den Kodierungsprozess, sondern trug auch dazu bei, Muster und Zusammenhänge in den Interviewdaten zu identifizieren.

4.6 AUSWERTUNG DER INTERVIEWS

Die Interviews wurden mit Hilfe der Theorie des Interkulturellen Handelns von Nancy J. Adler (2002) analysiert und den jeweiligen Handlungsstrategien zugeordnet. Durch die Zuordnung der Interviewerfahrungen zu den definierten Verhaltensstrategien konnten spezifische Synergien und Herausforderungen in der interkulturellen Zusammenarbeit identifiziert werden. Dieser Ansatz schafft eine Brücke zwischen den empirischen Erkenntnissen aus den Interviews und dem etablierten theoretischen Rahmenwerk von Nancy J. Adler (2002), was eine tiefgehende Analyse und Interpretation der Ergebnisse ermöglicht.

KAPITEL 5. ERGEBNISDARSTELLUNG UND DISKUSSION

In diesem Teil der vorliegenden Arbeit werden zunächst die Ergebnisse der Interviews auf der Grundlage der Kulturstandards nach Alexander Thomas (1991) dargestellt. Anschließend werden die Herausforderungen und Synergien, denen sich türkische Ärzte hinsichtlich des deutschen Gesundheitssystems und des Umgangs mit Patienten gegenübersehen, nach interkultureller Handlungsstrategien (Adler, 2002) in separaten Unterkapiteln hervorgehoben. Im Verlauf dieses Kapitels werden zur Veranschaulichung der oben genannten Punkte anhand beispielhafter Zitate aus den geführten Interviews hervorgehoben, und diese Ergebnisse werden ausführlicher diskutiert.

5.1 DEUTSCHE UND TÜRKISCHE KULTURSTANDARDS IN ÄRZTETEAMS

Aufgrund der kulturellen Unterschiede ist es von großer Bedeutung, mit kulturellen Unterschieden gut umgehen zu können, um die Synergien, die sich in der Zusammenarbeit verschiedener Kulturen ergeben, konstruktiv nutzen zu können. Aus diesem Grund werden im Folgenden die Kulturstandards beider Kulturen im Gesundheitswesen von türkischen und deutschen Ärzten dargestellt, die mögliche Anregungen für eine konstruktive Zusammenarbeit geben können.

Hierarchieorientierung in der türkischen Ärzteschaft

In mehreren Interviews mit türkischen Ärzten wird die Hierarchieorientierung betont. Die Bedeutung von Macht in der Ärztekultur wird deutlich, wie das folgende Beispiel zeigt:

„In der Türkei gibt es an vielen Orten [...] eine ausgeprägte Hierarchie. In dem Universitätskrankenhaus, in dem ich gearbeitet habe, gab es beispielsweise trotz seiner universitären Zugehörigkeit nicht viel Hierarchie. Natürlich existierte eine Hierarchie in Bezug auf unsere Professoren. Doch wenn wir beispielsweise die

Hierarchie unter den Assistenzärzten betrachten - angenommen, ich bin ein neuer Assistenzarzt und seit drei oder vier Monaten dabei, während ein anderer Assistenzarzt bereits vier oder fünf Jahre Erfahrung hat und bald seinen Abschluss machen wird - gibt es eine bestimmte Hierarchie. Nach sechs Monaten wird er zum Facharzt oder nach zwei Monaten zum Experten befördert. In der Zwischenzeit gibt es normalerweise einen Dienstaltersunterschied, ähnlich wie im Militärdienst. Derjenige, der vor sechs Monaten kam, wird anders behandelt als derjenige, der vor einem Jahr kam. Es gibt immer einen Unterschied im Dienstalter, und entsprechend handelt man auch danach. Trotz der universitären Umgebung des Krankenhauses, in dem ich tätig war, gab es keinen derartigen Dienstaltersunterschied. Natürlich kann ich dasselbe nicht über unsere Professoren sagen. Ihnen gegenüber zeigen wir denselben Respekt. Wenn ein Professor kommt, wird ihm derselbe Respekt entgegengebracht. Man steht auf, nennt ihn "Herr Professor" und so weiter [...] Wenn ein Experte auftaucht, wird ihm Respekt erwiesen. Anders ausgedrückt, auch wenn er kein Professor oder außerordentlicher Professor ist, hat der Experte das Sagen. Hierbei gilt ebenfalls: Zeigen Sie ihm Respekt, stehen Sie vielleicht sogar auf, wenn er zur Arbeit kommt - je nachdem, wie respektvoll wir miteinander umgehen“ (B1; Z. 78-80)

Dagegen wird in den Interviews mit deutschen Ärzten die Hierarchieorientierung nicht betont. Jede Person wird auf gleicher Augenhöhe betrachtet, selbst unter Kollegen wie Pflegekräften oder Sekretären, wie das folgende Beispiel zeigt:

„Also ich persönlich bin jetzt für eine strenge Hierarchie nicht zu gewinnen. Ganz ehrlich, ich halte immer die Hierarchie ganz flach. Auch in meiner Praxis ist es so bei uns. In der Praxis macht jeder alles. Natürlich medizinisch macht der Arzt, aber ich meine, dass ich meine Tasse selber abspüle und alles mache ich als Arzt auch alles selber. Deswegen ist die Hierarchie, also diese militärische, was was in der Türkei ist, ist hier eigentlich fremd. Ganz ehrlich, das finde ich auch nicht gut.“ (B7; Z. 25)

Sachorientierung und Zeitplanung in der deutschen Ärzteschaft

Ein deutscher Arzt betont die Sachorientierung in der Entscheidungsfindung und die Offenheit für Meinungs austausch:

„Ich würde behaupten, dass in keinem Krankenhaus oder in keiner Praxis so eine Meinung unerwünscht bzw. nicht willkommen wäre. Jeder Arzt darf seine Meinung äußern. Man kann darüber diskutieren, die muss ja nicht richtig sein. Man kann das abwägen, darüber diskutieren und dann eine gemeinsame Entscheidung treffen. Und ich finde, dass jeder auch deutsche, junge Ärzte und auch Ärzte aus der Türkei können jederzeit ihre Meinung äußern und ihre Bedenken auch vielleicht über eine Therapieform äußern, so dass man im Gesamten, das nochmal reflektiert und noch mal anschauen muss. Also und das

ist kein. Es gibt keinen Moment, wo ich sage Nein, ich habe das jetzt entschieden und so wird es gemacht. Natürlich, wenn er jetzt, wenn er jetzt auf seine Meinung pocht und sagt Nein, ich kenne das aber so und ich werde das nicht anders machen. Das ist natürlich wieder das Gegenteil. Ja, man sollte zusammenarbeiten und sollte auch die Meinung des Älteren oder des Erfahreneren natürlich respektieren“ (B7; Z. 32)

Auch die deutsche Zeitplanung wird in einem Zitat deutlich, das darauf hinweist, dass die Betonung auf "wenn man Zeit hat, sich zusammenzusetzen" darauf hindeutet, dass Zeitplanung wichtig ist.

„[...] Wenn jemand zum Beispiel eine Blutabnahme machen soll in der Pflege oder so und man das schafft das dann nicht bis acht Uhr, weil wieder wegen Personalmangel und so. Dann sind die da schon eher toleranter, sind nicht so krass, so nach Zeit und so akkurat alles.“ (B6; Z. 47)

Beziehungsorientierung und Mitmenschlichkeit in der türkischen Ärzteschaft

Die türkischen Ärzte betonen die Beziehungsorientierung und Mitmenschlichkeit. Ein Beispiel zeigt, wie wichtig es ist, mit türkischen Patienten in ihrer eigenen Sprache zu kommunizieren:

„Jeden Tag habe ich solche Fälle in der Praxis, glaube ich. Also häufig kommt es vor. Da ist halt gerade in der Chirurgie, aber auch in Gynäkologie zum Beispiel. Und immer da, wo es ein bisschen, sage ich mal, schamhaft oder peinlich werden könnte, ist es sehr wichtig, dass man mit dem Arzt in seiner eigenen Sprache spricht und nicht auf einen Dolmetscher angewiesen ist, eine fremde Person dann mit reinkommt und das dann übersetzen muss, wissen Sie? Das ist sehr sehr wichtig.“ (B7; Z. 19)

Ambivalenter Nationalstolz in der türkischen Ärzteschaft

Ein deutscher Arzt, der in der Türkei praktiziert hat, berichtet von der ausgeprägten Hierarchie und dem nationalen Stolz unter den türkischen Ärzten:

„Ich habe tatsächlich einen Monat in der Türkei in einer großen Klinik in Adana. Einen Monat dort als praktischer im praktischen Jahr meine Ausbildung gemacht, ein Teil meiner Ausbildung und habe auch diese Hierarchie kennengelernt. Also wenn mein Chefarzt ins Zimmer gekommen ist, dann war das wie so ein heiliger Raum. Zwei rechts und links von ihm gesessen, seine Helfer oder so, und er saß mit seinem Riesenschreibtisch mit hinten groß türkischer Flagge und Atatürk und

so, also es ist wie so ein Staatsmann als Chefarzt und deswegen. Ich finde das übertrieben“ (B7; Z. 26)

Mitmenschlichkeit und Sachorientierung im Kontext türkischer und deutscher Ärzte

Ein weiterer Arzt hebt in seinen Erzählungen die Mitmenschlichkeit seiner türkischen Kollegen hervor, die im Vergleich zu den deutschen Kollegen als herzlicher und emotionaler wahrgenommen werden. Der Arzt betont, dass Deutsche als kollegiale Partner vielleicht etwas kühler und zurückhaltender sind, insbesondere bei bestimmten persönlichen Themen. Hier wird die deutsche Sachorientierung deutlich, die auf Wertschätzung von Strukturen und Regeln basiert.

„Ich würde schon sagen, dass die [Türken] herzlicher sind, dass die emotionaler sind. Das würde ich schon auf jeden Fall sagen, dass die Deutschen schon eher sowas kühler sind und nicht so viel reden. Ja, das ist vielleicht auch so. Gewisse Themen nicht so an sich ranlassen, das fällt schon auf. Auch so allgemeiner dieses, dass dann auch wichtig ist, dass man zusammen isst oder wenn man halt Zeit hat, dass man sich dann zusammensetzt oder so.“ (B6; Z. 65)

Die deutsche Sachorientierung spiegelt sich darin wider, dass Deutsche oft mehr Wert auf Sachlichkeit und Effizienz legen, was sich in einem distanzierteren Verhalten zeigen kann. Zudem wird die deutsche Zeitplanung betont, indem auf die Bedeutung von "wenn man Zeit hat, sich zusammensetzen" hingewiesen wird, was auf eine strukturierte und effiziente Lebensweise hinweisen könnte. Ebenso wird die Trennung von Persönlichkeits- und Lebensbereichen in der deutschen Kultur verdeutlicht, da bestimmte Themen nicht zu nah an sich herangelassen werden.

Auswahlverfahren im Krankenhaus und Internalisierte Kontrolle

Ein Arzt beschreibt die Unterschiede im Auswahlverfahren für Personal in türkischen und deutschen Krankenhäusern. In der Türkei existiert eine zentrale Aufnahmeprüfung, während in deutschen Krankenhäusern eine einfache Bewerbung und ein Vorstellungsgespräch ausreichen. Der türkische Arzt zeigt im folgenden Zitat sein Erstaunen über die deutsche Internalisierte Kontrolle und den Anerkennungsprozess:

„Für mich war es einfach, einen Job zu finden. Ich habe etwas gemacht, während ich die Sprache lernte. Ich habe einen Freund getroffen, und der hat gesagt, es gibt da so eine Stelle, willst du da arbeiten? Die Arbeitssuche war also einfach, aber der andere Anerkennungsprozess war mühsam“ (B4; Z. 36-44)

Beziehungsorientierung und Regelwahrnehmung

Das oben zitierte Abschnitt (B4; Z. 36-44) verdeutlicht auch die starke Beziehungsorientierung in der türkischen Ärzteschaft, insbesondere hinsichtlich der Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche. Durch das Zitat wird ersichtlich, wie stark die türkische Beziehungsorientierung ist und wie das türkische Ärztenetzwerk dazu beiträgt, eine Stelle im Krankenhaus zu finden.

Ein weiterer Aspekt bezieht sich auf die unterschiedliche Regelorientierung in Deutschland und der Türkei. Deutsche Chirurgen sind stark an strikte Abläufe und Regeln bei Operationen gebunden. Türkische Ärzte hingegen können ihre Behandlungsmethode flexibler an die Situation im OP anpassen. Dadurch sammeln sie mehr Erfahrung und sind praktisch geschickter als die deutschen Ärzte.

"Die Chirurgen sind schon praktisch, sehr geschickt [...] Das ist natürlich ein Vorteil. Dann könnten sie hier eben mit den deutschen Ärzten, die hier weniger Erfahrung haben, zusammen noch immer zusammenarbeiten und auch austauschen über die Erfahrungen“ (B7; Z. 38)

Dieses Zitat hebt hervor, wie Regeln im deutschen Krankenhaussystem ernst genommen werden und dass die Chirurgen aufgrund ihrer schnelleren Operationsmöglichkeiten praktische Erfahrungen sammeln können. Dies verdeutlicht, dass es nicht per se eine "bessere" Kultur gibt, sondern dass verschiedene Herangehensweisen unterschiedliche Vorteile bieten können. Der Austausch von Erfahrungen zwischen türkischen und deutschen Ärzten wird als bereichernd betrachtet.

Die Analysen dieser Aussagen verdeutlichen die Vielfalt der kulturellen Unterschiede im Kontext der Ärzteschaft beider Länder. Es wird ersichtlich, dass jede Kultur ihre eigenen Stärken und Präferenzen hat. Dieses Verständnis ist entscheidend für eine erfolgreiche interkulturelle Zusammenarbeit im Krankenhauswesen.

In prägnanter Zusammenfassung lassen die vorliegenden Ergebnisse erkennen, dass in den Kontexten türkischer und deutscher Ärzte bestimmte kulturelle Normen ausgeprägt sind. Insbesondere zeigen sich deutliche Ausprägungen von Beziehungsorientierung und Regelwahrnehmung sowie Mitmenschlichkeit und Sachorientierung. Innerhalb der türkischen Ärzteschaft manifestiert sich zudem eine ambivalente Ausprägung des Nationalstolzes, während Beziehungsorientierung und Mitmenschlichkeit als herausragende Merkmale hervortreten. Hinsichtlich der Hierarchieorientierung besteht eine signifikante Ausprägung innerhalb der türkischen Ärzteschaft. Im Gegensatz dazu sind in der deutschen Ärzteschaft Sachorientierung und Zeitplanung als herausragende Merkmale unter den türkischen und deutschen Ärzten stark vertreten.

5.2 HERAUSFORDERUNGEN TÜRKISCHER ÄRZTE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Sprachbarrieren

In den durchgeführten Interviews wird wiederholt betont, dass die Sprache eine erhebliche Herausforderung darstellt. Dies gilt sowohl im Kontext der Zusammenarbeit mit Kollegen als auch im Rahmen der Patientenbehandlung. Die Bedeutung der Sprache manifestiert sich dabei als zentraler Faktor, der die Effektivität der Interaktionen und die Qualität der Patientenversorgung maßgeblich beeinflusst.

„Natürlich sind Sprachlernprozesse schwierig, insbesondere, wenn es darum geht eine Fremdsprache zu erlernen oder in einer anderen Sprache als der Muttersprache zu arbeiten. Dies stellt ein eigenes Herausforderungsfeld dar. Zu Beginn meiner beruflichen Tätigkeit stieß ich auf Schwierigkeiten, die hauptsächlich darauf zurückzuführen waren, dass ich mich nicht ausreichend verständigen oder angemessen ausdrücken konnte. Die Kurse und Sprachtrainings, die ich zuvor absolviert hatte, standen nicht im direkten Zusammenhang mit dem Umfeld meines Arbeitsplatzes im Krankenhaus. Oftmals wurden lediglich grundlegende grammatikalische Strukturen vermittelt, und es fehlte an relevantem Vokabular und Ausdrücken, die in meiner spezifischen beruflichen Umgebung verwendet werden. Der Übergang in diesen Beruf gestaltete sich für mich herausfordernd, da das Deutsch, das ich in meinen vorherigen Kursen gelernt hatte, nicht unmittelbar anwendbar war. Es fehlte an praxisrelevantem Vokabular, das speziell in meinem beruflichen Bereich Verwendung findet.“ (B2; Z. 30-31)

Der Übergang in den neuen Beruf gestaltete sich als herausfordernd, da das erlernte Deutsch nicht unmittelbar anwendbar war. Es mangelte an praxisrelevantem Vokabular, das speziell im beruflichen Bereich des Krankenhauses verwendet wird. Diese Erfahrungen lassen sich im Rahmen der Theorie zum interkulturellen Handeln von Adler (2002) interpretieren. Insbesondere in der Krankenhausumgebung stößt der Interviewpartner auf Schwierigkeiten beim Übergang aufgrund von Sprachbarrieren, was mit Adlers Konzept der kulturellen Anpassung in Verbindung gebracht werden kann.

Adler identifiziert verschiedene Verhaltensstrategien im interkulturellen Handeln, die in einer Matrix dargestellt sind (Adler, 2002). Eine Möglichkeit besteht darin, die kulturelle Anpassung als Entfernung von der eigenen Kultur zu betrachten, um sich an die Fremdkultur anzupassen. Dies spiegelt sich in der Schwierigkeit des Interviewpartners wider, sich in seinem neuen Arbeitsumfeld angemessen auszudrücken, da das zuvor gelernte Deutsch nicht unmittelbar anwendbar war. Die Anpassung an das praxisrelevante Vokabular der spezifischen beruflichen Umgebung im Krankenhaus erforderte eine flexible Einstellung und die Bereitschaft, gewohnte sprachliche Strukturen zu verlassen.

Die Herausforderungen im Rahmen von Sprachlernprozessen manifestieren sich insbesondere in der Diskrepanz zwischen dem erworbenen Sprachwissen in Bildungseinrichtungen wie Sprachschulen und dessen praktischer Anwendung im beruflichen Kontext (Bleistein, 2019). Diese Diskrepanz wird häufig durch den deutlichen Unterschied zwischen dem erlernten formalen Sprachgebrauch und den tatsächlichen Anforderungen des allgemeinen Sprachgebrauchs verursacht. Dieser Umstand führt wiederholt dazu, dass Lernende zu Beginn ihrer Sprachpraxis auf erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit alltäglicher Kommunikation stoßen.

Anerkennungskampf

Eine weitere Herausforderung für türkische Ärzte liegt im beruflichen Anerkennungsprozess. Unabhängig davon, ob ein ausländischer Arzt eine Facharztausbildung in seinem Heimatland absolviert hat, ist es in der Regel erforderlich, dass alle Ärzte mit einer nicht-deutschen Medizinausbildung zunächst als Assistenzärzte

beginnen (Hügler, 2013). Nach Erhalt ihrer Approbation müssen sie erneut eine Facharztausbildung durchlaufen. Dies führt dazu, dass sie von ihren deutschen Kollegen, die sie möglicherweise noch nicht ausreichend kennen, teilweise als Assistenzärzte betrachtet und dementsprechend behandelt werden (Klingler & Marckmann, 2016).

In folgendem Interviewbericht wird exemplarisch geschildert, wie ein türkischer Arzt bei seinem Beginn im Krankenhaus aufgrund seiner Assistenzarztstellung in der Hierarchie abgewiesen wurde.

„An dem Tag, an dem ich hier anfang, schickte man mich in das Zimmer des Chefarztes. Der Chefarzt war ein großartiger Hodscha (de.: Lehrer). Nun ging ich zu dem Chefarzt und stellte mich vor, natürlich ohne meinen türkischen Titel zu nennen, weil die keine Anerkennung hat. Ich meine, es ist eine große Sache, der Titel macht eine Person hier in Deutschland wichtig. Jedenfalls stellte ich mich vor, und der Chefarzt sagte: "Ich will keinen Assistenzarzt in meiner OP haben." Er sagte: "Ich will keinen Assistenzarzt." Er hat das nicht aus Unhöflichkeit zu mir gesagt. Ich meine, ich habe mich vorgestellt und er hat sich vorgestellt. Dann hat er den Organisator angerufen und gesagt, dass er keinen Assistenzarzt in seiner OP haben möchte... Vielleicht kennt er mich nicht... In der Chirurgie ist die Anerkennung sehr wichtig. Es ist wichtig zu wissen, was man tun kann. Ich musste dann doch in die OP gehen, weil es sonst niemanden gab. Ich habe getan, was ich tun musste, und ich habe den überraschten Gesichtsausdruck des Chefarztes gesehen... Übrigens, das ist jetzt vorbei. Wir arbeiten ständig mit diesem Chefarzt zusammen. Eines Tages, vor etwa 5 oder 6 Monaten, kam es zu einer Komplikation in einer OP. Jedenfalls ist bei der Operation etwas sehr Schlimmes passiert. Der Patient befindet sich in einem sehr schlechten Zustand und muss dringend was gemacht werden. Der Chefarzt hat den Organisator angerufen und gesagt, dass er dringend jemanden schicken soll, damit wir den Patienten retten können. Ich sagte, ich mache es, wenn Sie wollen. Ich kann es tun, und ich habe innerhalb von drei Minuten getan, was getan werden musste. [...]. Der Chefarzt ist danach ganz anders zu mir geworden. Ich meine, er respektiert mich jetzt mehr und betrachtet mich als einen erfahrenen Arzt, auch wenn ich den Titel Assistenzarzt habe. Also, wenn ich jetzt hierherkomme, denken sie zuerst, dass du ein Gastarzt bist, sie denken, du bist ein ganz normaler Assistenzarzt. Sie halten dich für einen Neuling in der Chirurgie, der kein Berufserfahrung hat. Natürlich ändert sich der Stellenwert, den sie einem beimessen, wenn sie einen sehen.“ (B3; Z. 104-114)

Das vorliegende Zitat illustriert eindrucksvoll die Anwendung verschiedener interkultureller Handlungsstrategien in einem beruflichen Kontext, insbesondere im Gesundheitswesen.

Der anfängliche Ausschluss des Assistenzarztes aus einer Operation durch den Chefarzt könnte auf *kulturelle Dominanz* (Adler, 2002). hinweisen. In diesem Kontext repräsentiert die kulturelle Dominanz eine ethnozentrische Perspektive, in der die eigene Kultur als überlegen betrachtet wird. Dies spiegelt sich möglicherweise in der Hierarchie des deutschen Gesundheitssystems wider, wodurch der Assistenzarzt aufgrund seines türkischen Titels anfänglich nicht die erwartete Anerkennung erfährt.

