

Projektbericht

Teilnehmende Beobachtung und Perspektivwechsel: Medizinethnologie in der Begegnung mit sozialen Randgruppen. Erste Erfahrungen mit einem neuen Lehrangebot.

Participant observation and change of perspectives: Medical Anthropology and the encounter with socially marginalised groups. First experiences with a new teaching concept

Berit Mohr, Institut für Geschichte der Medizin, Universität Gießen

Peter Hovermann, Frankfurter Verein für Soziale Heimstätten e.V., Frankfurt/Main

Volker Roelcke, Institut für Geschichte der Medizin, Universität Gießen

Zusammenfassung

Zur Diskussion gestellt wird ein neues Lehrangebot „Medizin am Rand der Gesellschaft: Teilnehmende Beobachtung und Perspektivwechsel“ im Kontext des Querschnittsbereichs 2/Q2 (AOÄ) Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin. Die methodischen Ansätze des Q 2 werden durch Konzepte aus der Medizinethnologie, in Kombination mit einer Exposition der Studierenden gegenüber Menschen in sozialen Grenzsituationen ergänzt. Ziele sind die Sensibilisierung für und Reflexion auf 1. die Bedeutung des konkreten lokalen Settings von medizinischem Denken und Handeln, 2. die Bedeutung der Subjektivität *aller* an der Arzt-Patient-Interaktion Beteiligten, 3. die Kontext-Abhängigkeit der Bedeutung zentraler medizinischer Begriffe (wie Bedarf/Bedürfnis). Auf einer allgemeineren Ebene wird die Fähigkeit eingeübt, Perspektiven unterschiedlicher Akteure in medizinischen Kontexten einzunehmen, ebenso die Fähigkeit zur kritischen Reflexion vermeintlich selbstverständlicher begrifflich-theoretischer und normativ-ethischer Prämissen in der Medizin.

Abstract

Schlüsselwörter

Querschnittsbereich 2, Medizinethnologie, teilnehmende Beobachtung, Gegenübertragung, Obdachlose

Keywords

Medical Humanities, Medical Anthropology, participant observation, counter-transference, homeless people

Einleitung

In kaum einer Situation werden unterschiedliche Vorstellungen von Hilfebedarf so deutlich sichtbar wie bei der Begegnung mit einem Menschen, der bei Minus-Temperaturen den Aufenthalt auf der Straße einem Platz in einem warmen Übernachtungsheim vorzieht, welcher ihm von Sozialarbeitern oder sonstigen Helfern angeboten wird. Kommt noch eine fehlende Reaktion auf medizinische Befunde wie offene Ulcera, grippaler Infekt oder massive Atembeschwerden hinzu, dann ist die Abweichung des Verhaltens eines solchen Menschen von den für einen Mediziner selbstverständlichen Erwartungen und Vorstellungen zu „Handlungsbedarf“ offensichtlich.

Eine solche Konfrontation mit Menschen, die sich sozialen wie auch medizinisch sinnvoll und notwendig erscheinenden Hilfsangeboten entziehen, ist nur eine von mehreren produktiven Irritationen, die in einem neuen Lehrangebot am Fachbereich Medizin der Universität Gießen bewusst ausgelöst werden. Dabei werden folgende Ziele verfolgt: 1. eine systematische und selbstkritische Reflexion zu tradierten und damit gewohnten Denk- und Handlungsweisen, Erwartungen und Einstellungen in der Medizin; 2. die Reflexion zentraler Begriffe wie „Bedarf“/„Bedürfnis“ mit normativem Gehalt, welche für Angebote der Gesundheitsfürsorge strukturierend und handlungsleitend sind; 3. die (Weiter-) Entwicklung von „Soft Skills“ wie etwa der Fähigkeit, sich in die Perspektive anderer Menschen, insbesondere der Nutzer von medizinischen Angeboten zu versetzen; 4. mit Hilfe der Methode der teilnehmenden Beobachtung die Sensibilisierung für den konkreten sozialräumlichen Lebenskontext von Patienten, in diesem Falle Menschen am Rand der Gesellschaft; sowie schließlich 5. die Sensibilisierung für die Frage nach angemessenen Hilfsangeboten für Menschen, die in ihrem Verhalten nicht den konventionellen Erwartungen von Mediziner*innen entsprechen.