Die Anpassung des Assistenzarztes an die ablehnende Haltung des Chefarztes und seine Teilnahme an der Operation kann als Beispiel für *kulturelle Anpassung* (Adler, 2002) interpretiert werden. Dies impliziert die Bereitschaft des Assistenzarztes, sich an die vorherrschende Arbeitskultur anzupassen, um den Anforderungen der Situation gerecht zu werden (Adler, 2002).

Die progressive Verbesserung der Beziehung zwischen dem Assistenzarzt und dem Chefarzt deutet auf einen möglichen *kulturellen Kompromiss* (Adler, 2002) hin. Dieser Kompromiss könnte als das Finden eines akzeptablen Mittelwegs in der Zusammenarbeit interpretiert werden, bei dem beide Parteien ihre kulturellen Unterschiede anerkennen und einen Konsens für effektive Kooperation entwickeln.

Schließlich scheint die erworbene Anerkennung des Assistenzarztes durch den Chefarzt nach einer erfolgreichen Intervention in einer kritischen Situation auf eine Form von *kultureller Synergie* (Adler, 2002) hinzudeuten. Die kulturelle Synergie manifestiert sich in einer dritten Kultur, die durch die Integration von Stärken und Fähigkeiten beider Parteien entsteht und zu einer verbesserten Zusammenarbeit führt.

Die beschriebene Situation zeigt jedoch auch, dass sich die Wahrnehmung ändern kann, wenn ein ausländischer Arzt seine Fähigkeiten unter Beweis stellt. Trotz anfänglicher Vorbehalte seitens des Chefarztes gewann der Arzt Respekt, als er bei einer komplizierten Operation schnell und kompetent handelte. Dies verdeutlicht, dass die Anerkennung und der Respekt innerhalb des medizinischen Teams stark von praktischen Erfahrungen abhängen.

Die erwähnte Diskrepanz zwischen der fachlichen Qualifikation und der wahrgenommenen Position kann zu Konflikten unter den Kollegen und zu Frustration bei den ausländischen Ärzten führen (Klingler & Marckmann, 2016). Dieses organisatorische Problem des Staates führt dazu, dass gut ausgebildete Ärzte in dringenden Fällen nicht

angemessen eingesetzt werden können, insbesondere in Situationen, in denen Fachkräftemangel herrscht (Klingler et al., 2018). Diese Inkongruenz stellt einen bedeutenden Widerspruch dar, da Deutschland einerseits dringend Ärzte benötigt, andererseits aufgrund bürokratischer Hürden eine effektive Einsetzung behindert wird.

Netzwerkbarrieren

Die türkischen Ärzte nehmen den Prozess der Arbeitsplatzsuche in deutschen Krankenhäusern als unzuverlässig wahr. Dies resultiert aus der Existenz zahlreicher geschlossener Gruppen und Verbindungen, die an bestimmten Stellen Arbeitsmöglichkeiten schaffen. Ein ausländischer Arzt verfügt oft nicht über enge Beziehungen zu diesen Gruppen, es sei denn, er hat spezifische Verbindungen zu türkischen Ärzten, die bereits in bestimmten Positionen tätig sind. Anders ausgedrückt hängt die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen häufig von persönlichen Beziehungen und Netzwerken ab, was den gesamten Bewerbungsprozess als unvorhersehbar und möglicherweise unfair erscheinen lässt.

In folgendem Interview-Ausschnitt wird deutlich, wie schwierig es ist, eine Stelle in Deutschland zu finden, wenn man nicht über ein Netzwerk verfügt, das für den Arzt als Türöffner dienen kann:

„Für mich war es einfach, einen Job zu finden. Ich habe etwas gemacht, während ich die Sprache lernte. Ich habe einen Freund getroffen, und der hat gesagt, es gibt da so eine Stelle, willst du da arbeiten? Die Arbeitssuche war also einfach, aber der andere Anerkennungsprozess war mühsam. Aber nachdem ich dort gearbeitet hatte, wollte ich dort weiterarbeiten, wo ich wollte, z. B. im Bereich der Endokrinologie, und ich habe mich sehr ernsthaft darum bemüht. Dieser Teil war ziemlich mühsam. Gerade in Universitätskliniken ist die Sichtweise auf Menschen, die aus der Türkei oder aus dem Ausland kommen, etwas, ich will nicht sagen, negativer als in anderen Kliniken, aber sie ist eher im Hintergrund. [...] Ich denke, das liegt an der allgemeinen klassischen Struktur der Universitätskliniken. Das war auch eine Zeit lang in der Türkei so, als es noch keine Aufnahmeprüfungen gab. [...] Da jeder mit den Leuten arbeiten will, die er kennt, bevorzugt er diese Richtung. Da es hier kein Aufnahmeprüfungssystem gibt und die Universitäten als die Besten im Gesundheitssystem gelten, denke ich, dass sie versuchen, Leute einzustellen, die sie schon seit ihrer Studienzeit kennen“ (B4; Z. 36-44)

Es wird darauf hingewiesen, dass diese Situation in der Türkei früher ähnlich war. Allerdings hat sich dies geändert, nachdem das türkische Gesundheitsministerium die Stellenvergabe für verschiedene Positionen zentralisiert und legitimiert hat, indem sie von Ankara aus gesteuert wird. Pepler (2016) hebt hervor, dass die erste Generation türkischer Ärzte in Deutschland durch ein Netzwerk erfolgreich war. Dieses Netzwerk bestand aus deutschen Ärzten, die während des Zweiten Weltkriegs Deutschland verlassen mussten, in der Türkei das Medizinstudium mit türkischen Medizinerinnen aufgebaut haben und nach dem Zweiten Weltkrieg nach Deutschland zurückgekehrt sind. Dieses Netzwerk erleichterte es ihnen, sich in Deutschland zu etablieren. Im Gegensatz dazu hatten die nachfolgenden Generationen türkischer Ärzte in Deutschland Schwierigkeiten, Arbeit zu finden, da sie nicht auf ein solches Netzwerk zugreifen konnten.

Innovation

In Kliniken mit festen strukturellen Regelungen, die weniger offen für Innovationen sind, stoßen türkische Ärzte auf Schwierigkeiten, einen Beitrag zur Verbesserung der Patientenbehandlung zu leisten.

Ein interviewter Arzt berichtet:

"Wenn versucht wird, hier im Krankenhaus Veränderungen zur Verbesserung einzuführen, stößt man auf Widerstand. Die bestehenden Strukturen erscheinen äußerst konservativ, und es scheint, als ob sie stark an etablierten Praktiken und Gesetzen orientiert sind. Bei dem Versuch, möglicherweise bessere Ansätze einzuführen, wird negativ darauf reagiert" (B4; Z. 91-92)

Auf die Frage, ob er auf Widerstand stoße, wenn er neue Ideen vorbringe, antwortet der Arzt:

"Ja, genau das ist meine Erfahrung. Hier neigen sie dazu, das Bekannte zu akzeptieren und sind gegenüber Veränderungen oder neuen Methoden zurückhaltend, selbst wenn diese sinnvoll erscheinen. Es mag viele effektive Behandlungsmethoden geben, aber beim Versuch, etwas Neues einzuführen, erlebe ich Widerstand. Es ist nicht so, als ob das, was sie tun, grundsätzlich falsch wäre. Es mag für sie funktionieren, aber es gibt eben auch andere valide Ansätze" (B4; Z. 93-97)

Anfangs versucht der Arzt, seine Ideen durchzusetzen, stellt jedoch fest, dass er auf Widerstand stößt. Ein befreundeter Psychotherapeut rät ihm, sich nicht zu sehr damit zu belasten. Nach dieser Einsicht gibt der Arzt auf und findet mehr Zufriedenheit darin, nicht gegen Windmühlen zu kämpfen.

Wie das Beispiel zeigt, gestaltet sich die Einführung neuer Therapiemethoden in manchen Kliniken für türkische Ärzte herausfordernd. Dies erschwert die Zusammenarbeit, und der Arzt muss sich an die deutsche Kultur anpassen. Dies stellt ein bedeutendes Hindernis für die Schaffung von Synergie in der interkulturellen Zusammenarbeit dar. Adler (2002) beschreibt unter den Strategien des interkulturellen Handelns die kulturelle Anpassung als die Entfremdung von der eigenen Kultur bzw. das Gegenteil von kultureller Dominanz, bei dem die eigene Kultur nahezu vollständig aufgegeben wird, um sich an die Fremdkultur anzupassen. Dies behindert naturgemäß die Entstehung kultureller Synergie.

Die folgende Tabelle 6 stellt die Herausforderungen türkischer Ärzte im deutschen Gesundheitssystem dar:

Tabelle 6: Zusammenfassung der Herausforderungen für türkische Ärzte im deutschen Gesundheitssystem

Herausforderung	Beschreibung	Zitat
Sprachliche Herausforderungen	Schwierigkeiten beim Sprachlernprozess und der praktischen Anwendung im beruflichen Kontext. Mangel an praxisrelevantem Vokabular für den medizinischen Bereich.	<i>„Ofimals wurden lediglich grundlegende grammatikalische Strukturen vermittelt, und es fehlte an relevantem Vokabular und Ausdrücken, die in meiner spezifischen beruflichen Umgebung verwendet werden.“ (B2; Z. 30-31)</i>
Beruflicher Anerkennungsprozess	Notwendigkeit für ausländische Ärzte, nach Approbation erneut eine Facharztausbildung zu durchlaufen. Wahrnehmung als Assistenzärzte und mögliche Missverständnisse über berufliche Qualifikationen.	<i>„Der Chefarzt sagte: 'Ich will keinen Assistenzarzt in meiner OP haben. (...) Ich musste dann doch in die OP gehen, weil es sonst niemanden gab.“ (B3; Z. 104-114)</i>
Wahrnehmung und Anerkennung im Team	Unterschiedliche Wahrnehmung aufgrund fehlender Kenntnis der beruflichen Qualifikationen. Erfahrung, wie die Wahrnehmung durch erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen beeinflusst werden kann.	<i>„Ich habe den überraschten Gesichtsausdruck des Chefarztes gesehen... Der Chefarzt ist danach ganz anders zu mir geworden. ... Respekt innerhalb des medizinischen Teams stark von praktischen Erfahrungen abhängen.“ (B3; Z. 104-114)</i>
Unvorhersehbarer Bewerbungsprozess	Schwierigkeiten für ausländische Ärzte, Arbeitsplätze zu finden, wenn kein Zugang zu bestimmten Gruppen oder Netzwerken besteht. Abhängigkeit von persönlichen Beziehungen und Netzwerken für die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen.	<i>„Die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen häufig von persönlichen Beziehungen und Netzwerken ab, was den gesamten Bewerbungsprozess als unvorhersehbar und möglicherweise unfair erscheinen lässt.“ (B4; Z. 36-44)</i>
Schwierigkeiten bei der Implementierung	Widerstand gegen Veränderungen und neue Methoden in konservativen Kliniken mit festen Strukturen. Schwierigkeiten bei der Einführung neuer Therapiemethoden und Ideen zur Verbesserung der Patientenbehandlung.	<i>„Hier neigen sie dazu, das Bekannte zu akzeptieren und sind gegenüber Veränderungen oder neuen Methoden zurückhaltend, selbst wenn diese sinnvoll erscheinen.“ (B4; Z. 93-97)</i>
Konflikte und Frustration im Team	Konflikte und Frustration bei ausländischen Ärzten aufgrund der Diskrepanz zwischen fachlicher Qualifikation und wahrgenommener Position. Schwierigkeiten bei der Anwendung von Fachkenntnissen in dringenden Fällen aufgrund bürokratischer Hürden.	<i>„Jedenfalls stellte ich mich vor, und der Chefarzt sagte: 'Ich will keinen Assistenzarzt in meiner OP haben.“ (B3; Z. 104-114)</i>

5.3 SYNERGIEN TÜRKISCHER ÄRZTE IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM

Synergetische Lösungen

Folgender Abschnitt bildet alle Aspekte der interkulturellen Synergie als interkulturelle Handlungsstrategie nach dem Modell von Adler (2002) ab. Im weiteren Verlauf wird eine vertiefte Analyse dieser interkulturellen Synergie vorgenommen, indem der dreistufige Prozess von Adler genauer beleuchtet wird.

In einer Studie über die Herausforderungen ausländischer Ärzte von Klingler und Marckmann (2018) wird darauf hingewiesen, dass ausländische Ärzte bürokratische Aufgaben, wie die Dokumentation von Patientenbehandlungen in Arztbriefen als zeitaufwändig empfinden. Dies führt vor allem dazu, dass sie aufgrund ihrer eingeschränkten Sprachkenntnisse Schwierigkeiten haben, sich auf ihre eigentliche Arbeit zu konzentrieren, die die bestmögliche Patientenversorgung gewährleisten soll.

Um dieses Problem anzugehen, hat ein renommiertes Herzklinikum in Deutschland, das weltweit führende Ärzte beschäftigt und international tätig ist, Schreibkräfte eingestellt. Diese übernehmen die Aufgabe, die Arztbriefe zu verfassen, sodass sowohl einheimische als auch ausländische Ärzte sich auf ihre eigentliche Arbeit, nämlich die "beste Patientenbehandlung", konzentrieren können.

Die Praxis des Klinikums wird durch eine Aussage unterstrichen:

„Das ist tatsächlich die einzige Kultur, an der wir uns alle anpassen. Und zwar Kultur, die beste Patientenversorgung nach bestem Wissen und Gewissen“ (B5; Z. 24).

Der gleiche Arzt erklärt weiter:

„Mein Deutsch ist nicht ideal und nicht meine Muttersprache. Wenn ich einen OP-Bericht diktiere, überprüft die Schreibkraft dies gleichzeitig oder wenn ich einen Arztbrief diktiert habe, korrigiert die Schreibkraft mit deutschen Kenntnissen als Muttersprachler dies gleichzeitig. Das Krankenhaus stellt solche Schreibkräfte zur Verfügung, damit ein ausländischer Arzt, der fachlich alles korrekt diktiert, auch wenn er sprachlich eingeschränkt ist, durch die Schreibkraft unterstützt wird.“ (B5; Z. 30)

Adler (2002) schlägt einen dreistufigen Prozess für die Entwicklung synergetischer Lösungen in kulturell vielfältigen Organisationen vor. Der erste Schritt ist die

Situationsbeschreibung, bei der die kulturellen Perspektiven auf ein Problem identifiziert werden sollen. Im zweiten Schritt, der *Kulturellen Interpretation*, sollen die Mitglieder kulturelle Unterschiede verstehen und aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Der dritte Schritt, *Kulturelle Kreativität*, fordert die Umwandlung von kulturellen Unterschieden in positive Synergien und kreative Lösungen.

Die Einstellung von Schreibkräften im Krankenhaus, die ausländischen Ärzten bei der Verfassung ihrer Arztbriefe helfen, lässt sich mithilfe von Adlers (2002) dreistufigem Prozess zur Entwicklung synergetischer Lösungen für kulturelle Probleme in Organisationen erklären.

1. Situationsbeschreibung (Schritt 1):

Das Krankenhaus identifiziert die Herausforderungen, vor denen die Organisation steht. Hier erkennt es, dass ausländische Ärzte möglicherweise Schwierigkeiten haben könnten, ihre Arztbriefe gemäß den internen Standards zu verfassen.

2. Kulturelle Interpretation (Schritt 2):

Die Organisation erkennt kulturelle Unterschiede in der Schreibweise und im Stil der ausländischen Ärzte. Statt diese Unterschiede als Hindernis zu betrachten, interpretiert die Organisation sie als natürliche Vielfalt und sucht nach Wegen, wie sie positiv genutzt werden können, um die Zusammenarbeit zu verbessern.

3. Kulturelle Kreativität (Schritt 3):

Die Einstellung von Schreibkräften, die darauf spezialisiert sind, ausländischen Ärzten bei der Verfassung ihrer Arztbriefe zu helfen, zeigt kulturelle Kreativität. Die Organisation nutzt die Vielfalt als Ressource und schafft eine innovative Lösung, um die Kommunikation zu verbessern. Die Schreibkräfte überbrücken kulturelle Unterschiede in der Arbeitsweise, um eine effiziente und effektive Zusammenarbeit zu fördern.

„Zu Beginn meiner Tätigkeit wurde ich von meinen Kollegen bei der Patientenaufklärung unterstützt, insbesondere aufgrund von Sprachbarrieren [...]. Dadurch wurde die Sprachbarriere überwunden, und ich konnte mich voll und ganz auf meine Hauptaufgabe konzentrieren - die Behandlung der Patienten. Durch diese Zusammenarbeit hatte ich die Gelegenheit, innovative Eingriffe einzuleiten, die in unserem Krankenhaus zuvor nicht durchgeführt wurden oder unter Narkose stattfanden. Ein Beispiel dafür ist die Einführung eines Verfahrens für Krebspatienten, die einen Port benötigten. Diese Patienten mussten sich einer langen Chemotherapie unterziehen, bei der die Medikamente über größere Venen

verabreicht werden mussten, um dünnere Venen zu schonen [...]. Durch diese kooperative Synergie konnten wir diese Art von Arbeit erfolgreich in unsere Abteilung integrieren. Im Jahr 2021 führten wir allein etwa 30 solcher Eingriffe an rund 400 Patienten durch, was zuvor in unserer Abteilung nicht praktiziert wurde. Dieses Beispiel illustriert, wie Synergieeffekte wirksam sein können. {In der Türkei hätte ich mich darauf beschränken können, nur das Verfahren durchzuführen. Hier in der Klinik übernahm ich jedoch zusätzliche Verantwortung, wie die persönliche Betreuung der Patienten, die Kommunikation mit ihnen, die Festlegung des Vorgehens vor dem Eingriff und die Anleitung der Patienten. Aufgrund meiner begrenzten Sprachkenntnisse hätte mich diese Verantwortung stark beeinträchtigen können. Doch die Klinik unterstützte mich bei der Erklärung von Fachbegriffen, der Kontaktaufnahme mit den Patienten usw.}“ (B2; Z. 91-95)

Die *Dilemma-Theorie* von Hampden-Turner und Trompenaars (1990; 2000) betont die entscheidende Rolle der Vielfalt und Unterschiedlichkeit von Individuen in der Bewältigung von Herausforderungen. Diese Vielfalt erstreckt sich über verschiedene Ebenen, einschließlich unterschiedlicher Perspektiven, individueller Potenziale und Stärken. Das Ziel besteht darin, diese Vielfalt als treibende Kraft zu nutzen, um Diversität, Kreativität und die Entwicklung innovativer Lösungsansätze zu fördern.

Das zuvor genannte Beispiel eines türkischen Arztes verdeutlicht, wie die Zusammenarbeit von Menschen mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund und unterschiedlichen Sprachkenntnissen zu innovativen Lösungen führen kann. In der Anfangsphase unterstützten die Kollegen den Arzt bei der Überwindung von Sprachbarrieren und organisatorischen Herausforderungen. Deutschsprachige Ärzte übernehmen Aufgaben wie die Ankunft der Patienten und die Terminvereinbarung, um dem Arzt die Konzentration auf die eigentliche Patientenversorgung zu ermöglichen.

Diese kooperative Synergie ermöglicht es dem Arzt, innovative medizinische Verfahren einzuführen, die zuvor in der Klinik nicht praktiziert wurden. Ein konkretes Beispiel ist die Einführung eines Verfahrens für Krebspatienten, die einen Port benötigten. Durch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachleuten kann dieses Verfahren erfolgreich in die Abteilung integriert werden, was zu einer signifikanten Anzahl von erfolgreichen Eingriffen führt.

Die *Dilemma-Theorie* legt nahe, dass in Situationen, die als Dilemmata empfunden werden, die Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven und Fähigkeiten

den Schlüssel zur Entfaltung innovativer und überraschender Lösungen darstellt (Hampden-Turner & Trompenaars, 2000; Hampton-Turner, 1990). Im Beispiel des Arztes zeigt sich, wie die Vielfalt der Teammitglieder, ihre unterschiedlichen Erfahrungen und Fähigkeiten dazu beigetragen haben, eine Herausforderung zu bewältigen, die aufgrund von Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden entstanden ist.

Insgesamt verdeutlicht das Beispiel die Dynamik der Dilemma-Theorie in der Praxis. Die Vielfalt der Menschen zielt darauf ab, nicht nur konventionelle Wege zu beschreiten, sondern auch in Situationen mit scheinbar widersprüchlichen Anforderungen kreative und effektive Lösungen zu finden (Wegge & Schmidt, 2015). Die verschiedenen Perspektiven und Fähigkeiten werden dabei als wertvolle Ressource betrachtet, die zu Fortschritt und Effizienz in der Problemlösung führen.

Neue Therapiemethoden

In einem weiteren Beispiel wird verdeutlicht, dass ausländische Ärzte in Krankenhäusern mit einem hohen Anteil internationaler Belegschaft eher ihre Meinungen zu bestimmten Therapiemethoden oder Vorgehensweisen äußern können.

Ein befragter Arzt hebt die Möglichkeit einer Synergie hervor und schlägt vor:

„Möglicherweise können Sie diese Synergie auf folgende Weise schaffen: In einer Abteilung dieses deutschen Krankenhauses arbeiten zahlreiche ausländische Ärzte, darunter viele aus der Türkei und anderen Ländern. [...] Eine Ausgewogenheit in der Anzahl könnte es ermöglichen, eigene positive Ansätze in der Patientenbetreuung und Behandlung einzubringen. An einem Ort, an dem beispielsweise nur 1 oder 2 Ärzte aus dem Ausland tätig sind, während insgesamt 10 Ärzte vorhanden sind, entsteht jedoch ein großes Fragezeichen. In solchen Fällen denke ich, dass die Erwartungen bezüglich der Synergie etwas geringer sind. Es wäre vorteilhafter, wenn die Anzahl der ausländischen und einheimischen Ärzte besser ausbalanciert wäre. [...] Selbst wenn es mehr ausländische Ärzte gibt, könnten sich die ausländischen Patienten möglicherweise wohler fühlen. Zum Beispiel könnten sie sich besser verstanden fühlen. Persönlich habe ich das Gefühl, mich bei einem ausländischen Arzt besser ausdrücken und verständlicher erklären zu können. Im Vergleich dazu habe ich immer noch Schwierigkeiten in der Kommunikation mit deutschen Ärzten.“ (B4; Z. 147-149)

Dies führt dazu, dass ausländische Ärzte auch bestimmte Methoden aus ihren

Heimatländern einführen können, was eine Bereicherung für die Vielfalt der therapeutischen Ansätze darstellt.

Innovative Zusammenarbeit

In einem sehr international aufgebauten Krankenhaus berichtet ein Arzt, der noch neu in Deutschland ist und seine fachärztliche Anerkennung noch nicht erhalten hat, über eine Situation während einer Operation, bei der er dem Chefarzt seine Meinung frei mitteilt und dadurch eine neue Behandlungsmethode im Krankenhaus etabliert:

„Einmal hatten wir während einer Herzoperation einen Clip am Herzen platziert. Später mussten wir ihn im OP wieder entfernen. Beim Entfernen des Clips wurde die Mitra-Klappe beschädigt, und normalerweise mussten wir die Klappe dann austauschen oder reparieren. Als ich dies tat, informierte ich den leitenden Arzt des OPs, einen deutschen Chefarzt. Ich teilte ihm mit, dass ich in einer aktuellen Publikation eine Technik für diese Art von Operation gefunden hatte. Diese Publikation war gerade erschienen. Ich schlug vor, es auf diese Weise zu versuchen, und fragte, ob es funktionieren könnte. Ich erklärte ihm die Details, er probierte es aus und war sehr zufrieden. Wir konnten den inneren Umschlag entfernen, ohne Schaden zu verursachen, und es war nicht notwendig, den Reparaturumschlag auszutauschen. [...] Der Erfolg führte dazu, dass wir nun eine Studie dazu durchführen. Hoffentlich können wir diese bald abschließen und die Ergebnisse veröffentlichen. Der Artikel wird den von mir vorgeschlagenen Ansatz berücksichtigen, da der Ablauf der Operation entsprechend geändert wurde.“ (B3; Z. 170-174)

Die Studie von Strøbæk und Vogt (2013) hebt die Bedeutung gemeinsamer Arbeitspraktiken und -abläufe hervor, die konkrete Möglichkeiten bieten, eine gemeinsame Unternehmenskultur zu etablieren. Es wird dabei betont, dass diese Kultur nicht nur in formellen Richtlinien verankert sein sollte, sondern aktiv von den Mitarbeitern gelebt werden muss. Die Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass organisatorische Hintergründe die Wahrnehmung einer neuen Kultur beeinflussen können. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, die Mitarbeiter aktiv in den Prozess einzubeziehen, um kulturelle Synergien auf allen Ebenen zu fördern. Die Entwicklung neuer gemeinsamer Arbeitsprozesse kann nicht nur einen funktionalen Zweck erfüllen, sondern auch das Gemeinschaftsgefühl stärken und kulturelle Synergien fördern. Dieser Ansatz kann somit eine positive Veränderung in der Unternehmenskultur bewirken, indem er sowohl praktischen als auch sozialen Wert bietet.

In der vorliegenden Situation eines international aufgestellten Krankenhauses spiegelt sich die Relevanz gemeinsamer Arbeitspraktiken und -abläufe wider, wie sie von Strøbæk und Vogt (2013) betont wird. Insbesondere während der Anerkennungsphase seiner Facharztausbildung integriert ein Arzt aktiv eine neue Behandlungsmethode in den Operationsablauf. Diese Integration hängt nicht nur von den individuellen Fähigkeiten der Ärzte ab, sondern auch von der Bereitschaft der Organisation, innovative Ansätze zu akzeptieren und zu fördern. Die aktive Beteiligung der Mitarbeiter an diesem Prozess unterstützt die Entstehung kultureller Synergien auf verschiedenen Ebenen und trägt dazu bei, eine positive Veränderung in der Unternehmenskultur herbeizuführen. Dieser Fall verdeutlicht exemplarisch, wie offene Kommunikation, Zusammenarbeit und die Integration neuer Methoden einen Beitrag zur Entwicklung einer gemeinsamen Kultur in einem internationalen Krankenhaus leisten können.

Tabelle 7: Zusammenfassung der Synergien türkischer Ärzte im deutschen Gesundheitssystem

Synergie	Beschreibung	Zitat
Bürokratische Entlastung durch Schreibkräfte	Ein Herzklinikum in Deutschland stellt Schreibkräfte ein, um ausländische Ärzte von zeitaufwändigen bürokratischen Aufgaben zu entlasten, insbesondere bei der Verfassung von Arztbriefen. Die Schreibkräfte ermöglichen es den Ärzten, sich auf die bestmögliche Patientenversorgung zu konzentrieren.	<i>„Mein Deutsch ist nicht ideal und nicht meine Muttersprache. Wenn ich einen OP-Bericht diktiere, überprüft die Schreibkraft dies gleichzeitig oder wenn ich einen Arztbrief diktieren habe, korrigiert die Schreibkraft mit deutschen Kenntnissen als Muttersprachler dies gleichzeitig.“ (B5; Z. 30)</i>
Dreistufiger Prozess für kulturelle Synergien	Das Krankenhaus, das Schreibkräfte für ausländische Ärzte einsetzt, folgt Adlers dreistufigem Prozess zur Entwicklung synergetischer Lösungen für kulturelle Probleme. Dies umfassten die Situationsbeschreibung, kulturelle Interpretation und kulturelle Kreativität.	<i>„Das ist tatsächlich die einzige Kultur, an der wir uns alle anpassen. Und zwar Kultur, die beste Patientenversorgung nach bestem Wissen und Gewissen.“ (B 5; Z. 24)</i>
Vielfalt als treibende Kraft für Innovation	Ein türkischer Arzt integriert sich erfolgreich in ein internationales Krankenhaus, bringt seine Fachkenntnisse ein und initiiert innovative Eingriffe, die zuvor nicht durchgeführt wurden. Die Vielfalt im Team wird als Ressource genutzt.	<i>„Durch diese kooperative Synergie konnten wir diese Art von Arbeit erfolgreich in unsere Abteilung integrieren. Im Jahr 2021 führten wir allein etwa 30 solcher Eingriffe an rund 400 Patienten durch, was zuvor in unserer Abteilung nicht praktiziert wurde.“ (B2; Z. 91-95)</i>
Kulturelle Vielfalt für Patientenwohl	Die Anzahl ausländischer Ärzte in einem Krankenhaus beeinflusst das Wohlbefinden ausländischer Patienten positiv. Eine ausgewogene Mischung	<i>„Selbst wenn es mehr ausländische Ärzte gibt, könnten sich die ausländischen Patienten möglicherweise wohler fühlen. Zum</i>

	von einheimischen und ausländischen Ärzten schafft eine vertraute Umgebung und verbessert die Kommunikation.	<i>Beispiel könnten sie sich besser verstanden fühlen.“ (B4; Z. 147-149)</i>
Integration neuer Methoden durch offene Kommunikation	Ein ausländischer Arzt bringt eine neue Behandlungsmethode in ein internationales Krankenhaus ein. Durch offene Kommunikation und Zusammenarbeit wird die Methode erfolgreich etabliert, was zu weiteren Untersuchungen führt.	<i>„Wir konnten den inneren Umschlag entfernen, ohne Schaden zu verursachen, und es war nicht notwendig, den Reparaturumschlag auszutauschen. Begeistert von den Ergebnissen, kontaktierte er den Vertreter der betreffenden Firma.“ (B3; Z. 170-174)</i>

5.4 HERAUSFORDERUNGEN TÜRKISCHER ÄRZTE IM UMGANG MIT PATIENTEN

Bürokratische Kommunikation

Aufgrund der Tatsache, dass Ärzte, die ihre Berufsausbildung im Ausland absolviert haben, nicht sofort anerkannt werden und häufig als Assistenzärzte beginnen müssen, entstehen auch Herausforderungen in der Patientenversorgung (Teney, Becker, et al., 2017).

In folgendem Fall schildert ein Arzt aus der Türkei eine ungewöhnliche Situation, die nicht nur medizinische, sondern auch bürokratische Aspekte einschließt. Obwohl er aufgrund von bürokratischen Hürden vorübergehend als Assistenzarzt arbeiten musste, hatte er aufgrund seiner Qualifikationen und Erfahrung die Fähigkeiten eines Facharztes. Ein Patient weigerte sich vehement, von einem Assistenzarzt behandelt zu werden, und insistierte darauf, nur von einem Facharzt angemessen versorgt werden zu können.

„Vor einiger Zeit stand ich vor einer ungewöhnlichen Herausforderung mit einem Patienten, die nicht nur medizinisch, sondern auch bürokratisch bedingt war. Es handelte sich um einen Fall, in dem der Patient partout nicht von einem Assistenzarzt behandelt werden wollte. Als Facharzt aus der Türkei hatte ich aufgrund bürokratischer Hürden Schwierigkeiten, direkt in meiner Facharztposition zu arbeiten. Obwohl ich den Titel eines Assistenzarztes hatte, kannten mich meine Kollegen und wussten um meine Qualifikationen. Das führte zu einer komplexen Situation, bei der ich im Krankenhaus wie ein Facharzt arbeiten musste, obwohl meine berufliche Anerkennung noch nicht vollständig abgeschlossen war. Der Patient lehnte vehement ab, von einem Assistenzarzt behandelt zu werden. Er war fest davon überzeugt, dass er nur von einem Facharzt angemessen versorgt werden könne. Es war schwierig für mich, ihm zu erklären, dass ich tatsächlich ein Facharzt bin, jedoch aufgrund von bürokratischen Einschränkungen vorübergehend als Assistenzarzt tätig sein musste. Ich habe versucht, dem Patienten meine Situation so klar wie möglich zu

schildern. Ich betonte, dass ich die notwendige Qualifikation und Erfahrung besitze, um ihn angemessen zu behandeln. Gleichzeitig habe ich ihm die Hintergründe meiner vorübergehenden Position als Assistenzarzt erklärt. Es erforderte viel Kraft, um Verständnis zu schaffen. Nachdem ich ihm die Umstände erläutert hatte, zeigte der Patient Verständnis für meine Situation. Er war erleichtert zu erfahren, dass ich trotz der vorübergehenden Position als Assistenzarzt über die notwendige Expertise verfüge. Am Ende konnte ich eine positive Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen und eine erfolgreiche Behandlung durchführen. Diese Situation hat mir gezeigt, wie wichtig es ist, transparent und einfühlsam mit den Patienten zu kommunizieren. Bürokratische Hürden können zu Missverständnissen führen, die durch offene Gespräche und Erklärungen aufgelöst werden können. Es ist eine Lektion darüber, wie man in herausfordernden beruflichen Umständen eine Verbindung zu den Patienten aufrechterhalten kann“ (B2; Z. 105-109).

Die Situation des Arztes, der aufgrund bürokratischer Einschränkungen vorübergehend als Assistenzarzt arbeiten musste, kann als eine Art interkultureller Austausch betrachtet werden. In diesem Fall repräsentiert die bürokratische Hürde die kulturellen Unterschiede, denen der Arzt gegenüberstand. Der Patient, der darauf besteht, nur von einem Facharzt behandelt zu werden, kann als eine Form der *kulturellen Dominanz* betrachtet werden. Der Patient hält hartnäckig an der Vorstellung fest, dass nur ein Facharzt die angemessene Versorgung bieten könne, und ignoriert dabei die Hintergründe und Qualifikationen des Arztes.

Der Arzt wendet verschiedene Strategien an, um mit dieser interkulturellen Herausforderung umzugehen. Zunächst versucht er, dem Patienten die Umstände transparent und einfühlsam zu erklären, was einer Form des *kulturellen Kompromisses* ähnelt. Er betont seine Qualifikationen und Erfahrung, um das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, was auf *kulturelle Anpassung* hindeutet. Schließlich findet der Arzt einen Mittelweg, indem er durch offene Gespräche und Erklärungen eine positive Arzt-Patienten-Beziehung aufbaut, was auf *kulturelle Synergie* hindeutet.

Die Bürokratie und die Widerstände des Patienten können als kulturelle Unterschiede interpretiert werden, die in der Gesundheitsversorgung auftreten. Der Arzt muss flexibel zwischen den verschiedenen Strategien wechseln, um eine erfolgreiche Behandlung und eine gute Arzt-Patienten-Beziehung zu erreichen. Diese Situation verdeutlicht, wie wichtig es ist, in interkulturellen Kontexten flexibel und einfühlsam zu handeln, um Missverständnisse zu überwinden und effektive Kommunikation zu

ermöglichen, wie von Nancy Adler in ihren Strategien des interkulturellen Handelns betont.

Durch dieses Beispiel wird ersichtlich, dass der deutsche medizinische Anerkennungsprozess für die türkischen Ärzte zu großen Hindernissen führt. Auch hier spielt die Sprache eine wichtige Rolle, um die Patienten in solchen Fällen richtig aufklären zu können.

Interkulturelle Sensibilität

In einem weiteren Beispiel wird deutlich, dass auch kulturellen Unterschiede eine bedeutende Rolle bei der Patientenbehandlung spielen. Jedes Land und jede berufliche Umgebung haben ihre eigene spezifische Kultur, und es ist von großer Bedeutung, dass türkische Ärzte neben der Sprache auch die kulturellen Nuancen beherrschen:

„Ich habe meine Facharztausbildung als Frauenarzt hier in Deutschland begonnen, jedoch später abgebrochen, da ich dort nicht glücklich war. Während meiner Zeit als Assistenzarzt für Frauenheilkunde habe ich folgende Erfahrung gemacht: In der Türkei ist es üblich, als Frauenarzt vorsichtig zu sein, um das Jungfernhäutchen nicht zu beschädigen, besonders bei jungen, unverheirateten Frauen. Als ich in Deutschland arbeitete, war ich unsicher, wie ich mit solchen Fragen umgehen sollte. In der Türkei ist es normal, bei einer Frauenuntersuchung zu fragen, ob die Patientin verheiratet ist, um zu verstehen, ob sie bereits Geschlechtsverkehr hatte. Hier in Deutschland war mir zunächst nicht klar, ob ich so direkt nach dem Sexualverhalten fragen durfte. Deshalb habe ich stattdessen gefragt, ob die Patientin verheiratet ist“ (B1; Z. 157-158)

In Deutschland hingegen wird eine offene Kommunikation in medizinischen Angelegenheiten erwartet und direkt nach relevanten Informationen gefragt. Es werden keine persönlichen Fragen gestellt, die nicht unmittelbar mit der medizinischen Versorgung zusammenhängen. Der Arzt gibt an, dass er anfangs nicht sicher war, ob er in Deutschland so direkt nach dem Sexualverhalten fragen darf. Daher passte er seine Vorgehensweise an und fragte stattdessen nach dem Familienstand der Patientin.

Dieses Beispiel illustriert, wie kulturelle Unterschiede die Kommunikation und Arbeitsweise im medizinischen Umfeld beeinflussen. Es betont die Notwendigkeit für türkische Ärzte, nicht nur die Sprache, sondern auch die kulturellen Normen und Erwartungen im deutschen Gesundheitssystem zu verstehen und zu beherrschen.

Insbesondere in der Patientenversorgung ist hierbei viel Fingerspitzengefühl gefragt und es kann schnell zu interkulturellen Missverständnissen kommen.

Tabelle 8: Zusammenfassung der Herausforderungen von türkischen Ärzten im Umgang mit Patienten

Herausforderung	Beschreibung	Zitat
Bürokratische Hürden und Patientenpräferenzen	Schwierigkeiten aufgrund bürokratischer Hürden bei der Anerkennung von ausländischen Fachärzten. Patientenpräferenzen für die Behandlung durch Fachärzte und Ablehnung von Assistenzärzten.	<i>„Der Patient lehnte vehement ab, von einem Assistenzarzt behandelt zu werden. ... Es erforderte viel Kraft, um Verständnis zu schaffen.“ (B2; Z. 105-109)</i>
Kulturelle Unterschiede in der medizinischen Praxis	Herausforderungen aufgrund kultureller Unterschiede in der medizinischen Praxis, insbesondere im Umgang mit sensiblen Themen. Anpassung der Kommunikationsweise an die kulturellen Erwartungen der Patienten.	<i>„In Deutschland wird eine offene Kommunikation erwartet, und es wird erwartet, dass direkt nach relevanten Informationen gefragt wird, ohne dabei persönliche Fragen zu stellen, die nicht unmittelbar mit der medizinischen Versorgung zusammenhängen.“ (B1; Z. 157-158)</i>
Sprachliche Herausforderungen	Sprachliche Herausforderungen bei der Erklärung von bürokratischen Abläufen und medizinischen Details. Notwendigkeit, komplexe Informationen transparent und verständlich zu vermitteln.	<i>„Es war schwierig für mich, ihm zu erklären, dass ich tatsächlich ein Facharzt bin, jedoch aufgrund von bürokratischen Einschränkungen vorübergehend als Assistenzarzt tätig sein musste.“ (B2; Z. 105-109)</i>
Anpassung an kulturelle Nuancen	Notwendigkeit für türkische Ärzte, kulturelle Nuancen im deutschen Gesundheitssystem zu verstehen. Beispielhafte Situation bezüglich unterschiedlicher Herangehensweisen an gynäkologische Untersuchungen.	<i>„In der Türkei ist es normal, bei einer Frauenuntersuchung zu fragen, ob die Patientin verheiratet ist, um zu verstehen, ob sie bereits Geschlechtsverkehr hatte. Hier in Deutschland war mir zunächst nicht klar, ob ich so direkt nach dem Sexualverhalten fragen durfte.“ (B1; Z. 157-158)</i>

5.5 SYNERGIEN TÜRKISCHER ÄRZTE IM UMGANG MIT PATIENTEN

Kultureller Kompromiss

Wie eingangs erwähnt fungiert Deutschland als ein Einwanderungsland mit einer facettenreichen ausländischen Bevölkerung, wobei die türkische Gemeinschaft die größte Minderheit unter den Migranten bildet. Insbesondere die erste Generation türkischer Migranten stand infolge unzureichender Integrationspolitik erheblichen Herausforderungen gegenüber, insbesondere im Erlernen der deutschen Sprache. Mit dem Eintritt dieser Generation in ein Alter über 60 Jahre gewinnt die medizinische Betreuung dieser Bürger große Bedeutung.

In diesem Kontext erweisen sich Ärzte türkischer Herkunft als wichtige Unterstützung für deutsche medizinische Einrichtungen. Der folgende Interviewausschnitt eines deutschen Arztes mit türkischem Migrationshintergrund vertieft diese Thematik und hebt hervor, inwiefern türkische Ärzte einen wertvollen Beitrag zur Behandlung leisten:

„Die Sprache [...] ist sicherlich ein Riesenvorteil, weil es gibt doch viele Türkischsprachige, nicht nur Türken, aber türkischsprachige Patienten, die auch aus Griechenland, Bulgarien und anderen Ländern kommen. Die eben schlecht Deutsch sprechen. Und da ist die Anamnese und auch das Verständnis sehr, sehr wichtig. Jeden Tag habe ich solche Fälle in der Praxis, glaube ich. [...] Immer, da, wo es ein bisschen, sage ich mal, schamhaft oder peinlich werden könnte, ist es sehr wichtig, dass man mit dem Arzt in seiner eigenen Sprache spricht und nicht auf einen Dolmetscher angewiesen ist, eine fremde Person dann mit reinkommt und das dann übersetzen muss, wissen Sie? Das ist sehr sehr wichtig“ (B7; Z. 17-19)

Die Betonung der eigenen Sprache als „Riesenvorteil“ kann mit der interkulturellen Handlungsstrategien von Nancy J. Adlers Konzept des *kulturellen Kompromisses* verbunden sein, bei dem beide Kulturen gleichberechtigt werden und ein akzeptierter Mittelweg gefunden wird. Hier kann die Sprache als gemeinsames Kommunikationsmittel dienen, das für Arzt und Patient gleichermaßen akzeptabel ist.

Interkulturelle Sensibilität

Staar und Kempny (2019) betonen, dass interkulturelle Behandlungssituationen aufgrund ihrer Vielschichtigkeit und Komplexität herausfordernd sind, was zu Missverständnissen und Konflikten führen kann. Um der zunehmenden Internationalisierung von Personal und Patienten angemessen zu begegnen, sind überfachliche interkulturelle Kompetenzen bei Ärzten und Pflegepersonal sowie eine bedarfsgerechte Personalauswahl und -entwicklung von entscheidender Bedeutung und sollten als professionelle Instrumente in den Krankenhausstrukturen verankert werden.

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass die Fähigkeit von Ärzten, die Muttersprache der Patienten zu sprechen, die Möglichkeit eröffnet, Patienten ohne den Einsatz von Dolmetschern zu behandeln. Dies trägt zum Patientenwohl bei und fördert die effiziente Patientenversorgung im Krankenhaus.

Vor allem bei Patientenbehandlungen in der Psychiatrie spielen die Muttersprachenkenntnisse der Patienten eine sehr entscheidende Rolle. Ein interviewter Arzt erklärt das wie folgt:

„Die erste Klinik, in der ich tätig war, war ein Krankenhaus mit Schwerpunkt auf Migrationshintergrund und Rehabilitationsmedizin. Es gab eine spezielle Abteilung für türkische Patienten, die ausschließlich von türkischen Menschen besucht wurde. Ich selbst arbeitete in einer anderen Abteilung, in der insgesamt etwa 80 bis 90 Patienten behandelt wurden. Etwa 35 bis 40 davon waren türkischer Herkunft, viele von ihnen waren Gastarbeiter mit begrenzten Deutschkenntnissen. Wir kümmerten uns um Menschen, die in Deutschland geblieben waren, und es entstand eine bedeutende Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten. Einmal wurde sogar ein Patient in unsere Abteilung überwiesen, der aus einer sehr religiösen Familie in Afghanistan stammte. Dieser Patient wurde von seiner Familie abgelehnt und litt unter psychischen Problemen, da er eine ukrainische Frau geheiratet hatte, was seine Mutter missbilligte. Meine deutschen Kollegen waren unsicher, wie sie mit diesem Patienten umgehen sollten. Aufgrund meiner Vertrautheit mit muslimischen Werten konnte ich jedoch nach einigen Sitzungen effektiv helfen. Der Patient hatte mit einer einfachen kulturellen Verwirrung zu kämpfen, und nur jemand, der mit dieser Kultur vertraut war, konnte das Problem lösen“ (B4; Z. 143-147)

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie kulturelle Sensibilität in der Psychotherapie von entscheidender Bedeutung sein kann. Es zeigt auch, dass solche Ansätze in verschiedenen Bereichen anwendbar sind.

In der Psychiatrie ist neben der Sprache auch die Kenntnis kultureller Werte entscheidend, da dies dem Arzt ermöglicht, angemessen mit den Patienten umzugehen und die Behandlungsmethoden entsprechend zu gestalten (Stompe & Ritter, 2014).

Die Situation verdeutlicht die Relevanz der Strategie der *kulturellen Anpassung* (Adler, 2002). Der Therapeut zeigt interkulturelle Sensibilität, indem er sich der muslimischen Werte bewusst ist und in der Lage ist, eine Verbindung zwischen den unterschiedlichen Kulturen herzustellen. Der Therapeut passt seine eigene kulturelle Perspektive an, um die bestmögliche therapeutische Beziehung herzustellen.