Ein in der Approbationsordnung für Ärzte (AOÄ 2002) vorgesehener Ort zur Verfolgung solcher Lehrziele ist der Querschnittsbereich 2/Q 2 „Geschichte, Ethik, Theorie

der Medizin“ [17; 21]. Daneben wird ein Teil dieser Zielsetzungen auch in den Lehrangeboten aus Medizinischer Soziologie und Psychologie oder der Sozialmedizin verfolgt, dann primär mit dem methodischen und begrifflichen Repertoire aus den entsprechenden Bezugsdisziplinen Soziologie und Psychologie. Ähnliche Lehrangebote wie im Q2 existieren auch auf internationaler Ebene, dort oft unter der Bezeichnung „Medical Humanities“ (etwa: „Kulturwissenschaften in der Medizin“)[2; 16]. Die konkrete Ausgestaltung der entsprechenden Lehrangebote an den einzelnen medizinischen Fakultäten ist unterschiedlich, wobei in Kontexten der Medizindidaktik und Lehrforschung vor allem das Verhältnis der drei explizit in der Approbationsordnung genannten, die aktuelle Medizin reflektierenden Zugangsweisen (Geschichte, Ethik, Theorie) zueinander diskutiert wird (additiv oder integrativ; Gewichtung der einzelnen Komponenten)[17; 21].

Im vorliegenden Beitrag soll eine Ergänzung dieser Zugangsweisen durch methodische Ansätze und Begriffe aus einer weiteren Kulturwissenschaft, der (Medizin-) Ethnologie/Medical Anthropology, verbunden mit einer spezifisch hergestellten Form der Erfahrung der Studierenden, zur Diskussion gestellt werden. Die Medizinethnologie ist zwar nicht in Deutschland, wohl aber international in Form von universitären Abteilungen, Studiengängen und Fachgesellschaften institutionalisiert. Eine auf diese Ansätze und Erfahrung aufgebaute Lehrveranstaltung wird seit dem Wintersemester 2010/11 als eine Seminaroption mit dem Titel „Medizin am Rand der Gesellschaft: Teilnehmende Beobachtung und Perspektivwechsel“ im Q 2 am Fachbereich Medizin der Universität Gießen angeboten und durchgeführt.

Projektbeschreibung

Folgende Feststellungen und Überlegungen waren der Ausgangspunkt für die Erarbeitung dieses neuen Lehrangebots:

1. In den üblichen, im Rahmen der Approbationsordnung für Ärzte vorgesehenen Pflicht-Lehrveranstaltungen erleben Studierende der Medizin die Arzt-Patient-Interaktion praktisch ausschließlich in Krankenhäusern oder auch Arztpraxen, also in institutionellen Settings, die in ihrer Organisation und der Ausgestaltung der inneren Abläufe der Rationalität medizinischen Denkens (daneben auch politischen und ökonomischen Vorgaben) folgen. Das heißt, diese Settings orientieren sich an Problem-Definitionen aus der Sicht der Mediziner und daran anknüpfende Handlungsformen (Diagnostik, Therapie, Beratung). Für die dort tätigen ÄrztInnen und weiteres medizinisches Personal ist diese Umgebung vertraut; für diejenigen,

die wegen unklarer Befindlichkeitsstörungen oder akuter Leidenszustände diese Institutionen aufsuchen (aus ärztlicher Sicht „Patienten“), ist diese Umgebung jedoch meist fremd und kann selbst ein Faktor der Irritation sein, der wiederum zu Verunsicherung, Angst, Hemmung in der Interaktion etc. beitragen kann. Die durch die Pole leidend/gesund, Laie/Experte, Hilfe-Suchende/Hilfe-Anbietende vorstrukturierte asymmetrische Arzt-Patient-Interaktion wird durch diese Dimension von Fremdheit/Vertrautheit mit dem konkreten Setting noch verstärkt.