Des Weiteren zeigt das Beispiel, wie wichtig es ist, kulturelle Unterschiede zu erkennen und Strategien wie *kulturelle Kompromisse* anzuwenden (Adler, 2002). Der Therapeut agiert als Vermittler zwischen den kulturellen Hintergründen und versucht, einen akzeptierten Mittelweg zu finden, der für beide Seiten zufriedenstellend ist. Die Fähigkeit zur kulturellen Anpassung, zur Vermittlung von kulturellen Unterschieden und zur Suche nach gemeinsamen, akzeptierten Lösungen sind entscheidend, um patientenorientierte Psychotherapie in interkulturellen Kontexten zu ermöglichen.

Tabelle 9: Synergien im Umgang mit Patienten durch türkische Ärzte im deutschen Gesundheitssystem

Synergie	Beschreibung	Zitat
Sprachliche Unterstützung	Türkischstämmige Ärzte erleichtern die Kommunikation mit Patienten, die Deutsch schlecht beherrschen. Die Anamnese und das Verständnis werden in der eigenen Sprache als besonders wichtig erachtet. Häufig treten solche Fälle in verschiedenen medizinischen Bereichen auf, insbesondere wenn es um schamhafte oder peinliche Themen geht. Der Verzicht auf Dolmetscher erleichtert die Patientenversorgung.	<i>„Die Sprache wäre ein Riesenvorteil, denke ich. Ansonsten sehe ich jetzt keine großen Vorteile, aber die Sprache ist sicherlich ein Riesenvorteil, weil es gibt doch viele Türkschsprachige, nicht nur Türken, aber türkschsprachige Patienten, die auch aus Griechenland, Bulgarien und anderen Ländern kommen. Die eben schlecht Deutsch sprechen.“ (B7; Z. 17-19)</i>
Kulturelle Sensibilität	Die kulturelle Sensibilität von türkischstämmigen Ärzten spielt eine entscheidende Rolle, insbesondere in der Psychiatrie. Die Muttersprache der Patienten und das Verständnis ihrer kulturellen Werte tragen zur effektiven Behandlung bei.	<i>„Die erste Klinik, in der ich tätig war, war ein Krankenhaus mit Schwerpunkt auf Migrationshintergrund und Rehabilitationsmedizin. Es gab eine spezielle Abteilung für türkische Patienten, die ausschließlich von türkischen Menschen besucht wurde.“ (B4; Z. 143-147)</i>

KAPITEL 6. SCHLUSSFOLGERUNG

Im nachfolgenden Abschnitt erfolgt eine Zusammenfassung der Interviewergebnisse hinsichtlich der Herausforderungen bei der Integration türkischer Ärzte im deutschen Gesundheitssystem. Hierbei werden spezifische Aspekte wie sprachliche Barrieren, den beruflichen Anerkennungsprozess, die Arbeitsplatzsuche, Widerstände gegen Veränderungen und kulturelle Unterschiede in der Patientenversorgung beleuchtet. Im Anschluss wird der Fokus auf die Synergieeffekte gelegt, wobei Lösungsansätze und die Rolle der türkischen Ärzte bei der Unterstützung der älteren türkischen Gemeinschaft herausgearbeitet werden. Diese Betrachtung erfolgt im Rahmen der Dilemma-Theorie nach Hampden-Turner und Trompenaars (Hampden-Turner & Trompenaars, 2000; Hampton-Turner, 1990), um die Bedeutung von Vielfalt und unterschiedlichen Perspektiven in der Problemlösung zu unterstreichen. Die Ergebnisse werden dabei nicht nur auf die ärztliche Ebene bezogen, sondern auch im Hinblick auf die Patientenversorgung detailliert betrachtet. Diese Strukturierung ermöglicht eine wissenschaftlich fundierte Analyse der Integration türkischer Ärzte im deutschen Gesundheitssystem, wobei sowohl die Herausforderungen als auch die Chancen im Fokus stehen.

6.1 HERAUSFORDERUNGEN DER TÜRKISCHEN ÄRZTE IN DEUTSCHLAND

Konstruktives Interkulturelles Management (KIM) stellt einen vielversprechenden Forschungsstrang im Bereich des Interkulturellen Managements dar. Insbesondere im Gesundheitskontext spielt es eine entscheidende Rolle, um zu erforschen, wie eine konstruktive und kultursensible Patientenversorgung für Menschen unterschiedlicher kultureller Hintergründe gewährleistet werden kann. Die Zusammenarbeit internationaler Ärzteteams ist von entscheidender Bedeutung, nicht nur um Sprach- und kulturelle Barrieren zu überwinden, sondern auch, um Fehler in der Patientenversorgung zu minimieren. Dies ist besonders relevant in einem Umfeld, in dem unter hohem Druck gearbeitet wird, wie beispielsweise in Operationssälen, und eine enge Interaktion mit Menschen notwendig ist. Aus diesem Grund hat die vorliegende Arbeit in

Versuchung genommen sich unter Berücksichtigung des KIM an türkische Fachkräfte im deutschen Gesundheitswesen anzunähern.

Die Integration türkischer Ärzte im deutschen Gesundheitssystem steht vor erheblichen Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf sprachliche Aspekte. Die Bedeutung der Sprache wird als zentral sowohl für die Zusammenarbeit mit Kollegen als auch für die Patientenversorgung hervorgehoben. Die Schwierigkeiten im Sprachlernprozess, insbesondere die Diskrepanz zwischen den in Bildungseinrichtungen erworbenen Sprachkenntnissen und ihrer Anwendung im beruflichen Kontext, werden als entscheidend für die Wirksamkeit von Begegnungen genannt. So können bspw. anfängliche Schwierigkeiten aufgrund eines Mangels an praxisrelevantem Vokabular und Ausdrücken in einem spezifischen beruflichen Umfeld zu einer dekonstruktiven Zusammenarbeit, Missverständnissen und Konflikten führen.

Eine weitere Herausforderung für türkische Fachkräfte im Gesundheitswesen liegt im beruflichen Anerkennungsprozess. Die bürokratischen Hürden des Anerkennungsprozesses führen zu ungewöhnlichen Situationen, in denen ausländische Ärzte, obwohl sie die Fähigkeiten eines Facharztes besitzen und trotz bereits abgeschlossener Facharztausbildung, zunächst vorübergehend als Assistenzärzte arbeiten müssen (Hügler, 2013). Dies führt zu Missverständnissen und Unsicherheiten seitens deutscher Kollegen, die möglicherweise die Qualifikationen der ausländischen Ärzte nicht kennen. Ein Beispiel verdeutlicht die Anwendbarkeit von Adlers (2002) Modell interkultureller Handlungsstrategien, indem ein türkischer Arzt durch eine erfolgreiche Intervention Respekt gewinnt, nachdem er anfänglich aufgrund seiner Assistenzarztstellung abgelehnt wurde.

Die unvorhersehbare Arbeitsplatzsuche in deutschen Krankenhäusern wird als problematisch empfunden, da sie stark von persönlichen Beziehungen und Netzwerken abhängt. Der Mangel an transparenten und gerechten Auswahlverfahren führt dazu, dass gut ausgebildete Ärzte möglicherweise nicht angemessen eingesetzt werden können, insbesondere in Zeiten von Fachkräftemangel.

Die Einführung neuer Therapiemethoden gestaltet sich in einigen Kliniken als herausfordernd, da bestehende Strukturen als konservativ wahrgenommen werden. Ein türkischer Arzt betont den Widerstand gegenüber Veränderungen und neuen Methoden,

selbst wenn diese sinnvoll erscheinen. Dies beeinträchtigt die Möglichkeit, innovative Ansätze zur Verbesserung der Patientenbehandlung zu implementieren, und erfordert von den Ärzten eine Anpassung an die etablierten Praktiken.

Türkische Ärzte sind nicht nur mit internen Herausforderungen konfrontiert, sondern auch im Umgang mit Patienten. Insbesondere kulturelle Unterschiede spielen eine entscheidende Rolle, sowohl in der Zusammenarbeit mit Kollegen als auch bei der Patientenversorgung. Mangelnde Rücksichtnahme oder fehlendes Bewusstsein für kulturelle Unterschiede können zu Missverständnissen und Konflikten, so genannte *critical incidents*, und zu unangenehmen Situationen im Umgang mit Patienten führen. Ein Beispiel zeigt, wie kulturelle Nuancen im Bereich der Frauenheilkunde zu Missverständnissen führen können, wenn Ärzte nicht nur die Sprache, sondern auch die kulturellen Erwartungen im deutschen Gesundheitssystem beherrschen müssen. Insgesamt verdeutlichen die Herausforderungen die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Integration von Sprachkompetenz, kultureller Sensibilität und organisatorischer Anpassung, um effektive interkulturelle Zusammenarbeit und Patientenversorgung zu gewährleisten.

Weiterhin befasst sich die Arbeit mit Synergieeffekten in der Interaktion und Patientenbetreuung durch türkische Ärzte im deutschen Gesundheitssystem. Ein bedeutendes Herzklinikum in Deutschland hat als Lösungsansatz Schreibkräfte eingestellt, die ausländischen Ärzten bei der Verfassung von Arztbriefen unterstützen. Dieser Ansatz wird anhand des dreistufigen Prozesses von Adler (2002) zur Entwicklung synergetischer Lösungen für kulturelle Probleme erläutert.

Die Dilemma-Theorie nach Hampden-Turner und Trompenaars (Hampden-Turner & Trompenaars, 2000; Hampton-Turner, 1990), wird herangezogen, um die Bedeutung von Vielfalt und unterschiedlichen Perspektiven in der Problemlösung zu betonen. Organisatorische Hintergründe spielen eine entscheidende Rolle, und die Integration neuer Praktiken hängt von der Bereitschaft der Organisation ab, innovative Ansätze zu akzeptieren.

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit zeigen die Rolle der türkischen Ärzte im Umgang mit den Patienten als wertvolle Unterstützung für die ältere türkische Gemeinschaft. Die Sprachkompetenz der Ärzte wird als entscheidender Vorteil für die

Anamnese und das Verständnis betont. Interkulturelle Kompetenzen werden als essenziell betrachtet, um Missverständnisse zu vermeiden. Insgesamt verdeutlichen die präsentierten Beispiele die Notwendigkeit, organisatorische Strukturen anzupassen, interkulturelle Kompetenzen zu fördern und innovative Arbeitspraktiken zu integrieren, um Synergien im Gesundheitswesen zu realisieren. Dies trägt nicht nur zu einer effizienten Patientenversorgung bei, sondern fördert auch die Schaffung einer gemeinsamen medizinischen Kultur.

6.2 PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN

Die Ergebnisse der Untersuchung über die türkischen Ärzte im deutschen Gesundheitssystem weisen auf vielfältige praktische Implikationen hin, die eine gezielte Verbesserung der interkulturellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen erfordern. Insbesondere die herausfordernde Sprachsituation, sowohl in der Zusammenarbeit mit Kollegen als auch bei der Patientenversorgung, unterstreicht die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der sprachlichen Kompetenz. Hier könnten bewährte Methoden wie die Einstellung von Schreibkräften, die ausländischen Ärzten bei der Verfassung von Arztbriefen helfen, als Lösungsansätze dienen.

Der berufliche Anerkennungsprozess für ausländische Ärzte, der häufig zu Missverständnissen führt, erfordert eine Überprüfung und mögliche Anpassungen, um die Qualifikationen angemessen zu berücksichtigen. Transparente Auswahlverfahren bei der Arbeitsplatzsuche könnten sicherstellen, dass gut ausgebildete Ärzte ihre Fähigkeiten angemessen einsetzen können, insbesondere angesichts des Fachkräftemangels. MEDTIP GmbH mit Sitz in München ist ein solches Unternehmen, welches sich hauptsächlich um die Vermittlung türkischer Fachkräfte im Gesundheitswesen an deutsche Krankenhäuser und den damit verbundenen Anerkennungsprozess begleitet. Das seit März 2023 operierende Unternehmen hat in kurzer Zeit schon über 100 Vermittlungen erfolgreich getätigt. In diesem Zusammenhang hat MEDTIP ein Pilotprojekt bezüglich der Anerkennungs- und Integrationsprozesse mit 15 Ärzten gestartet, welches von BAMF gefördert wird.

Die herausfordernde Einführung neuer Therapiemethoden erfordert eine organisatorische Offenheit für Innovationen und Veränderungen. Hierbei spielt die

Bereitschaft der Organisationen eine entscheidende Rolle. Die Integration von Vielfalt und unterschiedlichen Perspektiven, wie sie durch internationale Ärzteteams entstehen, sollte als eine Ressource betrachtet werden, die durch gezielte Schulungen zur kulturellen Sensibilität und Zusammenarbeit weiter gestärkt werden kann.

Im Umgang mit Patienten sind transparente Kommunikation und kulturelles Verständnis von entscheidender Bedeutung, insbesondere vor dem Hintergrund bürokratischer Hürden im Anerkennungsprozess. Die Ergebnisse betonen die Rolle türkischer Ärzte als wertvolle Unterstützung für die ältere türkische Gemeinschaft, wobei ihre Sprachkompetenz als entscheidender Vorteil für Anamnese und Verständnis herausgestellt wird.

Die vorliegende Masterarbeit identifiziert spezifische Kulturstandards (für eine ausführlichere Erläuterung siehe Kapitel 5.1), welche eine bedeutende Rolle in der deutsch-türkischen Medizinkultur spielen. Die Erkenntnisse dies bezüglich legen nahe, dass ein Fokus auf diese unterschiedlichen Kulturstandards erforderlich ist, da ihre Überschneidung zu Missverständnissen in beiden Kulturen führen kann. Es besteht die Möglichkeit, mithilfe dieser Kulturstandards Synergien zu fördern oder Missverständnissen vorzubeugen. Die identifizierten Kulturstandards könnten in interkulturellen Trainings implementiert werden, um gezielt auf die kulturellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Ärzte aufmerksam zu machen. Dieser Ansatz könnte zu einer zielorientierten Beziehungsführung beitragen.

Insgesamt verdeutlichen die präsentierten Beispiele die Dringlichkeit einer ganzheitlichen Integration von Sprachkompetenz, kultureller Sensibilität und organisatorischer Anpassung, um eine effektive interkulturelle Zusammenarbeit und Patientenversorgung zu gewährleisten. Diese Maßnahmen sollen nicht nur die Effizienz der Patientenversorgung verbessern, sondern auch eine gemeinsame medizinische Kultur fördern, die von Vielfalt und Innovation geprägt ist.

6.3 LIMITATIONEN UND AUSBLICK

Bei der kritischen Reflexion über die vorliegende Studie müssen einige Limitationen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit basieren primär auf den Erfahrungen türkischer Ärzte im deutschen Gesundheitssystem, und daher

gestaltet sich eine generalisierte Übertragbarkeit auf andere spezifische kulturelle Kontexte als ungeeignet. Weitere Forschungen bezüglich der Integration von Ärzten aus verschiedenen kulturellen Hintergründen ist empfehlenswert, da sie eine umfassendere Perspektive bieten und der Komplexität der Interkulturalitätsforschung im Gesundheitswesen einen Beitrag leisten kann.

Durch die einseitige Fokussierung auf sprachliche und kulturelle Aspekte wurden weitere potenzielle Einflussfaktoren, wie etwa institutionelle Strukturen oder rechtliche Rahmenbedingungen, nicht ausreichend behandelt. Zukünftige Forschungsprojekte sollten daher eine ganzheitlichere Betrachtung dieser komplexen Dynamiken im Gesundheitswesen ermöglichen.

Ein weiterer zu beachtender Punkt bezieht sich auf die begrenzte Teilnehmerzahl und die Einschränkung auf bestimmte medizinische Fachbereiche. Die Einbeziehung einer größeren und vielfältigeren Forschung, die unterschiedliche medizinische Disziplinen repräsentiert, könnte eine differenziertere Analyse ermöglichen.

Obwohl die Forschung im Bereich des konstruktiven Interkulturellen Managements im Gesundheitswesen noch in den Kinderschuhen steckt, ist sie von essentieller Bedeutung. Zukünftige Studien könnten dazu beitragen, praxisrelevante Erkenntnisse zu gewinnen und die Entwicklung von effektiven Strategien für eine verbesserte interkulturelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen voranzutreiben. Diese Bemühungen sind nicht nur für die Patienten, sondern auch für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit des medizinischen Fachpersonals von großer Bedeutung.

Daher empfiehlt es sich für künftige Forschungsvorhaben im Bereich der interkulturellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen, den Fokus auf die Wirksamkeit von spezifischen Interventionsmaßnahmen zu legen. Hierbei könnten Forschungen gezielt herausfinden, wie Schulungsprogramme zur kulturellen Sensibilität und Sprachförderung die interkulturelle Zusammenarbeit beeinflussen. Ebenso wäre es relevant, den Einfluss organisatorischer Veränderungen auf die Integration ausländischer Ärzte zu untersuchen.

Durch die Besetzung internationaler Ärzte im deutschen Gesundheitssystem eröffnen sich auch interdisziplinäre Themenfelder, die erforscht werden sollten. Eine vertiefte Analyse dieser Zusammenhänge könnte einen Beitrag zur Gestaltung

praxisrelevanter Interventionen leisten. So könnten bspw. zukünftige Forschungen den Zusammenhang zwischen interkultureller Zusammenarbeit und Patientenoutcome genauer beleuchten. „Welchen Einfluss haben kulturelle Kompetenzen der Ärzte auf die Patientenzufriedenheit und -gesundheit?“.

Schließlich sollte die Zukunftsforschung auch den technologischen Fortschritt berücksichtigen, insbesondere im Hinblick auf digitale Kommunikationsmittel. Wie könnten innovative Technologien dazu beitragen, sprachliche Barrieren zu überwinden und die interkulturelle Kommunikation im Gesundheitswesen zu verbessern?

Insgesamt eröffnen diese kritischen Überlegungen und Ausblicke auf zukünftige Forschungsbereiche die Möglichkeit, die Erkenntnisse im Bereich der interkulturellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen weiter zu vertiefen und praxisrelevante Impulse für eine effektivere Integration von medizinischem Fachpersonal verschiedener kultureller Hintergründe zu setzen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Abadan-Unat, N. (1974). Turkish External Migration and Social Mobility. In *Turkey* (S. 362–402). Brill.
- Abadan-Unat, N. (1993). Der soziale Wandel und die türkische Frau (1923-1985). In Abadan-Unat, N. (Hrsg.), *Die Frau in der türkischen Gesellschaft* (2. Aufl., S. 13–55). Dagyeli.
- Abadan-Unat, N. (2005). Migration ohne Ende: vom Gastarbeiter zum Eurotürken. In Charim, I. & Borea G. A. (Hrsg.) *Lebensmodell Diaspora über moderne Nomaden* (S.105-111). Bielefeld: transcript Verlag.
- Adanir, F. (1995). *Geschichte der Republik Türkei*. BI-Taschenbuchverl.
- Adler, N. J. (1980). Cultural synergy: The management of cross-cultural organizations. In W. W. Burke, & L. D. Goodstein, (Hrsg.), *Trends and issues in organizational development: Current theory and practice* (S. 163–184). Pfeiffer & Company.
- Adler, N. J. (2002). *International dimensions of organizational behavior*. South-Western Publishing.
- Ağuiçenoğlu, H. (2007). Die Mediziner als Avantgarde der politischen Umgestaltung seit der Tanzimat-Periode. In Boeschoten, H. & Stein, H. (Hrsg.), *Einheit und Vielfalt in der türkischen Welt* (69. Aufl., S. 319–332). Wiesbaden: Harrassowitz Verlag.
- Aksoy, Z. (2012). ULUSLARARASI GÖÇ VE KÜLTÜRLERARASI İLETİŞİM. *Journal of International Social Research*, 5(20). 292-311.
- Appl, C., Koytek, A., & Schmid, S. (2016). *Beruflich in der Türkei: Trainingsprogramm für Manager, Fach-und Führungskräfte*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Aydin, Y. (2010). Der Diskurs um die Abwanderung hochqualifizierter türkischer Herkunft in die Türkei. *HWWI Policy Paper*, 3(9), 1-20. https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Diskurs_um_Abwanderung_von_Tuerken.pdf
- Barmeyer, C. (1996). *Interkulturelle Qualifikationen im deutsch-französischen Management kleiner und mittelständischer Unternehmen*. Röhrig Universitätsverlag.
- Barmeyer, C. (2010). Kulturdimensionen und Kulturstandards. *Interkulturelle Kommunikation und Kulturwissenschaft. Grundbegriffe, Wissenschaftsdisziplinen, Kulturräume, 1*, 87–118.
- Barmeyer, C. (2012). *Taschenlexikon Interkulturalität*. UTB.
- Barmeyer, C. (2018). *Konstruktives interkulturelles management*. utb GmbH.
- Barmeyer, C., & Davoine, E. (2016). Konstruktives interkulturelles Management: von der Aushandlung zur Synergie. *interculture journal: Online-Zeitschrift für interkulturelle Studien*, 15(26), 97–115.
- Barmeyer, C., & Franklin, P. (2016). *Intercultural management: a case-based approach to achieving complementarity and synergy*. Macmillan International Higher Education.
- Barmeyer, C., & Mayrhofer, U. (2008). The contribution of intercultural management to the success of international mergers and acquisitions: An analysis of the EADS group. *International Business Review*, 17(1), 28–38.

- Barmeyer, C., Romani, L., & Pilhofer, K. (2016). Welche Impulse liefert interkulturelles Management für Diversity Management? In *Handbuch Diversity Kompetenz* (S. 63–84). Springer.
- Diyanet İşleri Başkanlığı (2014). *Türkiye’de dini hayat araştırması*. http://www.ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/914_1.pdf
- Benedict Baldwin, G. (1970). The General Picture in the Middle East. In W. W. Marvel & C. V. Kidd (Hrsg.), *The International Migration of High-Level Manpower: Its Impact on the Development Process* (S. 261–268).
- Benedict, P., Tümertekin, E., & Mansur, F. (1974). Introduction. In P. Benedict, E. Tümertekin, & F. Mansur (Hrsg.), *Turkey: Geographic and Social Perspectives* (9. Aufl., S. 137–138). Festeinband.
- Berkes, N. (2012). *Türkiye’de çağdaşlaşma* (18. Aufl.). Yapı Kredi Yayınları.
- Birand, H. (1960). *Die Entwicklung des Hochschulwesens in der Türkei und der deutsche Beitrag dazu*. Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Bleistein, A. (2019). Was sollen Fachsprachkurse leisten? Erwartungen von Studierenden und Arbeitgebern und Schlussfolgerungen für die Unterrichtspraxis. *Zeitschrift für Interkulturellen Fremdsprachenunterricht*, 24(1), 33–47.
- BMBF. (2017). *Masterplan Medizinstudium 2020*. <https://doi.org/10.1055/s-0043-109409>
- Bonin, H. (2006). Der Finanzierungsbeitrag der Ausländer zu den deutschen Staatsfinanzen: eine Bilanz für 2004. *IZA Discussion Papers*. (2444), 1-18. Abgerufen am 22.01.2023, von <https://docs.iza.org/dp2444.pdf>
- Bonin, H. (2014). *Der Beitrag von Ausländern und künftiger Zuwanderung zum deutschen Staatshaushalt*. Bertelsmann Stiftung
- Bozay, K. (2001). *Exil Türkei: ein Forschungsbeitrag zur deutschsprachigen Emigration in die Türkei (1933-1945)* (15. Aufl.). LIT Verlag Münster.
- Brannen, M. Y. (1998). Negotiated Culture in Binational Contexts: A Model of Culture Change Based on a Japanese/American Organizational Experience. *Anthropology of Work Review*, 18(2–3), 6–17. <https://doi.org/10.1525/awr.1998.18.2-3.6>
- Brannen, M. Y., & Salk, J. E. (2000). Partnering across borders: Negotiating organizational culture in a German-Japanese joint venture. *Human relations*, 53(4), 451–487. <https://doi.org/10.1177/0018726700534001>
- Brock, D. (2008). *Globalisierung: Wirtschaft - Politik - Kultur - Gesellschaft*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brodzinski, A., & Bömmel, F. van. (2010). *Chronische Hepatitis B-Infektion bei Migranten*. Hepatitis&more. Abgerufen am 02.12.2023, von https://www.hepatitisandmore.de/archiv/2010-2/fobi_boem_migrant.shtml
- Brücker, H. (2013). *Auswirkungen der Einwanderung auf Arbeitsmarkt und Sozialstaat: Neue Erkenntnisse und Schlussfolgerungen für die Einwanderungspolitik*. Bertelsmann Stiftung.
- Buckminster Fuller, R. (1981). *Critical Path*. St. Martin’s Press.
- Bundesärztekammer. (2020). *Ärztstatistik zum 31. Dezember 2020*. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztstatistik/>
- Bundesbeauftragte für Migration, F. und I. (2009). *Migrationsbericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration im Auftrag der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration im Auftrag der Bundesregierung*.

- https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Migrationsberichte/migrationsbericht-2009.pdf?__blob=publicationFile
- Çağlar, G. (2000). *Staat und Zivilgesellschaft in der Türkei und im Osmanischen Reich* (415. Aufl.). Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag Der Wissenschaften.
- Canbaz, S., Sünter, A. T., Aker, S., & Pekşen, Y. (2007). Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 17(1), 15–19.
- Cases Mendez, I. (1977). The Adaption and Integration of Highly-Skilled and Skilled Immigrants in the Industrial and Educational Fields and their Particular Contribution to the Economy of Developing Countries. In *International Migration 15* (3. Aufl., S. 191–210).
- Chevrier, S. (2003). *Le management interculturel*. Presses universitaires de France.
- Çoruh, M. E. (2015). Yüz seneden fazla saklı kalan bir sır: askeri tıbbiyenin demirkapı'dan Haydarpaşa Tıp Fakültesi'ne taşınmasının sebebi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 5(3), 99–107.
- Deutsche Leberhilfe e.V. (2016). *Hepatitis B Flyer*. Abgerufen am 22.01.2024 von <https://www.leberhilfe.org/produkt/hepatitis-b-flyer-tuerkisch/>
- Deutscher Bundestag. (2018). Deutscher Bundestag Antwort. *Antwort der Bundesregierung - Integrationskurse und Flüchtlingspolitik*, 18/6777, 1–4. <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/170/1917024.pdf>
- Döring, O. (2020). Fachkräfteeinwanderungsgesetz: Kontext, Regelungen und Handlungsansätze. In O. Döring (Hrsg.), *Fachkräftezuwanderung in Deutschland: Potenziale, Herausforderungen, Gestaltungsoptionen* (S. 15–38). wbv.
- Engelen, A., & Tholen, E. (2014). *Interkulturelles Management* (2. Aufl.). Schäffer-Poeschel.
- Erichsen, R. (1991). Türkisch-deutsche Beziehungen in der Medizin. In *Mitteilungen der deutsch-türkischen Gesellschaft 114* (S. 14–28).
- Ete, E. (2000). Ethnomedizinische und transkulturelle Aspekte bei türkisch-stämmigen psychisch kranken Patienten in einer Schwerpunktpraxis. In T. Heise & J. Schuler (Hrsg.), *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (S. 101–113). VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- European Central Bank. (2020). *ECB euro reference exchange rate: Turkish lira (TRY)*. Abgerufen am 22.01.2024 von https://sdw.ecb.europa.eu/quickview.do;jsessionid=8AFB5F860A462C203E2234F5BE17891B?SERIES_KEY=120.EXR.M.TRY.EUR.SP00.A&start=15-07-2016&end=04-05-2021&submitOptions.x=0&submitOptions.y=0&trans=N.
- Farhan, N. K. N., & Wirsching, M. (2020). *Kommunikation für ausländische Ärzte: Vorbereitung auf den Patientenkommunikationstest in Deutschland* (3. Aufl.). Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Farrokhzad, S. (2007). „Ich versuche immer, das Beste daraus zu machen.“: *Akademikerinnen mit Migrationshintergrund: gesellschaftliche Rahmenbedingungen und biographische Erfahrungen*. Regener.
- Fäßler, P. E. (2007). *Globalisierung: ein historisches Kompendium*. Böhlau.
- Feroz, A. (1977). *The Turkish Experiment in Democracy, 1950–1975*. Avalon Publishing
- Findley, C. V. (2010). *Turkey, Islam, nationalism, and modernity: A history, 1789–2007*. Yale University Press.

- Flick, U., Kardorff, E. von, & Steinke, I. (2006). *Qualitative forschung* (Bd. 141291146). Sage Publications.
- Franck, P. G. (1970). Brain drain from Turkey. *The Committee on the International Migration on Talents (ed.), The international migration of high-level manpower: Its impact on the development process*, 299–373.
- Gencer, M. (2002). Osmanlı-Alman Münasebetleri Çerçevesinde Şark Meselesi. In H. C. Güzel, K. Çiçek, & S. Koca (Hrsg.), *Türkler* (21. Aufl., S. 34–39). Yeni Türkiye.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Springer-Verlag.
- Grosskopf, S., & Barmeyer, C. (2021). Learning from multi-paradigmatic sensitivity in cross-cultural management? Empirical and theoretical considerations. *International Journal of Cross Cultural Management*, 21(2), 181–202.
- Güçlü, Y. (1999). Turkish-German relations from montreux to the second world war. *The Turkish Yearbook of International Relations*, 29, 49–82.
- Gültekin Varol, N. (2016). Etkin bir göç faktörü: Afetler. *Antropoloji*, 0(32), 43–51. https://doi.org/10.1501/antro_0000000337
- Hampden-Turner, C. (2000). What we know about cross-cultural management after thirty years. *Heritage and progress. From the past to the future in intercultural understanding*, 17–27.
- Hampden-Turner, C. M., & Trompenaars, F. (2000). *Building Cross-Cultural Competence*. Wiley.
- Hampton-Turner, C. (1990). *Charting the Corporate Mind*. Free Press.
- Harris, P. R. (2004). European leadership in cultural synergy. *European Business Review*, 16(4), 358–380.
- Hibbeler, B. (2009). Hamit Ince: Einsatz für die deutsch-türkische Integration. *Ärzteblatt*, 106(36), A-1733. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=65819>
- Hirsch, E. E. (2005). Anılarım Kayzer Dönemi Weimar Cumhuriyeti Atatürk Ülkesi. In *Ankara: TÜBİTAK Yayınları-Sinem Ofset* (9. Aufl.). TÜBİTAK Yayınları-Sinem Ofset.
- Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: International differences in work-related values* (Bd. 5). Sage.
- Hofstede, G., & Hofstede, G. J. (2017). *Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management* (6. Aufl.). dtv Verlagsgesellschaft.
- Höhne, J., Linden, B., Seils, E., & Wiebel, A. (2014). Die Gastarbeiter: Geschichte und aktuelle soziale Lage. In *Geschichte und aktuelle soziale Lage Report des Wirtschafts-und Sozialwissenschaftlichen Instituts* (Bd. 16).
- Hölz, M. (1994). *Internationale Migration* (Bd. 4). Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Professur für
- Hügler, S. (2013). Anerkennung ausländischer Ärzte in Deutschland: Von Bundesland zu Bundesland verschieden. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 138(25/26), 1342–1343.
- International Monetary Fund. (2021). *World Economic Outlook Dataset October*. International Monetary Fund. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2020/October/weo-report>
- 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), 1–15.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Jansen, E., Hänel, P., & Klingler, C. (2018). Rehabilitation-specific challenges and advantages in the integration of migrant physicians in Germany: a multiperspective qualitative interview study in rehabilitative settings. *Public health*, 160, 1–9.
- Jedrzejczyk, P. (2012). Herausforderungen und Chancen interkultureller Teams. In *Schreiben (d) lernen im Team* (S. 103–117). Springer.
- Kahraman, A., Jochum, C., & Canbay, A. (2010). *Bedeutung der Hepatitis B Virusinfektion bei türkischen Migranten*. Ir Hepatitis&more.
https://www.hepatitisandmore.de/archiv/2010-2/fobi_tuerk.shtml
- Karakaşoğlu, Y. (2010). Türkische Arbeitswanderer in West-, Mittel- und Nordeuropa seit der Mitte der 1950er Jahre. In K. J. Bade & C. van Eijl (Hrsg.), *Enzyklopädie Migration in Europa. Vom 17. Jahrhundert bis zur Gegenwart* (S. 1054–1061). Schöningh.
- Kleinschmidt, C. (2012). Strategische Außenwirtschaftsbeziehungen. Die Bundesrepublik, die Türkei und der Kalte Krieg 1945–1970. *Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte/Economic History Yearbook*, 53(1), 43–67.
- Klingholz, R., Braunsdorf, F., Müller, C., Poutvaara, P., Petersen, T., Schneiderheinze, C., Thiele, R., & Gehring, K. (2019). Wachsende Migrationsströme: Wie können die europäischen Länder die Fluchtursachen erfolgreich bekämpfen? *ifo Schnelldienst*, 72(23), 3–26.
- Klingler, C. (2019). *Herausforderungen in der Integration migrierter Ärzte*. LMU.
- Klingler, C., Ismail, F., Marckmann, G., & Kuehlmeier, K. (2018). Medical professionalism of foreign-born and foreign-trained physicians under scrutiny: A qualitative study with stakeholders in Germany. *PLoS One*, 13(2).
- Klingler, C., & Marckmann, G. (2016). Difficulties experienced by migrant physicians working in German hospitals: a qualitative interview study. *Human resources for health*, 14(1), 1–13.
- Ko, N., & Naji Farhan, N. K. (2013). Kontextuelles. Zwischen den Kulturen–systemische Ausbildung im Ausland und Fortbildung für ausländische Ärzte in Deutschland. *Kontext*, 44(1), 78–84.
- Köppel, P. (2007). *Konflikte und Synergien in multikulturellen Teams: Virtuelle und face-to-face Kooperation*. Deutscher Universitäts-Verlag.
- Kroeber, A. L., & Kluckhohn, C. (1952). Culture: A critical review of concepts and definitions. *Papers of the Peabody Museum of American Archaeology and Ethnology, Harvard University*, 49(1), 1-223.
- Langthaler, M., & Hornoff, S. (2008, April). *Braindrain und seine Auswirkungen auf Entwicklungsländer*. ÖFSE. Abgerufen am 22.01.2024 von https://www.oefse.at/fileadmin/content/Downloads/Publikationen/Workingpaper/WP20_Braindrain.pdf.
- Lindner, U. (2004). *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit: Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*. R. Oldenbourg Verlag GmbH.
- Luft, S. (2014, August 5). *Die Anwerbung türkischer Arbeitnehmer und ihre Folgen*. BPB. Abgerufen am 22.01.2024 von <https://www.bpb.de/internationales/europa/tuerkei/184981/gastarbeit>
- Marburger Bund. (2017). *Gesamtauswertung Mb-Monitor 2017*. Marburger Bund. Abgerufen am 22.01.2024 von <https://www.marburger-bund.de/mb-monitor-2017>.

- Mayring, P. (2020). Qualitative Inhaltsanalyse. In *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 495–511). Springer.
- Merriam Webster. (o. J.). *Synergy*. Merriam-Webster. Abgerufen 14. Januar 2024, von <https://www.merriam-webster.com/dictionary/synergy>.
- Meyer, R. (2011). Verkehrs- und Kommunikationsmedien in der Globalisierung und die Relevanz des Raumes. In *Globalisierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Gesellschaft* (S. 105–119). Springer.
- Meyer-Abich, K. M. (1976). Komplementarität. In J. Ritter & K. Gründer (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (4. Aufl., S. 933). Schwabe AG.
- Mieg, H. A., & Näf, M. (2005). *Experteninterviews. Skript, Institut für Mensch-Umwelt-Systeme*. ETH Zürich.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management: Inside our strange world of organizations*. Simon and Schuster.
- Moosmüller, A., & Jana Möller-Kiero. (2014). Interkulturalität und kulturelle Diversität: Einführung. In A. Moosmüller & Jana Möller-Kiero (Hrsg.), *Interkulturalität und kulturelle* (S. 9–28). Waxmann.
- Moran, R. T., & Harris, P. R. (1982). *Managing cultural synergy*. Gulf Publishing Company.
- Moran, R. T., & Harris, P. R. (1983). Managing cultural synergy. In *(No Title)*. Gulf Publishing.
- Mutz-Humrich, S. (2008). *Prof. Dr. med. Robert Rieder (1861-1913) und sein Wirken in der Türkei. Seine Gedanken, Ansichten und Vorstellungen* [Doctoral dissertation]. Universität Würzburg, Würzburg.
- Namal, Y. (2012). Türkiye’de 1933–1950 Yılları Arasında Yükseköğretime Yabancı Bilim Adamlarının Katkıları. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1, 14–19. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1711467>.
- Namal, Y., & Karakök, T. (2011). Atatürk ve Üniversite Reformu 1933. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1, 27–35. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/higheredusci/issue/61474/917963>.
- Nuhn, H. (2010). Containerisierung und Globalisierung – Restrukturierung der maritimen Logistikkette. *Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie*, 54(1), 150–165. <https://doi.org/10.1515/zfw.2010.0011>.
- Nuscheler, F. (2004). *Internationale Migration: Flucht und Asyl* (2. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- OECD. (2019). Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students. In *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*. <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>.
- Oğuzkan, T. (1976). The Scope and Nature of the Turkish Brain Drain. In *Turkish Workers in Europe, 1960-1975* (S. 74–103). BRILL.
- Okyar, O. (1969). The University and Regional Development. In N. Claire & Z. Antoine B. (Hrsg.), *Science and Technology in Developing Countries*. Cambridge (S. 367–389). Cambridge.
- Osterhammel, J., & Petersson, N. P. (2003). *Geschichte der Globalisierung: Dimensionen, Prozesse, Epochen*. C. H. Beck.
- Ostwald, D. A., Ehrhard, T., Bruntsch, F., Schmidt, H., & Friedl, C. (2020). Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. In *Gesundheitswesen*. PricewaterhouseCoopers AG.

- <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf>.
- Oxford Advanced Learner's. (o. J.). *synergy*. Oxford Learner Dictionaries. Abgerufen 14. Januar 2024, von <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/synergy?q=synergy>
- Öztürk, H., & Şaylıgil, Ö. (2015). From the Medicine in Ottoman Madrasahs to Faculty of Medicine. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*, 7(3), 174-185.
- Pagenstecher, C. (1996). Die „Illusion“ der Rückkehr: Zur Mentalitätsgeschichte von „Gastarbeit“ und Einwanderung. *Soziale Welt*, 47(2), 149–179. <https://www.jstor.org/stable/40878137>
- Peppler, L. (2016). *Medizin und Migration: Deutsche Ärztinnen und Ärzte türkischer Herkunft—eine soziokulturelle Mikroskopie* (23. Aufl.). Wallstein Verlag.
- Petschel, A. (2021). *Auszug aus dem Datenreport 2021 - 1.2 Bevölkerung mit Migrationshintergrund*.
- Pohl, W. (2014). Völkerwanderung. In Borgolte, M. (Hrsg.), *Migrationen im Mittelalter—Ein Handbuch* (S. 231–238). De Gruyter.
- Portes, A. (1976). Determinants of the brain drain. *International Migration Review*, 10(4), 489–508. <https://doi.org/10.2307/2545081>
- Practitioners, R. C. of G. (2013). The 2022 GP: compendium of evidence. *London: Royal College of General Practitioners*.
- Primecz, H., Lugosi, P., Zølner, M., Chevri er, S., Barmeyer, C., & Grosskopf, S. (2023). Organizations and migrant integration: Towards a multiparadigm narrative approach. *International Journal of Cross Cultural Management*, 23(1), 7–30.
- Primecz, H., Romani, L., & Sackmann, S. (2011). *Cross-cultural management in practice: Culture and negotiated meanings*. Edward Elgar Publishing.
- Renner, K.-H., Jacob, N.-C., Renner, K.-H., & Jacob, N.-C. (2020). *Was ist ein Interview?* (S.1-17) Springer Berlin Heidelberg.
- Rohn, A. S. (2006). *Multikulturelle Arbeitsgruppen: Erklärungsgrößen und Gestaltungsformen*. Deutscher Universitäts-Verlag.
- Ruesga Rath, C. (2023). Alexander Thomas: Interkulturelle Psychologie und Kulturstandards. In *Meilensteine der Interkulturalitätsforschung: Biographien. Konzepte. Positionen* (S. 253–285). Springer.
- Sanchez-Montijano, E., Kaya, A., & Sökmen, M. J. (2018). Highly Skilled Migration between the EU and Turkey: Drivers and Scenarios. *FEUTURE Online Paper* (21) 1-32.
- Scherm, M. (1998). Synergie in Gruppen – mehr als eine Metapher? In Ardelt-Gattinger, H. (Hrsg.) *Lechner Gruppendynamik. Anspruch und Wirklichkeit der Arbeit in Gruppen* (S. 62–70). Verlag für Angewandte Psychologie.
- Schneider, U., & Hirt, C. (2007). *Multikulturelles Management*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Schnepf, T. (2014). *Hilfe, die ausländischen Ärzte kommen?!: eine ethnologische Untersuchung der Vorbereitung zugewanderter Ärzte auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken*.
- Schön, S. (2013). *Cultural diversity management and leadership: eine bibliometrische Analyse (1991-2010)*. Tectum.
- Schreiter, R. (2008). Katholizität als Rahmen für das Nachdenken über Migration. *Concilium*, 44(5), 537–550.

- Schroll-Machl, S. (2002). *Die Deutschen-Wir Deutsche: Fremdwahrnehmung und Selbstsicht im Berufsleben*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Spodek, H. (2001). *The World's History* (2. Aufl.). Pearson Education.
- Srur, N. (2010). Berufliche Integrationsförderung für immigrierte ÄrztInnen – Good Practice-Ansätze und die Entwicklung neuer Integrationsstrategien in Deutschland und Großbritannien. In: Nohl, A.M., Schittenhelm, K., Schmidtke, O., Weiß, A. (Hrsg.) *Kulturelles Kapital in der Migration*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91936-2_11
- Staar, H., Kempny, C. (2019). Internationalisierung des Personals und der Patienten: Interkulturelle Herausforderungen und Chancen für das Krankenhaus. In Pfannstiel, M., Da-Cruz, P., Schulte, V. (Hrsg.) *Internationalisierung im Gesundheitswesen*. Springer Gabler, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-23016-6_5.
- Statistisches Bundesamt. (2019). Grunddaten der Krankenhäuser 2018. Abgerufen am 22.01.2024 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden. (2019). *Bevölkerung im Wandel*. Abgerufen am 22.01.2024 von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroeschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile
- Steinmann, G. (2007). »Wanderungsentscheidungen und ihre ökonomischen Folgen für Einwanderungsländer«. *Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik*, 27(7), 222–228.
- Stompe, T., & Ritter, K. M. (2014). *Krankheit und Kultur: Einführung in die kulturvergleichende Psychiatrie*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Strøbæk, P., & Vogt, J. (2013). Cultural Synergy and Organizational Change: from crisis to innovation. *Journal of Business and Media Psychology*, 26(1), 25–34.
- Sturm, G., & Moro, M. R. (2010). Frauen in der Migration. Genderspezifische Bedürfnisse von Migration. In Hegemann, T. & Salman, R. (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 259–272). Psychiatrie-Verlag.
- Tahsin, R. (1991). *Tıp Fakültesi tarihçesi I: Mir'ât-ı Mekteb-i Tıbbiye* (1. Aufl.). Özel Yayınlar.
- Tanrıverdi, H. A., & Öney, H. T. (2003). Tıp Alanında Türk-Alman İlişkileri. *Artemis*, 4(2).
- Taşdemirci, E. (1992). *Belgelerle 1933 üniversite reformunda yabancı bilim adamları*. Taşdemirci. Abgerufen am 22.01.2023 von <https://books.google.de/books?id=jJvYAAAACAAJ>
- Taylor, C. E., Dirican, R., & Deuschle, K. W. (1968). *Health manpower planning in Turkey: an international research case study*. Johns Hopkins University Press.
- Tekeli, Ş. (1991). „Frauen in der Türkei der 1980er Jahre“ In Neusel, A. (Hrsg.) *Aufstand im Haus der Frauen: Frauenforschung aus der Türkei* (S. 27–48). Orlanda Frauenverlag.
- Teney, C., Becker, R., Bürkin, K., & Spengler, M. (2017). *Migrations-und Integrationserfahrungen europäischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage*. Bremen: Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-53309-0>

- Teney, C., Bürkin, K., Becker, R., Möser, S., & Lenkewitz, S. (2017). *Ärztinnen und Ärzte in Deutschland: erste Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zu beruflichen Erfahrungen, Zufriedenheit und Einstellungen*. Bremen: Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-53305-4>
- Thelen, S. (2017). Migranten aus der Türkei. In: Karl-Heinz, M. & Weber, R. (Hrsg.) *Deutschland Einwanderungsland: Begriffe-Fakten-Kontroversen* (S. 106–110). Kohlhammer.
- Thomas, A. (1991). *Kulturstandards in der internationalen Begegnung* (61. Aufl.). Breitenbach.
- Thomas, A. (2003). Kultur und Kulturstandards. In Thomas, A., Kinast E., & Schroll-Machl, S. (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation* (S. 19–31). Grundlagen und Praxisfelder.
- Thomas, A. (2005). Das Eigene, das Fremde, das Interkulturelle. In Kinast, E. Thomas, A. & Schroll-Machl, S. (Hrsg.), *Handbuch Interkulturelle Kommunikation und Kooperation* (2. Aufl., S. 44–59). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thomas, K. W., & Kilmann, R. H. (1974). *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument*. Xicom.
- Turkish Medical Association. (2017, 28. Juni). *Mecburi Hizmet*. Abgerufen am 22.01.2024 von <https://www.tb.org.tr/images/stories/haberler/file/sb-mecburi-hizmet-yazi.pdf>
- Ulusoy, N., & Gräbel, E. (2010). Türkische Migranten in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(5). 330-338. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0105-x>
- United Nations. (2019, 1. Juni). *World Population Prospects 2019: Highlights*. Abgerufen am 22.01.2024 von https://population.un.org/wpp/Publications/Files/wpp2019_10KeyFindings.pdf
- Wegge, J., & Schmidt, K.-H. (2015). *Diversity Management: Generationenübergreifende Zusammenarbeit fördern* (31. Aufl.). Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.
- Widmann, H. (1973). *Exil und Bildungshilfe: Die deutschsprachige akademische Emigration in die Türkei nach 1933: Mit einer Bio-Bibliographie der emigrierten Hochschullehrer im Anhang*. Herbert Lang Bern Peter Lang.
- Wittkowski, J. (2013). *Das interview in der Psychologie: Interviewtechnik und codierung von interviewmaterial*. Springer-Verlag.
- Wolf, A. (2020). *Kulturelle Diversität in Ärzteteams - Qualitative Studie zu Chancen und Herausforderungen für die Zusammenarbeit und Handlungsempfehlungen für Krankenhäuser*.
- Zentrum für Türkeistudien. (1997). Medienkonsum der türkischen Bevölkerung in Deutschland und Deutschlandbild im türkischen Fernsehen. *Kurzfassung der Studie*. Essen/Bonn.
- Züricher, E. J. (2010). *Turkey: A Modern History*. Bloomsbury Publishing. London

ANHANG

ANHANG A EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG

ANHANG B INTERVIEWLEITFADEN

ANHANG C LISTE DER INTERVIEWPARTNER

ANHANG D ORIGINALE DER ZITIERTEN INTERVIEWTEXTE

ANHANG E MUSTERINTERVIEW

ANHANG A EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die Arbeit ist noch in keinem anderen Studiengang als Prüfungsleistung in gleicher oder ähnlicher Form verwendet worden.