2. Die Problem-Definitionen selbst, die in medizinischen Kontexten Verwendung finden, sind – wie sich immer wieder zeigt – von spezifischen Krankheitsbegriffen, Körpervorstellungen und Selbst-Bildern von Ärzten und Medizin abhängig und nicht notwendigerweise identisch mit den Problemdefinitionen und Anliegen derjenigen Menschen, welche Institutionen der Gesundheitsversorgung aufsuchen. Die Handlungsprioritäten, die sich aus dem individuellen „Kranksein“ für den konkret Betroffenen ergeben, weichen dabei nicht selten von den Prioritäten ab, die sich aus einem naturwissenschaftlich-orientierten Krankheitsverständnis der Medizin ableiten [18; 19], Dies wird in den letzten Jahren zunehmend systematisch diskutiert etwa in Bezug auf die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, z.B. Schmerzzuständen, oder bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen: Hier wurde deutlich, dass primär medizinischer Rationalität folgende Handlungsweisen (maximale Diagnostik und Therapie mit allen verfügbaren wissenschaftlichen und technischen Möglichkeiten) nicht selten dem Bedürfnis der Betroffenen gegenübersteht, das weitere Leben unter den je konkreten Lebensumständen möglichst wenig leidvoll und gleichzeitig erfüllt zu gestalten – und zwar nach den durchaus subjektiven Kriterien der Betroffenen [19; 20]. – Die systematische Einbeziehung und letztlich Priorisierung der Betroffenen-Perspektive ist jedoch in der medizinischen Aus- und Weiterbildung nach wie vor eine Randerscheinung. Auch für medizin-ethische Überlegungen und Bewertungen ergeben sich andere Schlussfolgerungen, wenn in systematischer Weise etwa „Risiken“ von therapeutischen oder Forschungs-Interventionen nicht als medizinisch gegebene Größen verstanden werden (z.B. durch Morbiditäts- und Mortalitätsraten für definierte medizinische Komplikationen), sondern stattdessen aus der Sicht der Betroffenen gesehen und bewertet werden [19]. – Die hier skizzierte Problematik lässt sich anschaulich an den unterschiedlichen Bedeutungsakzenten des Begriffspaares „Bedarf“/„Bedürfnis“ illustrieren: Während bei der Verwendung des Begriffs „Bedarf“ ein Anspruch von (wissenschaftlicher) Objektivität mitschwingt und dieser Begriff in medizinischen und gesundheitspolitischen Debatten unter Experten im Sinn objektivierbarer, prinzipiell quantifizierbarer Größen weit verbreitet Gebrauch findet, ist mit dem Begriff „Bedürfnis“

deutlich stärker die Subjektivität einer individuellen Person oder spezifisch eingegrenzten Gruppe verbunden.

3. Empirische Untersuchungen etwa zur medizinischen Versorgung von Migranten in unterschiedlichen Gesundheitssystemen geben zahlreiche Hinweise darauf, dass Medizin- bzw. Gesundheitsversorgungs-relevante Fragestellungen und „Probleme“, die sich in der Begegnung mit sozialen Randgruppen prominent darstellen, nicht auf diese beschränkt sind. Vielmehr sind solche „Probleme“ im Gegenteil sehr häufig ubiquitäre Phänomene der medizinischen Versorgung und auch der Arzt-Patient-Interaktion, die im Falle von sozialen Randgruppen lediglich in besonders markanter Form sichtbar werden. So zeigen sich bei näherer Betrachtung Phänomene wie ein mangelndes Verständnis von ärztlichen Informationen auf Seiten der Patienten, oder Körperwahrnehmungen, Krankheitserklärungen und Schmerzäußerungen, die von medizinischem Personal für nicht adäquat gehalten werden, als keineswegs spezifisch für Menschen aus fremden Kulturen oder Migranten im deutschen Gesundheitswesen, sondern sie finden sich ebenfalls bei einheimischen Nutzern [1; 15]. Ebenso lassen sich Tendenzen auf Seiten des medizinischen Personals zur Ent-Individualisierung, Homogenisierung und teilweise Stigmatisierung von Verhaltensweisen, die bei Migranten oder Ausländern als „fremd“ wahrgenommen werden und die deren „Kultur“ oder auch biologischer Ausstattung zugeschrieben werden, bei genauerer Betrachtung auch gegenüber Patienten aus der eigenen Gesellschaft finden. Dies ist u.a. breit dokumentiert für Patienten mit chronischen Schmerzen oder mit Adipositas, und in besonders ausgeprägter Form bis hin zu veränderten Therapie-Entscheidungen in Bezug auf soziale Randgruppen wie etwa Afro-Amerikaner in den USA [z.B. 3; 9; 20], ähnlich aber auch in der Gesundheitsversorgung im deutschen Kontext [1; 7; 14]. Stereotype und oft tradierte Denkweisen und Handlungsmuster sowie implizite normative Prämissen, die mögliche Quelle von Missverständnissen, Konflikten oder Problemen in der Medizin sein können, lassen sich somit im Umgang mit sozialen Randgruppen exemplarisch und besonders deutlich darstellen und reflektieren.