Passau, den 22.01.2024

Osman Nergiz

ANHANG B INTERVIEWLEITFADEN

Einstieg

- Vorstellung der eigenen Person (Name, Alter, Funktion)
- Danksagung für die Teilnahme
- Hinweis auf das Forschungsziel: "Diese Arbeit erforscht die Zusammenarbeit ausländischer (türkischer) Ärzte mit ihren einheimischen Kollegen in deutschen Einrichtungen."
- Anonyme Behandlung der Daten: "Die Audio-Daten dieses Interviews werden aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und aggregiert. Die Ergebnisse werden im Rahmen einer Studie an der Universität Passau aufbereitet. Alle Aufzeichnungen werden nach Abschluss der Studie von sämtlichen Endgeräten gelöscht."
- Einholung des Einverständnisses: "Sind Sie damit einverstanden, dass ich unser Gespräch zu Auswertungszwecken aufzeichne? Ihre Anonymität wird gewahrt, und es sind keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich."
- Klärung offener Fragen: "Haben Sie vor Beginn des Interviews noch offene Fragen? Falls ja, können Sie diese gerne jetzt stellen."
- Stellen von Interviewfragen

Zur Person

- Alter, Arbeitsort, aktuelle Position im Krankenhaus, Branche, Berufserfahrung als Arzt

Weitere Fragen für deutsche Ärzte:

- Anzahl ausländischer Kollegen, Herkunftsländer, Art der Kontakte (beruflich oder privat)

Weitere Fragen für türkische Ärzte:

- Aufenthaltsdauer in Deutschland, Berufserfahrung in Deutschland, Weg zur Tätigkeit in Deutschland, Kontakte zu deutschen Kollegen (beruflich oder privat)

Theorie-Dimensionen

Einleitende Fragen:

- Beschreibung der Zusammenarbeit mit Kollegen
- Zufriedenheit, Art der Zusammenarbeit, Anpassungsbedarf
- Einbringen von Fähigkeiten/Kompetenzen/Wissen aus der Türkei
- Unterschiede zur deutschen Arbeitsweise, Momente kultureller Dominanz

Theoretische Annahmen, Unterasspekte und Interviewfragen:

Kulturelle Dominanz:

- Momente, in denen eine Kultur dominierend ist
- Orientierung der Arbeitskultur im Krankenhaus (deutsch oder türkisch)

Kulturelle Anpassung:

- Situationen, in denen Anpassung erforderlich ist
- Wer sich wem mehr anpasst und Gründe dafür
- Frage nach Minderheit und Mehrheit im Krankenhaus

Kultureller Kompromiss:

- Kulturelle Situationen, in denen ein Mittelweg gefunden wurde
- Wer gibt bei Kompromisslösungen mehr oder weniger auf

Kulturelle Synergie:

- Bereicherung der Zusammenarbeit durch kulturelle Unterschiede
- Positive Ergebnisse und Entstehung einer neuen Arbeitskultur

Kulturelle Meidung:

- Momente, in denen kulturelle Unterschiede ignoriert werden
- Beispiele und Häufigkeit solcher Situationen

ANHANG C LISTE DER INTERVIEWPARTNER

Nr.	Herkunft	Berufserfahrung	Tätigkeit in Deutschland	Spezialisierung	Weiterbildungsstatus in Deutschland	Arbeitgeber/Praxis
B1	Türkei	20 Jahre	Rehaklinik (Assistenzarzt)	Anästhesie	Facharzt in der Türkei Erneut als Assistenzarzt in Deutschland in der Fachärztliche Weiterbildung	Rehaklinik
B2	Türkei	18 Jahre	Uni Klinikum (Facharzt)	Radiologie	Facharzt in der Türkei Anerkannter Facharzt in Deutschland. Die Weiterbildung wurde in Deutschland erneut absolviert.	Uni Klinikum
B3	Türkei	8 Jahre	Herzchirurgie (Assistenzarzt)	Herzchirurgie	Facharzt in der Türkei Erneut als Assistenzarzt in Deutschland in der Fachärztliche Weiterbildung	Weltbekanntes Herzchirurgie-Krankenhaus
B4	Türkei	13 Jahre	Rehaklinik (Facharzt)	Innere Medizin	Facharzt in der Türkei Erneut als Assistenzarzt in Deutschland in der Fachärztliche Weiterbildung	Rehaklinik
B5	Deutschland	24 Jahre	Herzchirurgie-Krankenhaus (Facharzt)	Herzchirurgie	Anerkannter Facharzt in Deutschland	Weltbekanntes Herzchirurgie-Krankenhaus
B6	Deutschland	4 Jahre	Deutsches Krankenhaus (Facharzt)	Innere Medizin	Anerkannter Facharzt in Deutschland	Deutsches Krankenhaus
B7	Deutschland mit türkischem Hintergrund	23 Jahre	Eigene Praxis (Facharzt)	Chirurgie	Anerkannter Facharzt in Deutschland	Eigene Praxis

ANHANG D ORIGINALE DER ZITIERTEN

INTERVIEWTEXTE

B 1:

„In der Türkei gibt es an vielen Orten [...] eine ausgeprägte Hierarchie. In dem Universitätskrankenhaus, in dem ich gearbeitet habe, gab es beispielsweise trotz seiner universitären Zugehörigkeit nicht viel Hierarchie. Natürlich existierte eine Hierarchie in Bezug auf unsere Professoren. Doch wenn wir beispielsweise die Hierarchie unter den Assistenzärzten betrachten - angenommen, ich bin ein neuer Assistenzarzt und seit drei oder vier Monaten dabei, während ein anderer Assistenzarzt bereits vier oder fünf Jahre Erfahrung hat und bald seinen Abschluss machen wird - gibt es eine bestimmte Hierarchie. Nach sechs Monaten wird er zum Facharzt oder nach zwei Monaten zum Experten befördert. In der Zwischenzeit gibt es normalerweise einen Dienstaltersunterschied, ähnlich wie im Militärdienst. Derjenige, der vor sechs Monaten kam, wird anders behandelt als derjenige, der vor einem Jahr kam. Es gibt immer einen Unterschied im Dienstalter, und entsprechend handelt man auch danach. Trotz der universitären Umgebung des Krankenhauses, in dem ich tätig war, gab es keinen derartigen Dienstaltersunterschied. Natürlich kann ich dasselbe nicht über unsere Professoren sagen. Ihnen gegenüber zeigen wir denselben Respekt. Wenn ein Professor kommt, wird ihm derselbe Respekt entgegengebracht. Man steht auf, nennt ihn "Herr Professor" und so weiter[...] Wenn ein Experte auftaucht, wird ihm Respekt erwiesen. Anders ausgedrückt, auch wenn er kein Professor oder außerordentlicher Professor ist, hat der Experte das Sagen. Hierbei gilt ebenfalls: Zeigen Sie ihm Respekt, stehen Sie vielleicht sogar auf, wenn er zur Arbeit kommt - je nachdem, wie respektvoll wir miteinander umgehen“ (B1; Z. 78-80)

„Ich habe meine Facharztausbildung als Frauenarzt hier in Deutschland begonnen, jedoch später abgebrochen, da ich dort nicht glücklich war. Während meiner Zeit als Assistenzarzt für Frauenheilkunde habe ich folgende Erfahrung gemacht: In der Türkei ist es üblich, als Frauenarzt vorsichtig zu sein, um das Jungfernhäutchen nicht zu beschädigen, besonders bei jungen, unverheirateten Frauen. Als ich in Deutschland arbeitete, war ich unsicher, wie ich mit solchen Fragen umgehen sollte. In der Türkei ist es normal, bei einer Frauenuntersuchung zu fragen, ob die Patientin verheiratet ist, um zu verstehen, ob sie bereits Geschlechtsverkehr hatte. Hier in Deutschland war mir zunächst nicht klar, ob ich so direkt nach dem Sexualverhalten fragen durfte. Deshalb habe ich stattdessen gefragt, ob die Patientin verheiratet ist“ (B1; Z. 157-158)

B 2:

„Natürlich sind Sprachlernprozesse schwierig, insbesondere, wenn es darum geht eine Fremdsprache zu erlernen oder in einer anderen Sprache als der Muttersprache zu arbeiten. Dies stellt ein eigenes Herausforderungsfeld dar. Zu Beginn meiner beruflichen Tätigkeit stieß ich auf Schwierigkeiten, die hauptsächlich darauf zurückzuführen waren, dass ich mich nicht ausreichend verständigen oder angemessen ausdrücken konnte. Die Kurse und Sprachtrainings, die ich zuvor absolviert hatte, standen nicht im direkten Zusammenhang mit dem Umfeld meines Arbeitsplatzes im Krankenhaus. Oftmals wurden lediglich grundlegende grammatikalische Strukturen vermittelt, und es fehlte an

relevantem Vokabular und Ausdrücken, die in meiner spezifischen beruflichen Umgebung verwendet werden. Der Übergang in diesen Beruf gestaltete sich für mich herausfordernd, da das Deutsch, das ich in meinen vorherigen Kursen gelernt hatte, nicht unmittelbar anwendbar war. Es fehlte an praxisrelevantem Vokabular, das speziell in meinem beruflichen Bereich Verwendung findet.“ (B2; Z. 30-31)

„Zu Beginn meiner Tätigkeit wurde ich von meinen Kollegen bei der Patientenaufklärung unterstützt, insbesondere aufgrund von Sprachbarrieren [...]. Dadurch wurde die Sprachbarriere überwunden, und ich konnte mich voll und ganz auf meine Hauptaufgabe konzentrieren - die Behandlung der Patienten. Durch diese Zusammenarbeit hatte ich die Gelegenheit, innovative Eingriffe einzuleiten, die in unserem Krankenhaus zuvor nicht durchgeführt wurden oder unter Narkose stattfanden. Ein Beispiel dafür ist die Einführung eines Verfahrens für Krebspatienten, die einen Port benötigten. Diese Patienten mussten sich einer langen Chemotherapie unterziehen, bei der die Medikamente über größere Venen verabreicht werden mussten, um dünnere Venen zu schonen [...]. Durch diese kooperative Synergie konnten wir diese Art von Arbeit erfolgreich in unsere Abteilung integrieren. Im Jahr 2021 führten wir allein etwa 30 solcher Eingriffe an rund 400 Patienten durch, was zuvor in unserer Abteilung nicht praktiziert wurde. Dieses Beispiel illustriert, wie Synergieeffekte wirksam sein können. {In der Türkei hätte ich mich darauf beschränken können, nur das Verfahren durchzuführen. Hier in der Klinik übernahm ich jedoch zusätzliche Verantwortung, wie die persönliche Betreuung der Patienten, die Kommunikation mit ihnen, die Festlegung des Vorgehens vor dem Eingriff und die Anleitung der Patienten. Aufgrund meiner begrenzten Sprachkenntnisse hätte mich diese Verantwortung stark beeinträchtigen können. Doch die Klinik unterstützte mich bei der Erklärung von Fachbegriffen, der Kontaktaufnahme mit den Patienten usw.“ (B2; Z. 91-95)

„Vor einiger Zeit stand ich vor einer ungewöhnlichen Herausforderung mit einem Patienten, die nicht nur medizinisch, sondern auch bürokratisch bedingt war. Es handelte sich um einen Fall, in dem der Patient partout nicht von einem Assistenzarzt behandelt werden wollte. Als Facharzt aus der Türkei hatte ich aufgrund bürokratischer Hürden Schwierigkeiten, direkt in meiner Facharztposition zu arbeiten. Obwohl ich den Titel eines Assistenzarztes hatte, kannten mich meine Kollegen und wussten um meine Qualifikationen. Das führte zu einer komplexen Situation, bei der ich im Krankenhaus wie ein Facharzt arbeiten musste, obwohl meine berufliche Anerkennung noch nicht vollständig abgeschlossen war. Der Patient lehnte vehement ab, von einem Assistenzarzt behandelt zu werden. Er war fest davon überzeugt, dass er nur von einem Facharzt angemessen versorgt werden könne. Es war schwierig für mich, ihm zu erklären, dass ich tatsächlich ein Facharzt bin, jedoch aufgrund von bürokratischen Einschränkungen vorübergehend als Assistenzarzt tätig sein musste. Ich habe versucht, dem Patienten meine Situation so klar wie möglich zu schildern. Ich betonte, dass ich die notwendige Qualifikation und Erfahrung besitze, um ihn angemessen zu behandeln. Gleichzeitig habe ich ihm die Hintergründe meiner vorübergehenden Position als Assistenzarzt erklärt. Es erforderte viel Kraft, um Verständnis zu schaffen. Nachdem ich ihm die Umstände erläutert hatte, zeigte der Patient Verständnis für meine Situation. Er war erleichtert zu erfahren, dass ich trotz der vorübergehenden Position als Assistenzarzt über die notwendige Expertise verfüge. Am Ende konnte ich eine positive Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen und eine erfolgreiche Behandlung durchführen. Diese Situation hat mir gezeigt, wie wichtig es ist, transparent und einfühlsam mit den Patienten zu

kommunizieren. Bürokratische Hürden können zu Missverständnissen führen, die durch offene Gespräche und Erklärungen aufgelöst werden können. Es ist eine Lektion darüber, wie man in herausfordernden beruflichen Umständen eine Verbindung zu den Patienten aufrechterhalten kann“ (B2; Z. 105-109)

B 3:

„An dem Tag, an dem ich hier anfang, schickte man mich in das Zimmer des Chefarztes. Der Chefarzt war ein großartiger Hodscha (de.: Lehrer). Nun ging ich zu dem Chefarzt und stellte mich vor, natürlich ohne meinen türkischen Titel zu nennen, weil die keine Anerkennung hat. Ich meine, es ist eine große Sache, der Titel macht eine Person hier in Deutschland wichtig. Jedenfalls stellte ich mich vor, und der Chefarzt sagte: "Ich will keinen Assistenzarzt in meiner OP haben." Er sagte: "Ich will keinen Assistenzarzt." Er hat das nicht aus Unhöflichkeit zu mir gesagt. Ich meine, ich habe mich vorgestellt und er hat sich vorgestellt. Dann hat er den Organisator angerufen und gesagt, dass er keinen Assistenzarzt in seiner OP haben möchte...Vielleicht kennt er mich nicht... In der Chirurgie ist die Anerkennung sehr wichtig. Es ist wichtig zu wissen, was man tun kann. Ich musste dann doch in die OP gehen, weil es sonst niemanden gab. Ich habe getan, was ich tun musste, und ich habe den überraschten Gesichtsausdruck des Chefarztes gesehen... Übrigens, das ist jetzt vorbei. Wir arbeiten ständig mit diesem Chefarzt zusammen. Eines Tages, vor etwa 5 oder 6 Monaten, kam es zu einer Komplikation in einer OP. Jedenfalls ist bei der Operation etwas sehr Schlimmes passiert. Der Patient befindet sich in einem sehr schlechten Zustand und muss dringend was gemacht werden. Der Chefarzt hat den Organisator angerufen und gesagt, dass er dringend jemanden schicken soll, damit wir den Patienten retten können. Ich sagte, ich mache es, wenn Sie wollen. Ich kann es tun, und ich habe innerhalb von drei Minuten getan, was getan werden musste. [...]. Der Chefarzt ist danach ganz anders zu mir geworden. Ich meine, er respektiert mich jetzt mehr und betrachtet mich als einen erfahrenen Arzt, auch wenn ich den Titel Assistenzarzt habe. Also, wenn ich jetzt hierherkomme, denken sie zuerst, dass du ein Gastarzt bist, sie denken, du bist ein ganz normaler Assistenzarzt. Sie halten dich für einen Neuling in der Chirurgie, der kein Berufserfahrung hat. Natürlich ändert sich der Stellenwert, den sie einem beimessen, wenn sie einen sehen.“ (B3; Z. 104-114)

„Einmal hatten wir während einer Herzoperation einen Clip am Herzen platziert. Später mussten wir ihn im OP wieder entfernen. Beim Entfernen des Clips wurde die Mitra-Klappe beschädigt, und normalerweise mussten wir die Klappe dann austauschen oder reparieren. Als ich dies tat, informierte ich den leitenden Arzt des OPs, einen deutschen Chefarzt. Ich teilte ihm mit, dass ich in einer aktuellen Publikation eine Technik für diese Art von Operation gefunden hatte. Diese Publikation war gerade erschienen. Ich schlug vor, es auf diese Weise zu versuchen, und fragte, ob es funktionieren könnte. Ich erklärte ihm die Details, er probierte es aus und war sehr zufrieden. Wir konnten den inneren Umschlag entfernen, ohne Schaden zu verursachen, und es war nicht notwendig, den Reparaturumschlag auszutauschen. [...] Der Erfolg führte dazu, dass wir nun eine Studie

dazu durchführen. Hoffentlich können wir diese bald abschließen und die Ergebnisse veröffentlichen. Der Artikel wird den von mir vorgeschlagenen Ansatz berücksichtigen, da der Ablauf der Operation entsprechend geändert wurde.“ (B3; Z. 170-174)

B 4:

„Für mich war es einfach, einen Job zu finden. Ich habe etwas gemacht, während ich die Sprache lernte. Ich habe einen Freund getroffen, und der hat gesagt, es gibt da so eine Stelle, willst du da arbeiten? Die Arbeitssuche war also einfach, aber der andere Anerkennungsprozess war mühsam“ (B4; Z. 36-44)

"Wenn versucht wird, hier im Krankenhaus Veränderungen zur Verbesserung einzuführen, stößt man auf Widerstand. Die bestehenden Strukturen erscheinen äußerst konservativ, und es scheint, als ob sie stark an etablierten Praktiken und Gesetzen orientiert sind. Bei dem Versuch, möglicherweise bessere Ansätze einzuführen, wird negativ darauf reagiert“ (B4; Z. 91-92)

"Ja, genau das ist meine Erfahrung. Hier neigen sie dazu, das Bekannte zu akzeptieren und sind gegenüber Veränderungen oder neuen Methoden zurückhaltend, selbst wenn diese sinnvoll erscheinen. Es mag viele effektive Behandlungsmethoden geben, aber beim Versuch, etwas Neues einzuführen, erlebe ich Widerstand. Es ist nicht so, als ob das, was sie tun, grundsätzlich falsch wäre. Es mag für sie funktionieren, aber es gibt eben auch andere valide Ansätze“ (B4; Z. 93-97)

„Für mich war es einfach, einen Job zu finden. Ich habe etwas gemacht, während ich die Sprache lernte. Ich habe einen Freund getroffen, und der hat gesagt, es gibt da so eine Stelle, willst du da arbeiten? Die Arbeitssuche war also einfach, aber der andere Anerkennungsprozess war mühsam. Aber nachdem ich dort gearbeitet hatte, wollte ich dort weiterarbeiten, wo ich wollte, z. B. im Bereich der Endokrinologie, und ich habe mich sehr ernsthaft darum bemüht. Dieser Teil war ziemlich mühsam. Gerade in Universitätskliniken ist die Sichtweise auf Menschen, die aus der Türkei oder aus dem Ausland kommen, etwas, ich will nicht sagen, negativer als in anderen Kliniken, aber sie ist eher im Hintergrund. [...] Ich denke, das liegt an der allgemeinen klassischen Struktur der Universitätskliniken. Das war auch eine Zeit lang in der Türkei so, als es noch keine Aufnahmeprüfungen gab. [...] Da jeder mit den Leuten arbeiten will, die er kennt, bevorzugt er diese Richtung. Da es hier kein Aufnahmeprüfungssystem gibt und die Universitäten als die Besten im Gesundheitssystem gelten, denke ich, dass sie versuchen, Leute einzustellen, die sie schon seit ihrer Studienzeit kennen“ (B4; Z. 36-44)

„Möglicherweise können Sie diese Synergie auf folgende Weise schaffen: In einer Abteilung dieses deutschen Krankenhauses arbeiten zahlreiche ausländische Ärzte, darunter viele aus der Türkei und anderen Ländern. [...] Eine Ausgewogenheit in der Anzahl könnte es ermöglichen, eigene positive Ansätze in der Patientenbetreuung und Behandlung einzubringen. An einem Ort, an dem beispielsweise nur 1 oder 2 Ärzte aus dem Ausland tätig sind, während insgesamt 10 Ärzte vorhanden sind, entsteht jedoch ein großes Fragezeichen. In solchen Fällen denke ich, dass die Erwartungen bezüglich der Synergie etwas geringer sind. Es wäre vorteilhafter, wenn die Anzahl der ausländischen

und einheimischen Ärzte besser ausbalanciert wäre. [...] Selbst wenn es mehr ausländische Ärzte gibt, könnten sich die ausländischen Patienten möglicherweise wohler fühlen. Zum Beispiel könnten sie sich besser verstanden fühlen. Persönlich habe ich das Gefühl, mich bei einem ausländischen Arzt besser ausdrücken und verständlicher erklären zu können. Im Vergleich dazu habe ich immer noch Schwierigkeiten in der Kommunikation mit deutschen Ärzten.“ (B4; Z. 147-149)

„Die erste Klinik, in der ich tätig war, war ein Krankenhaus mit Schwerpunkt auf Migrationshintergrund und Rehabilitationsmedizin. Es gab eine spezielle Abteilung für türkische Patienten, die ausschließlich von türkischen Menschen besucht wurde. Ich selbst arbeitete in einer anderen Abteilung, in der insgesamt etwa 80 bis 90 Patienten behandelt wurden. Etwa 35 bis 40 davon waren türkischer Herkunft, viele von ihnen waren Gastarbeiter mit begrenzten Deutschkenntnissen. Wir kümmerten uns um Menschen, die in Deutschland geblieben waren, und es entstand eine bedeutende Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten. Einmal wurde sogar ein Patient in unsere Abteilung überwiesen, der aus einer sehr religiösen Familie in Afghanistan stammte. Dieser Patient wurde von seiner Familie abgelehnt und litt unter psychischen Problemen, da er eine ukrainische Frau geheiratet hatte, was seine Mutter missbilligte. Meine deutschen Kollegen waren unsicher, wie sie mit diesem Patienten umgehen sollten. Aufgrund meiner Vertrautheit mit muslimischen Werten konnte ich jedoch nach einigen Sitzungen effektiv helfen. Der Patient hatte mit einer einfachen kulturellen Verwirrung zu kämpfen, und nur jemand, der mit dieser Kultur vertraut war, konnte das Problem lösen“ (B4; Z. 143-147)

B 5:

„Das ist tatsächlich die einzige Kultur, an der wir uns alle anpassen. Und zwar Kultur, die beste Patientenversorgung nach bestem Wissen und Gewissen“ (B5; Z. 24).

„Mein Deutsch ist nicht ideal und nicht meine Muttersprache. Wenn ich einen OP-Bericht diktiere, überprüft die Schreibkraft dies gleichzeitig oder wenn ich einen Arztbrief diktiert habe, korrigiert die Schreibkraft mit deutschen Kenntnissen als Muttersprachler dies gleichzeitig. Das Krankenhaus stellt solche Schreibkräfte zur Verfügung, damit ein ausländischer Arzt, der fachlich alles korrekt diktiert, auch wenn er sprachlich eingeschränkt ist, durch die Schreibkraft unterstützt wird.“ (B5; Z. 30)

B 6:

„[...] Wenn jemand zum Beispiel eine Blutabnahme machen soll in der Pflege oder so und man das schafft das dann nicht bis acht Uhr, weil wieder wegen Personalmangel und so. Dann sind die da schon eher toleranter, sind nicht so krass, so nach Zeit und so akkurat alles.“ (B6; Z. 47)

„Ich würde schon sagen, dass die [Türken] herzlicher sind, dass die emotionaler sind. Das würde ich schon auf jeden Fall sagen, dass die Deutschen schon eher sowas kühler sind und nicht so viel reden. Ja, das ist vielleicht auch so. Gewisse Themen nicht so an sich ranlassen, das fällt schon auf. Auch so allgemeiner dieses, dass dann auch wichtig ist, dass man zusammen isst oder wenn man halt Zeit hat, dass man sich dann zusammensetzt oder so.“ (B6; Z. 65)

B 7:

„Also ich persönlich bin jetzt für eine strenge Hierarchie nicht zu gewinnen. Ganz ehrlich, ich halte immer die Hierarchie ganz flach. Auch in meiner Praxis ist es so bei uns. In der Praxis macht jeder alles. Natürlich medizinisch macht der Arzt, aber ich meine, dass ich meine Tasse selber abspüle und alles mache ich als Arzt auch alles selber. Deswegen ist die Hierarchie, also diese militärische, was was in der Türkei ist, ist hier eigentlich fremd. Ganz ehrlich, das finde ich auch nicht gut.“ (B7; Z. 25)

„Ich würde behaupten, dass in keinem Krankenhaus oder in keiner Praxis so eine Meinung unerwünscht bzw. nicht willkommen wäre. Jeder Arzt darf seine Meinung äußern. Man kann darüber diskutieren, die muss ja nicht richtig sein. Man kann das abwägen, darüber diskutieren und dann eine gemeinsame Entscheidung treffen. Und ich finde, dass jeder auch deutsche, junge Ärzte und auch Ärzte aus der Türkei können jederzeit ihre Meinung äußern und ihre Bedenken auch vielleicht über eine Therapieform äußern, so dass man im Gesamten, das nochmal reflektiert und noch mal anschauen muss. Also und das ist kein. Es gibt keinen Moment, wo ich sage Nein, ich habe das jetzt entschieden und so wird es gemacht. Natürlich, wenn er jetzt, wenn er jetzt auf seine Meinung pocht und sagt Nein, ich kenne das aber so und ich werde das nicht anders machen. Das ist natürlich wieder das Gegenteil. Ja, man sollte zusammenarbeiten und sollte auch die Meinung des Älteren oder des Erfahreneren natürlich respektieren“ (B7; Z. 32)

„Jeden Tag habe ich solche Fälle in der Praxis, glaube ich. Also häufig kommt es vor. Da ist halt gerade in der Chirurgie, aber auch in Gynäkologie zum Beispiel. Und immer da, wo es ein bisschen, sage ich mal, schamhaft oder peinlich werden könnte, ist es sehr wichtig, dass man mit dem Arzt in seiner eigenen Sprache spricht und nicht auf einen Dolmetscher angewiesen ist, eine fremde Person dann mit reinkommt und das dann übersetzen muss, wissen Sie? Das ist sehr sehr wichtig.“ (B7; Z. 19)

„Ich habe tatsächlich einen Monat in der Türkei in einer großen Klinik in Adana. Einen Monat dort als praktischer im praktischen Jahr meine Ausbildung gemacht, ein Teil meiner Ausbildung und habe auch diese Hierarchie kennengelernt. Also wenn mein Chefarzt ins Zimmer gekommen ist, dann war das wie so ein heiliger Raum. Zwei rechts und links von ihm gesessen, seine Helfer oder so, und er saß mit seinem Riesenschreibtisch mit hinten groß türkischer Flagge und Atatürk und so, also es ist wie so ein Staatsmann als Chefarzt und deswegen. Ich finde das übertrieben“ (B7; Z. 26)

"Die Chirurgen sind schon praktisch, sehr geschickt [...] Das ist natürlich ein Vorteil. Dann könnten sie hier eben mit den deutschen Ärzten, die hier weniger Erfahrung haben, zusammen noch immer zusammenarbeiten und auch austauschen über die Erfahrungen“ (B7; Z. 38)

„Die Sprache [...] ist sicherlich ein Riesenvorteil, weil es gibt doch viele Türkischsprachige, nicht nur Türken, aber türkischsprachige Patienten, die auch aus Griechenland, Bulgarien und anderen Ländern kommen. Die eben schlecht Deutsch sprechen. Und da ist die Anamnese und auch das Verständnis sehr, sehr wichtig. Jeden Tag habe ich solche Fälle in der Praxis, glaube ich. [...] Immer, da, wo es ein bisschen, sage ich mal, schamhaft oder peinlich werden könnte, ist es sehr wichtig, dass man mit

dem Arzt in seiner eigenen Sprache spricht und nicht auf einen Dolmetscher angewiesen ist, eine fremde Person dann mit reinkommt und das dann übersetzen muss, wissen Sie? Das ist sehr sehr wichtig“ (B7; Z. 17-19)

ANHANG E MUSTERINTERVIEW

I: So was höre ich mir. Er. Seitdem schon lassen.

B 7: [00:00:10] Seitens einer.

I: [00:00:15] B 7, vielen herzlichen Dank, dass Sie heute an meinem Interview teilnehmen möchten. Ich mache eine Masterarbeit, Ich mache meine Masterarbeit an der Türkischdeutsche Universität und sowohl an der Passau Universität über ausländische Ärzte. Da handelt es sich über türkische Ärzte. Ich möchte bei meinen Interview Ihnen jetzt Fragen stellen über die türkische Ärzte, wie deren Zusammenarbeit hier in Deutschland mit ihren Einheimischen, mit deutschen Ärzten, Kollegen sein könnte. Und dazu möchte ich ein bei dieser Interview das Ganze auch aufzeichnen. Wäre das für Sie in Ordnung?

B 7: [00:00:56] Ja, natürlich.

I: [00:00:57] Okay, vielen Dank. Gleich nach meinem Interview, gleich nach meiner Masterarbeit, Nachdem ich alles transkribiert habe, werde ich auch alles löschen. Das wollte ich Ihnen auch noch ganz kurz erwähnen. Okay. Ja, Dann möchte ich mal mit ein, zwei kleinen Fragen anfangen. Dann werde ich auf meinen theoretischen Teil eingehen. Wie alt sind Sie?

B 7: [00:01:17] Ich bin 51.

I: [00:01:20] Und wo arbeiten Sie genau?

B 7: [00:01:25] Ich habe eine eigene chirurgische Arztpraxis.

I: [00:01:30] Und in welcher Branche sind Sie tätig?

B 7: [00:01:34] Ich bin Chirurg. Facharzt für Chirurgie.

I: [00:01:37] Okay. Und haben Sie auch ausländische Kollegen bei Ihnen im Praxis?

B 7: [00:01:43] Ja seit Neuestem. Tatsächlich habe ich eine. Kollegin mit eingestellt. Seit drei Monaten? Genau. Sie hat in Österreich studiert, ist auch 51 Jahre alt, hat aber eine deutsche Approbation auch und arbeitet seit drei Monaten wie gesagt mit mir zusammen.

I: [00:02:04] Okay. Hatten Sie auch Erfahrung mit Ärzte aus der Türkei gehabt?

B 7: [00:02:10] Bisher nicht.

I: [00:02:12] Und genau dazu möchte ich jetzt auch ein paar Fragen stellen. Zur türkischen Ärztin, die ich hier in deutschen Einrichtungen, Krankenhäuser oder auch Praxen arbeiten möchten. Denken sie würde für so einen türkische Arzt hier im deutschen Krankenhaussystem einen Vorteil haben für den für die Zusammenarbeit?

B 7: [00:02:37] Also fachlich gesehen kann ich natürlich nicht beurteilen. Jeder ist fachlich etwas anders ausgebildet. Je nach Fachgebiet und Interesse. Ja. Die Sprache wäre ein Riesenvorteil, denke ich. Ansonsten. Sehe ich jetzt keine großen Vorteile, aber die Sprache ist sicherlich ein Riesenvorteil, weil es gibt doch viele Türkischsprachige, nicht nur Türken, aber türkischsprachige Patienten, die auch aus Griechenland, Bulgarien und anderen Ländern kommen. Die eben schlecht Deutsch sprechen. Und da ist die Anamnese und auch das Verständnis sehr, sehr wichtig. In der eigenen Sprache spricht.

I: [00:03:27] Ja, das ist sehr interessant. Und haben Sie auch tatsächlich auch Patienten gehabt, die gar nicht so gut Deutsch sprechen können? Und da mussten sie auch mit ihren türkischen Kenntnissen dann halt mit diesen Patienten öfters türkisch reden. Gab es solch einen Fall?

B 7: [00:03:43] Jeden Tag habe ich solche Fälle in der Praxis, glaube ich. Also häufig kommt es vor. Da ist halt gerade in der Chirurgie. Aber auch in Gynäkologie zum Beispiel. Und immer, da, wo es ein bisschen, sage ich mal, schamhaft oder peinlich werden könnte, ist es sehr wichtig, dass man mit dem Arzt in seiner eigenen Sprache spricht und nicht auf einen Dolmetscher angewiesen ist, eine fremde Person dann mit reinkommt und. Das dann übersetzen muss, wissen Sie? Das ist sehr sehr wichtig.

I: [00:04:21] Und denken Sie, muss man da auch auf die kulturelle Werte auch von den Patienten manchmal drauf achten, weil sie wissen ja, unter den Türken ist es ja so, dass viele Muslime sind und da muss man, da möchten auch viele Frauen zum Beispiel von Frauenärzten behandelt werden und auch von anderen. Auch andere religiöse Werte sind auch öfters mal sehr wichtig. Denken Sie, ist es auch wichtig, dass ein Arzt auch diese Werte kennt und in diesem Fall ein türkischer Arzt dann halt einen großen Vorteil sein könnte für den Krankenhaus?

B 7: [00:04:55] Also dass man diese Werte kennt, ist sicherlich nicht verkehrt. Alles was man weiß, es ist ein Vorteil. Aber jetzt von mir gesprochen, ich habe. Ich mache auch

viel Proktologie. Also ich muss auch im Intimbereich sehr viel untersuchen und. Egal ob es jetzt muslimische Frauen sind oder oder Männer, die lassen sich untersuchen. Und wenn man einen Leidensdruck hat, dann, dann, dann lässt man sich einfach von einem Arzt untersuchen. Man muss natürlich das auch als Patient ein bisschen differenzieren. Ich bin jetzt beim Arzt und nicht der schaut mir jetzt jemand wo hin, sondern der will mir helfen und will mich untersuchen. Deswegen finde ich die Werte zu kennen ist sicher ganz gut. Man kann ja fragen, warum sie was dagegen, wenn ich sie untersuche. Also man kann. Wenn man die Werte kennt, kann man so ein bisschen auf den Patienten eingehen und nicht sofort. Entkleiden Sie sich oder legen Sie sich dahin und ich untersuche sie jetzt. Sondern man kann ja höflich fragen Haben Sie was dagegen, wenn ich Sie jetzt untersuche? Oder wünschen Sie eine Dame zur Untersuchung? Oder möchten Sie, dass jemand dabei ist oder nicht dabei ist Usw.

I: [00:06:12] Und gab es auch solche Fälle, wo Patienten wirklich nur zu ihnen gekommen sind, weil sie tatsächlich nur Türkisch sprechen und. Genau, dass Sie nur deswegen zu Ihnen gekommen sind.

B 7: [00:06:28] Ja.Gab es. Also gab es und gibt es auch jede Menge Fälle, die einfach zu mir kommen und sagen einfach Ich kann mich in meiner Sprache besser ausdrücken. Ich verstehe sie auch besser. Deswegen bin ich jetzt bei ihnen oder habe sie ausgewählt als Chirurg.

I: [00:06:44] Okay, und in der Türkei haben Sie auch bestimmt mitbekommen. Das hatte ich auch in meinen Text geschrieben. Vielleicht haben Sie es auch gelesen, aber ich sage es noch mal In der Türkei sind diese. Hierarchie wirklich sehr wichtig, vor allem, wenn man halt Medizinstudium in der Türkei besucht. Da müssen die jungen Ärzte wirklich immer darauf achten, dass sie diesen die Ärzte, die etwas mehr ausgebildet sind oder älter sind, dass man denen Hocam nennt oder Abi nennt. Und beim Frauen nennt man die Abla. Also große Schwester. Und das haben wirklich auch viele deutsche Ärzte gesagt, dass die türkischen Ärzte wirklich einen riesengroßen Respekt haben. Vor allem, wenn ein Oberarzt oder Chefarzt ins Raum kommt. Dann ist zum Beispiel ein Chefarzt aufgefallen, dass die türkischen Ärzte sofort aufstehen und wirklich da immer. Auf den Befehl dann irgendwie quasi so warten. Und er meinte das ist schon manchmal komisch. Die Türken müssen sich da halt an uns gewöhnen. Aber manchmal ist es auch bei dringenden Fällen

tatsächlich sehr gut, weil da muss ich wirklich gar nichts erklären. Ich sage da nur irgendetwas und der türkische Arzt läuft sofort hin, ohne lange nachzudenken und erledigt die Arbeit. Denken sie, würde so ein System halt. Ein türkischer Arzt, der an diese Hierarchie wirklich mit dieser Hierarchie aufgewachsen ist, einen Beitrag leisten. Deutschen Krankenhaussystem. Denken Sie, ist da manchmal auch in Deutschland diese Hierarchie auch mal wichtig, weil was öfters mal fehlt?

B 7: [00:08:16] Also ich persönlich bin jetzt für eine strenge Hierarchie nicht zu gewinnen. Ganz ehrlich, ich halte immer die Hierarchie ganz flach. Auch in meiner Praxis ist es so bei uns in der Praxis macht jeder alles. Natürlich medizinisch macht der Arzt, aber ich. Bis hin, dass ich meine Tasse selber abspüle und alles mache ich als Arzt auch alles selber. Deswegen ist die Hierarchie, also diese militärische, was was in der Türkei ist, ist hier eigentlich fremd. Ganz ehrlich, das ich finde es auch nicht gut.

B 7: [00:08:54] Es ist. Weil wenn die Hierarchie so streng ist, dann finde ich, dass die freie Meinungsäußerung auch von den jüngeren Ärzten, die durchaus auch einen sehr, sehr positiven Beitrag leisten könnten oder auch mal widersprechen sollten und sagen Herr Chefarzt, so sehe ich das nicht. Wenn wir das so machen würden, wäre es vielleicht besser. Diese Meinungsäußerungen werden unterdrückt bei einer ganz strengen Hierarchie. Das finde ich jetzt, ist nicht meine persönliche Meinung und ich begrüße eigentlich hier in Deutschland, dass diese Hierarchie jetzt, also in den letzten zehn Jahren, sage ich mal, etwas flacher geworden ist. Früher war es doch anders, als ich angefangen habe zu studieren, da war der Professor so was wie ein Gott, und das, was er gesagt hat, war Gesetz. Ja bisschen, dass man. Dass manche Studenten sogar. Auch private Sachen für ihn erledigt haben usw nur eben um um aufzufallen oder um. Voranzukommen. Also das finde ich. Das ist mir fremd. Wie gesagt, ich finde das nicht gut. Und ein türkischer Arzt, der in der Türkei diese hier, diese strenge Hierarchie kennengelernt hat und dann hierher kommt. Ja, er hat. Das stimmt jetzt nicht schwerer als ein als ein Arzt, der als ein Kollege, der hier studiert und und, und, seine Ausbildung genossen hat. Aber. Ich denke nicht. Dass er ein Riesenvorteil auch hätte deswegen. Vielleicht tut er sich, steht er sich manchmal selber im Weg. Nur weil er ebenso diese Hierarchie kennt und diese Strenge. Das ist wirklich eine Strenge in der Türkei. Ich habe tatsächlich einen Monat in der Türkei in einer großen Klinik in Adana. Einen Monat dort als praktischer im praktischen Jahr meine Ausbildung gemacht, ein Teil meiner Ausbildung und habe auch diese. Hierarchie

kennengelernt. Also wenn meinen Chefarzt ins Zimmer gekommen ist, dann war das wie so ein heiliger Raum. Zwei rechts und links von ihm gesessen, seine Helfer oder so, und er saß mit seinem Riesenschreibtisch mit hinten großtürkische Flagge und Atatürk und so, also. Es ist wie so ein Staatsmann als Chefarzt und deswegen. Ich finde das übertrieben.

I: [00:11:35] Ja, und viele türkische Ärzte, mit denen ich auch gesprochen haben, die hat es auch wirklich, tatsächlich sehr beeinflusst und negativ beeinflusst, dass sie immer unter dieser Hierarchie leben mussten und die meinten auch, die jetzt hier in Deutschland arbeiten. Osman Das ist wirklich super geworden hier in Deutschland. Wir können frei unsere Meinung äußern, wir können viel schneller arbeiten. Und da wir halt diese Druck kennen in der Türkei, ist es wirklich hier wie ein wie ein Schatz, was wir gefunden haben. Dadurch können wir viel produktiver arbeiten. Denken Sie auch, dass ein Mensch, der dann halt von so einem unterdrückten System auf einmal auf ein freies System kommt, dass er sich dann schneller anpassen kann an diese kulturelle oder Arbeitswerte in Deutschland.

B 7: [00:12:23] Ich hoffe, dass er sich sehr schnell anpassen sollte, weil es ist jetzt wieder meine persönliche Meinung, einfach die bessere Struktur hier. Ja, in der Form. Und genauso wie der Kollege das geäußert hat, dass er hier einfach freier seine Meinung äußern kann, produktiver arbeiten kann, einfach eine Zusammenarbeit ist und nicht ein Befehl und Ausführen, ja, sondern einfach zusammen an einem Patienten, an einem Fall arbeiten. Das macht viel mehr Spaß. Das ist auch. Produktiver auch für den Patienten.

I: [00:12:56] Und denken Sie, ist diese deutsche Krankenhaussystem so ein System, dass man auch seine eigene. Arbeitsweise, was ein türkischer Arzt aus der Türkei mitgenommen hat, schnell anpassen kann. Also ist da halt die deutsche Krankenhaussystem wirklich ganz offen, wo man auch öfters mal andere Meinungen hören kann.

B 7: [00:13:21] Auf jeden Fall. Also ich besser als andersrum. Ich denke, wenn jetzt ein deutscher Arzt sich entscheiden würde, in der Türkei zu arbeiten. Ein junger Arzt, sagen wir mal, der würde sich sehr schwer tun. Der, der, der Würde. Also ich kann mich jetzt hinauslehnen und sagen der kommt nicht zurecht. Verstehe aber umgekehrt ein türkischer

Arzt, der dort eine strenge Hierarchie genossen hat, der hierher kommt und eben diese in Anführungszeichen Freiheit genießt, wird sich schnell anpassen.

I: [00:13:55] Und in welchen Situationen könnte ein türkischer Arzt so einen Beitrag leisten? Halt. Oder halt seine eigene Meinungen äußern können und sagen können B 7, wir können doch das oder die Behandlung so und so machen. Wo könnte ein türkischer Arzt dann halt seine eigenen Meinungen oder halt Arbeitsweisen, die er in der Türkei gelernt hat, dann bei ihnen so einbringen? Oder gibt es auch solche Momente, wo Sie sagen können Nee, das ist no go. Da darf wirklich niemand was ändern, bei mir oder bei uns im Krankenhaus System oder in Praxis?