Die drei hier skizzierten Befunde waren Ausgangspunkt für die Konzeption eines Lehrangebots, welches das didaktische Potential nutzen sollte, das Begriffe und Methoden der Medizinethnologie sowie eine gezielte Erfahrung der Studierenden mit Menschen am Rand der Gesellschaft, konkret: ohne festen Wohnsitz, zur Verfügung stellen. Ziel war es, in systematischer Weise die Aufmerksamkeit der Studierenden auf folgende Aspekte und Dimensionen zu lenken:

- die Bedeutung der je konkreten Lebens-Situation, Leid-Erfahrung und Interaktions-Gestaltung von Betroffenen für eine „bedürfnissensible“ Gestaltung von (medizinischen) Hilfs-Angeboten; in Verbindung hiermit werden das Konzept und Methode der Feldforschung und teilnehmenden Beobachtung aus der (Medizin-) Ethnologie vermittelt;
- die verunsichernde Wirkung eines ungewohnten Settings der Arzt-Patient-Interaktion, damit verbunden die Sensibilisierung für die Bedeutung der eigenen Subjektivität (d.h. des medizinischen Personals) im Umgang mit Hilfe-Bedürftigen; in Verbindung hiermit wird das modifizierte Konzept der Gegenübertragung aus der Ethnopschoanalyse (nach Devereux) thematisiert;
- das Kennenlernen der und erstes „Eintauchen“ in die Lebenswelten, Gesundheitsprobleme und Bedürfnisstrukturen von Menschen „am Rande“ der Gesellschaft i.S. von „cultural immersion“-Ansätzen [4; 6]: Neben breiteren Phänomenen wie Armut und körperliche Vernachlässigung handelt es sich hier um prekäre Hygiene- und Ernährungsbedingungen, Multimorbidität, häufig mit psychiatrischer Ko-morbidität, sowie die Bedeutung von Stigmatisierung und Scham für die (Nicht-) Nutzung von verfügbaren (medizinischen) Hilfsangeboten. Ziel ist hier das genaue „Hinschauen“ auf das (vermeintlich) Fremde, Irritierende, und der Abbau von Schwellenangst;
- die Problematisierung des Begriffs „Hilfsbedürftigkeit“ in Bezug auf den konkreten Zustand eines konkreten Menschen (mit Hilfe des Begriffspaares Bedarf/Bedürfnis): Hier geht es einerseits um eine im Kontext der Medizintheorie relevante Analyse zentraler, in der Medizin handlungsleitender Begrifflichkeiten; weiter soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die medizinische Perspektive auf präsentierte Beschwerden (wissenschaftlich begründet) sinnvoll in systematischer Weise durch die Betroffenen-Perspektive („subjektiv“, Biographie- und Lebenssituations-Abhängigkeit, z. T. Ambivalenz/Ablehnung gegenüber Hilfs-Angeboten) ergänzt wird.