B 7: [00:14:30] Nein.Überhaupt nicht. Ich kenne. Ich würde behaupten, dass in keinem Krankenhaus oder in keiner Praxis so eine Meinung unerwünscht bzw nicht willkommen wäre. Jeder Arzt darf seine Meinung äußern. Man kann darüber diskutieren, die muss ja nicht richtig sein. Man kann das abwägen, darüber diskutieren und dann eine gemeinsame Entscheidung treffen. Und ich finde, dass jeder auch. Deutsche, junge. Ärzte und auch Ärzte aus der Türkei können jederzeit ihre Meinung äußern und ihre Bedenken auch vielleicht über eine Therapieform äußern, so dass man im Gesamten das nochmal. Reflektiert und noch mal anschauen muss. Also und das ist kein. Es gibt keinen Moment, wo ich sage Nein, ich habe das jetzt entschieden und so wird es gemacht. Natürlich, wenn er jetzt, wenn er jetzt auf seine Meinung pocht und sagt Nein, ich kenne das aber so und ich werde das nicht anders machen. Das ist natürlich wieder das Gegenteil. Ja, man sollte zusammenarbeiten und sollte auch die Meinung des Älteren oder des des Erfahreneren natürlich respektieren.

I: [00:15:53] Und das Wissen, was man dahinter hat oder wie viel man darüber Erfahrung gesammelt hat, ist auch, glaube ich schon ganz wichtig in deutschen Krankenhaussystemen. Da hat auch ein türkischer Arzt mir letztens gesagt Osman, wenn du das Wissen hast, wenn du wissenschaftlich alles ganz gut begründen kannst, dieses die Frage warum ganz genau begründen kannst, dann kannst du wirklich in Deutschland alles machen. Das finde ich auch sehr, sehr gut. Und die Türkei ist immer die Frage Warum du? Wer bist du das? Deswegen ist es sehr einfach, meint ein Arzt.

B 7: [00:16:28] Ja klar, die Erfahrung spielt natürlich eine Riesenrolle. Aber trotzdem kann man nicht sagen Schau, ich bin Chefarzt und du hast musst jetzt den Mund halten.

Das, was ich dir sage, das gibt es in Deutschland eigentlich nicht. Oder halt selten. Natürlich gibt es hier und da mal solche Kollegen. Früher zumindest auch, wie ich schon gesagt habe, die Professoren, mit denen ich noch aufgewachsen bin. Die waren teilweise so und die kannten es aber selber auch nicht anders. Ich kann Ihnen eine Geschichte erzählen. Ich habe meine allererste Stelle in der Chirurgie. War hier in Schwabach und. Und währenddessen, dass ich dann im Praktikum war, habe ich auch dann geheiratet. Und als ich dann am nächsten Tag in die Arbeit kam, hat der Professor den Ring an meinem Finger gesehen und hat gesagt Haben Sie geheiratet? Ich sagte Ja, da haben Sie mich gefragt. Natürlich ein Witz. Das war ein Witz von ihm. Ja, aber dann hat er mir erzählt, warum er das gesagt hat. Früher war das tatsächlich so, als er noch studiert hat und und gearbeitet hat, musste man seinen Professor fragen, ob man heiraten darf.

I: [00:17:52] Ach, krass. Das ist interessant.

B 7: [00:17:58] Das hat er mir erzählt Ich fand das auch total interessant und sicherlich gelacht, aber so war es für sie natürlich bei weitem nicht so und ich sage immer wieder ich genieße einfach oder habe Genossen in der Klinik, im Krankenhaus und jederzeit seine Meinung äußern kann und auch mit dem größten Chefarzt. Über eine Therapieform diskutieren konnte. Auch als auch als kleiner Assistenzarzt. Also nicht nur Oberärzte, sondern auch als Assistenzarzt. Seine Meinung natürlich höflich, aber bestimmt eine Meinung äußern.

I: [00:18:39] Genau. Und das fehlt den türkischen Ärzten auch sehr viel. Und das ist auch einer der größten Gründe. Sogar viel wichtiger als wirtschaftliche Gründe, dass warum Sie nach Deutschland kommen möchten, weil sie denken, dass man hier viel freier arbeiten kann, ist auch Realität. Auch tatsächlich so, aber ich möchte Ihnen noch eine andere Frage stellen über die praktische Erfahrung und theoretische Erfahrung der Ärzte. Also viele Ärzte, mit denen ich auch wieder Interviews geführt habe, die haben immer öfters erwähnt, dass türkische Ärzte in der Türkei sehr viele praktische Erfahrungen sammeln können, weil in der Türkei tatsächlich so ist, dass es wenig Ärzte gibt, aber viele kranken Patienten. Und da ist es manchmal so, dass ein Arzt sogar 150 Leute an einem Tag sogar behandeln muss. Manchmal ist es auch so, dass ein Arzt nur zwei, zweieinhalb Minuten für einen Patienten hat. Das ist. Dadurch meinten auch die türkische Ärzte, dass sie viel praktische Erfahrung sammeln konnten. Und in hier in Deutschland kann man das

auch nicht so sehr machen, weil man auch wirklich an viele Regeln gebunden ist. Man darf nicht einfach Patienten anfassen, die untersuchen. Und in der Türkei ist wirklich dieses praktische Erfahrung sehr groß. Aber im Gegensatz hier in Deutschland soll die theoretische Erfahrung sehr gut sein. Haben auch wieder die türkische Ärzte gesagt Das weiß ich nicht von den Deutschen, das könnten sie jetzt besser beantworten. Aber denken Sie, dass diese theoretische und praktische Erfahrung zwischen diesen zwei Kulturen eine Synergie bringen könnte im Krankenhaus? Was denken Sie dazu? Ja.

B 7: [00:20:13] Also tatsächlich ist, so, dass im Studium viele Studenten bis zum Schluss das beklagen. Sie klagen, dass sie. Wenig praktische Erfahrung bekommen. Das wünscht man sich natürlich, dass es ein bisschen mehr mehr wäre. Auch ich habe ja hier studiert und bis zum Schluss also. Ich denke nicht so viel Patientenkontakt gehabt wie jetzt einer, der in der Türkei studiert. Wobei ich das ehrlich gesagt nicht genau weiß, wie das Studium in der Türkei aussieht. Aber wenn Sie mir das so schildern, dann wird es wohl so sein. Dass, was Sie mir aber jetzt erklärt haben, dass das ein türkischer Arzt 150 Patienten am Tag anzuschauen hat und nur zwei Minuten pro Patient braucht. Das finde ich jetzt kein großer großer Vorteil, oder es ist nicht erstrebenswert, sondern das ist ja aus der Not geboren, sozusagen, dass eben nicht so viele Ärzte da sind. Und das ist natürlich nicht gut. Man sollte sich für den Patienten Zeit nehmen und die praktische Erfahrung unter solchen Umständen zu machen, finde ich schon traurig. Ja. Und ich weiß nicht, inwiefern auch diese praktische Erfahrung nutzbar ist, also ob die wirklich, ob die wirklich so ist, ob das eine gute praktische Erfahrung ist, ob jemand ihn auf die Finger schaut, zum Beispiel einen Arzt. Macht er das denn überhaupt richtig? Oder? Oder lernt er da irgendwas? Oder eignet er sich irgendwas an, was eigentlich nicht so gut ist? Aber aus der Not heraus muss er das jetzt machen, weil kein anderer da ist oder weil er es nicht besser weiß? Also das finde ich. Wie gesagt, kein großer Vorteil. Auf der anderen Seite die Chirurgen, die in der Türkei. Ich kann jetzt von der Chirurgie, von der Chirurgie reden. Ja. Die Chirurgen sind schon praktisch. Sehr. Sehr geschickt. Das kommt bestimmt auch daher, dass die schneller etwas operieren dürfen als hier. Ja. Also Sie werden schneller auf Patienten losgelassen. In Anführungszeichen natürlich. Ich hoffe unter Aufsicht, dass Sie eben viele. Eingriffe auch sehr früh machen können. Dadurch sehr viel praktische Erfahrung sammeln. Und das ist natürlich ein Vorteil. Dann könnten sie hier eben mit den

Deutschen Ärzten, die hier weniger Erfahrung haben, zusammen noch immer zusammen arbeiten und auch. Austauschen über die Erfahrung.

I: [00:23:05] Das ist tatsächlich als ein kulturelles Synergie. Denken Sie, dass man diese kulturelle Werte oder halt diese Arbeitskultur in der Türkei gelernt hat und dann sich dann an diese deutsche Arbeitskultur dann schnell anpasst? Da könnte man was ganz Neues und was Besseres dann rausholen. Durch diese Zusammenarbeit denken Sie.

B 7: [00:23:25] Ob das jetzt so ist. So viel Neues ist, weiß ich nicht. Aber man könnte sicherlich. Uff. Also wie gesagt, gerade in der Chirurgie ist es halt so, dass man. Jungen Ärzten die Eingriffe assistiert, also zeigt wie es geht. Und da sind halt die türkischen Ärzte, die dort die chirurgische Ausbildung genossen haben, etwas geschickter denke ich mal. Oder auch. Früher reif, weil sie eben schon in jungen Jahren. Sehr viel. Mehr operiert haben als. Die Kollegen. Im gleichen Alter. Das ist es..

I: [00:24:10] Verstehe. Ich möchte Ihnen noch eine letzte Frage stellen. Und zwar ist es so, dass viele deutsche Ärzte wieder die türkischen Ärzte mit syrischen Ärzten und auch mit anderen arabischen Ärzten immer so öfters gleich sehen. Aber die türkischen Ärzte regen sich deswegen auch viel öfters auf, weil sie sagen Nein, wir haben eine ganz andere Kultur, wir haben eine ganz andere Arbeitsweise etc.. Ich Natürlich haben Sie auch jetzt keine persönliche Erfahrung mit türkischen und arabischen Ärzten gemacht, aber ich möchte Sie auch mal nur allgemein fragen, was Sie dazu denken, ob diese türkische Ärzte mehr wirklich wie die Türken auch behaupten, mehr solche europäische Bildungssystem haben und dann wirklich mehr so europäisch sich behandeln. Als die Araber nur ihre Meinung. Also wenn sie was wissen. Ja. Und wenn nicht? Nein, es ist kein Problem.

B 7: [00:25:04] Ich habe überhaupt keine Erfahrung in der Hinsicht gesammelt und. Ich weiß auch nicht, wie die syrischen und arabischen Ärzte hier sich anpassen oder ankommen. Da kann ich jetzt leider wirklich ganz wenig oder gar nichts dazu sagen. Wenn mich jetzt jemand mit einem arabischen Arzt vergleichen würde. Wüsste ich nicht mal, was er meint damit, weil. Ich jetzt den Unterschied zwischen einem syrischen, arabischen oder türkischen Arzt einfach nicht kenne.

I: [00:25:36] Ja, da sagt man öfters ja, das sind halt typische muslimische Ärzte, die Frauen manchmal nicht anfassen möchten. Oder halt, wenn sie ein Chefärztin haben, dann akzeptieren Sie diese Chefärztin auf keinen Fall oder möchten diese Befehle oder halt

diese Worte von ihrer Chefärztin nicht hören oder von Oberärztin und so, da gibt es halt diese Probleme zwischen Mann und Frau öfters. Und angeblich sollen die Türken auch da zu diesen Kategorie gehören.

B 7: [00:26:06] Ach so, meinen Sie? Okay, also das habe ich jetzt bei einem türkischen Arzt weniger gesehen. Auch in der Klinik habe ich mit türkischen Ärzten zu tun gehabt. Da habe ich jetzt das nicht so erlebt, dass einer. Seiner Oberärztin zum Beispiel widersprochen hat oder wenn sie was gesagt hat, nicht befolgt hat, nur weil das eine Frau ist. Ich hatte tatsächlich ein Erlebnis im OP Saal sogar. Ja, das war ein arabischstämmiger Assistenzarzt, der mit mir und mit uns operiert hat. Und die Fachärztin, die die Operation geleitet hat, war eine Frau. Und wir operieren da. So, und dann schaut er sie an, so mitten bei der Operation, und sagt Also, für eine Frau operierst du eigentlich ganz gut. Also wir haben natürlich gelacht, aber sie fand es gar nicht lustig. Also wir haben gelacht, weil das einfach unpassend war in dem so unerwartet. Also wirklich, wir kannten das natürlich nicht so in der Form, dass wir diese Gedankengang haben. Es sieht ganz gar nicht lustig und hat ihn dann aus dem Saal geschmissen.

I: [00:27:27] So hart...

B 7: [00:27:30] Verlassen. Sie meinen, OB Saal jetzt sofort? Und der wusste gar nicht, was er falsch gesagt hat? So ungefähr. Das war ja ein Kompliment eigentlich von ihm, aber in dem Zusammenhang natürlich sehr fehl am Platz und falsch. Also das kann ich Ihnen jetzt als Erlebnis mal nennen, aber sonst habe ich da keine Erfahrungen gesammelt.

I: [00:27:53] Genau. Und da sind auch die vielen türkischen Ärzte halt tatsächlich sehr genervt und sagen dann ja, wir werden auch in diese Kategorie immer reingesteckt, obwohl in der Türkei sehr viele Frauenärzte gibt und das kann man gleich irgendwie gar nicht vergleichen, wollte ich einfach mal Ihre Meinung wissen, was Sie dazu denken. Okay, Dankeschön.

B 7: [00:28:11] Also das finde ich jetzt. Also ich stimme Ihnen da zu. Also die türkischen Ärzte kann ich da nicht in diese Kategorie reinstecken, Das auf keinen Fall.

I: [00:28:23] Okay. Und? Als letztes gibt es auch so ein Theorieteil. Gibt es auch kulturelle Meinung? Da sagt man, in bestimmten Fällen ist die Kultur gar nicht mehr wichtig, Da achtet man gar nicht auf die kulturelle Werte. Man versucht sich nur auf die Arbeit zu konzentrieren. Zum Beispiel ein deutscher Arzt ist in der Türkei und nimmt ein

OP teil und sagt zu seinem Chefarzt dort, obwohl er viel jünger ist Gib mir mal die Schere. Oder irgendetwas halt, was man halt in diesem OP dann braucht. Obwohl der Chefarzt in diesem Moment sehr sich genervt hat wegen sein Verhalten, weil er wirklich da respektiert sein wollte und dann als Hocam genannt werden wollte, sagt er gar nichts, weil wirklich dieser OP Saal viel wichtiger ist. OP viel viel wichtiger ist. Gibt einfach mal die Schere und sagt dann Über diese kulturelle Sachen können wir später noch mal sprechen. Denken Sie, gibt es auch solche Fälle in Deutschland, wo man halt in bestimmten Punkten Momente diese kulturelle Werte komplett einfach auslässt und einfach sich nur auf die Arbeit konzentriert?

B 7: [00:00:27] Ja, auf jeden Fall. Sollte man auch. Aber es kann ja jetzt kein Fall so dringend sein, dass man vielleicht auch ein Bitte oder oder ein Herr Oberarzt oder so aus seinem Lippen einfach entweichen sollte. Wenn ich jetzt wirklich auf Leben oder Tod geht, dann kann man schnell mal handeln und sagen Gib mir jetzt den Tubus oder gib mir Schere oder so, aber das sollte. Das ist, glaube ich, die Ausnahme. Und wenn überhaupt, dann ist das auch von denjenigen nicht so gemeint. Dann ist das einfach die Situation der Situation verschuldet, dass er einfach. Nicht jetzt. Die Zeit hat auch noch jetzt sehr höflich und sehr auf die Kultur zu achten, sondern es geht um den Patienten in dem Moment und. Vielleicht kann sich ja auch der, der das gesagt hat oder der so gehandelt hat, später dann noch mal das Gespräch suchen und sagen Tut mir leid, Herr Chefarzt, ich habe da schnell handeln müssen und habe da so reagiert und ich denke, das müsste dann auf gegenseitigen Verständnis dann landen das.

I: [00:01:40] Viele türkische Ärzte meinten auch, dass sie es sehr interessant finden, dass diese kulturelle Meinung in Deutschland wirklich sehr verbreitet ist. Vor allem in Krankenhaus. Muss man wirklich oder im Arbeitsumfeld allgemein In Deutschland muss man wirklich öfters mal versuchen, neutral zu sein. Man spricht nicht so sehr über Politik, man spricht nicht über bestimmte kulturelle Werte, weil man immer denkt, dass man einen anderen Person verletzen kann. Und sie finden es extrem gut, dass man sich nur auf die Arbeit konzentriert. Da wird nicht gelästert, da wird nicht über jemanden gesprochen und das ist sehr schön, meinten die. Denken Sie, es ist auch ein deutschen Arbeitskultur tatsächlich so, dass man viel neutral sein muss und auf diese kulturelle Werte gar nicht eingehen sollte oder geht?

B 7: [00:02:29] Also dass das nicht gelästert wird in Krankenhäusern oder so, das halte ich jetzt für ein Gerücht. Man mehr oder weniger, man wird über einen gesprochen, Das ist das ist einfach im Natur des Menschen so dass man dass man über andere redet oder oder sich austauscht. Aber was Sie jetzt meinen, ich ich finde das gut, dass man die eigene politische Meinung, oder. Auch die Meinung gegenüber anderen Religionen und so, das hat im Krankenhaus eigentlich oder in der Medizin keinen großen Platz, weil man sollte. Als Arzt sollte man schon neutral sein und einfach den Menschen sehen und jeden Menschen auch gleich behandeln. Also nicht nur als Arzt natürlich, sondern. Auch so, aber gerade in der Medizin. Als Arzt sollte man da keine Unterschiede machen und. Und deswegen ist auch Politik oder Religion. Zweitrangig in der. In der Klinik oder in einer Praxis.

I: [00:03:43] Auch über kulturelle Werte spricht man mal weniger darüber, wenn man jemanden gar nicht so richtig kennt.

B 7: [00:03:51] Na ja, die Kultur. Ob jetzt die Kultur. So eine große Rolle spielt in Patientenbehandlung, weiß ich jetzt eigentlich nicht. Außerhalb Das, was wir ganz am Anfang....

I: [00:04:03] Ne nicht Patientenbehandlung unter euch, dann unter Ärztegespräch, wenn ihr mit Kollegen dann zusammen seid.

B 7: [00:04:10] Also privat. Genau. Privat ist das natürlich was anderes. Dann spricht man natürlich über die eigene Kultur Und wie es so ist, man wenn man in Deutschland lebt, dann. Sag mal, Weihnachten. Es hat mal Ostern. Und. Und. Dann macht man das natürlich alles mit Und. Und wenn ein türkischer Arzt seine Arztkollegen auch erhellten möchte über die türkische Religion oder die Islam oder die türkische Kultur, ist das immer willkommen. Also die auch die deutschen Kollegen und auch das medizinische Personal nimmt das also so habe ich das bisher erlebt, immer sehr dankend und sehr interessiert an. Ja, sei es jetzt das Essen oder wenn man ihnen erzählt, wie es im Bayram aussieht, was man da macht und wie man die Älteren respektiert und die Hand küsst und also all das. Das ist natürlich für einen Europäer oder gerade einen Deutschen sehr interessant und wird mit Interesse auch aufgenommen. Ich finde das natürlich sehr gut, dass man sich dahingehend austauscht, wenn man die andere Kultur nicht kennt und vielleicht. Ist es in der Hinsicht auch wichtig. Ich glaube, darauf wollen sie auch hinaus, dass man dann auch

den anderen besser versteht, ja, seine Art, seine Handlungen nachvollziehen kann und in manchen Situationen dann sagt okay, ich weiß, warum er so gehandelt hat und nicht anders. Weil eben das aus seiner Kultur kommt. Ja, er kennt es nicht anders oder so, dass ja, das könnte ich mir schon vorstellen, dass das in der Hinsicht auch richtig sein könnte.

I: [00:06:00] Also der türkische Arzt hat das auch begründet mit Alkohol trinken. Er meinte, dass er, der. Dieser Arzt war auch ziemlich alt. Der ist auch ein Professor. Er meinte, dass er in der Türkei damals früher sehr viele weiße Türken als als Ärzte tätig waren. Und wenn er damals gesagt hat, in so einer Cocktailbar oder wenn sie so ein Treffen organisiert haben nee, ich trinke jetzt keinen Alkohol, dann meinten, dann wurde es schnell kritisiert. Warum trinkst du jetzt kein Alkohol? Bist du sehr religiös? Was soll das und so? Aber hier in Deutschland findet er es sehr interessant, dass wenn er einfach sagt Nee, ich möchte keinen Alkohol trinken. Das wird auch nicht lange nachgefragt, hinterfragt Warum jetzt? Was ist jetzt los? Warum trinkst du nicht? Das findet er diese Neutralität in Deutschland wirklich sehr gut, dass man einfach sich so behandelt, dass man so behandeln kann, wie man ist. Und das wird nicht so lange von Kultur her so sehr kritisiert. Nachgefragt. Ist es auch Ihnen aufgefallen, dass in Deutschland wirklich alles viel freier ist? In Arbeitskultur vor allem?

B 7: [00:07:01] Ja, es gibt natürlich. Solche und solche. Also. Wenn man jetzt zum Beispiel zusammen zum Essen geht, mit den Kollegen und da bestellt man was und man sieht, wenn es auf der Speisekarte vom Fleisch her ist, alles nur Schweinefleisch, dann esse ich halt Suppe oder Gemüse. Die meisten. Also ich habe das wie gesagt selber noch nicht erlebt, aber ich kann mir schon vorstellen, dass jetzt dann irgendwelche blöden Kommentare kommen. Ja, jetzt ist doch das Schweinefleisch, wieso isst du das nicht? Und ja, kann ich mir schon vorstellen, dass der eine oder der andere Mal auch wenn es scherzhaft sagt, dass natürlich. Einen berührt das, das sollte man nicht machen. Aber ich habe es persönlich nicht erlebt. Und wenn ich mal gesagt habe, ich trinke keinen Alkohol oder ich esse dies und das nicht, wurde das immer mit Toleranz, also sehr gut toleriert und akzeptiert, auch von anderen. Ist halt so, ich kenne auch viele, die kein Lamm essen. Ja dann essen die das halt nicht. Ja, auch. Genau das müssen wir jetzt auch nicht verurteilen.

I: [00:08:16] Das ist toll. Okay. Ja, das war es schon. B 7 mit meinen Fragen. Aber haben Sie noch andere Erfahrungen, die Sie vielleicht erzählen möchten? Oder halt denken, was die türkische Arbeitskultur oder die türkischen Ärzte in Deutschland so vorteilhaft in bestimmten Bereichen genutzt werden können? Haben Sie solche Gedanken?

B 7: [00:08:39] Also eigentlich, denke ich. Haben wir alles ausdiskutiert, was was sein könnte. Der größte Vorteil ist, wie gesagt, die Sprache. Dass man in Deutschland eben jetzt doch sehr, sehr viele Türkischsprachige und die Sprache ist der größte Vorteil. Was ich jetzt sehen wird.

I: [00:09:00] Genau das ist auf jeden Fall vor allem in Regionen, wo viele Türken leben. Und die erste Generation ist ziemlich alt jetzt. Die brauchen sehr viel Behandlung, glaube ich.

B 7: [00:09:09] Ja, genau so ist es.

I: [00:09:11] Dann stoppe ich meine Aufzeichnung. Okay.