Zum Erreichen dieser Ziele wurden, wie bereits kurz erwähnt, neben der Vermittlung von medizinischen Wissensbeständen Begriffe und Methoden aus der (Medizin-) Ethnologie als zentrale Bestandteile in das Seminar integriert. Hierbei handelt es sich zunächst um die Methode der Feldforschung mit teilnehmender Beobachtung (8; 11): Konstitutiv für diese Methode ist das Aufsuchen derjenigen, denen das medizinische Interesse gilt, an den Orten, wo sie in ihrem Alltag leben, verbunden mit dem Versuch, ihr Alltagsleben, das materielle

und soziale Umfeld mit den jeweiligen Alltagsabläufen kennen zu lernen und die Bedeutung dieser Faktoren für Körperwahrnehmungen, Befindlichkeits-Deutungen und Verhalten im Fall von Hilfesuche (etwa bei Krankheit) zu verstehen. Neben dem Aufsuchen der Lebenswelt der Betroffenen sind die systematische Beobachtung und – so weit möglich – Teilnahme am Alltagsleben, Befragung von Informanten aus der fokussierten Gruppe, verbunden mit systematischer Dokumentation des Erfahrenen und Reflexion wesentliche Bestandteile dieser Methode [8; 11]. Auf diesem Weg können beispielsweise Verhaltensweisen eines fremden Gegenübes, die auf den ersten Blick unverständlich und inadäquat anmuten, in ihrer oft Kontext-abhängigen eigenen Logik und Bedingtheit besser erschlossen werden.

Ein weiterer zentraler Begriff und methodischer Zugang, mit dem die Studierenden bekannt gemacht werden, ist derjenige der Gegenübertragung in seiner Modifikation durch den Ethnologen und Psychoanalytiker George Devereux: Danach existieren – entgegen einer weit geteilten Prämisse – auch bei Forschern und anderen professionellen Berufsgruppen, die mit Menschen zu tun haben, emotionale Reaktionen auf diese Personen und die bei ihnen beobachtbaren Zustände bzw. Verhaltensweisen. Solche emotionalen Reaktionen reichen von Sympathie über Ambivalenzen unterschiedlicher Art bis hin zu Angst oder Aggressivität. Sie können die professionelle Interaktion beeinflussen, z.B. verlängern, verkürzen oder zu selektiver Wahrnehmung und spezifischen Deutungen der beobachteten Handlungsweisen oder auch Menschen führen. Nach Devereux ist die systematische Beobachtung und Reflexion der eigenen Subjektivität des Forschers bzw. Arztes eine wichtige Informationsquelle, quasi ein eigenes Untersuchungsinstrument, um – ergänzend zu anderen Methoden – zu einem umfassenderen und vertieften Bild des Gegenübes zu gelangen [5]. Bei der Begegnung mit Obdachlosen können – aufgrund von deren besonders andersartiger Lebensform und z.T. extremer körperlicher Vernachlässigung etc. – die Reaktionen auf Seiten der Hilfe-Anbietenden besonders deutlich ausgeprägt sein; diese Situation kann damit als Einstieg in eine systematische Selbstbeobachtung u.a. zu den sich aus den emotionalen Reaktionen ergebenden Handlungstendenzen genutzt werden.

Neben diesen aus der Ethnologie und Ethnopschoanalyse stammenden Begriffen und Methoden wird auch Grundwissen über die sozialen, ökonomischen und juristischen Rahmenbedingungen des Lebens von Menschen ohne festen Wohnsitz vermittelt. Hierfür ist die Kooperation mit einschlägigen Institutionen von zentraler Bedeutung: Zentraler Partner ist der Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V./FV, im Sommersemester wird das Angebot zusätzlich durch die Elisabeth Straßenambulanz/ESA (Träger: Caritasverband Frankfurt/M.) ergänzt. Der FV ist ein stadtnaher Träger mit einem umfangreichen

Hilfsangebot für verschiedene Betroffenenengruppen in Frankfurt/Main, dessen Mitarbeiter in den Wintermonaten mit dem so genannten „Kältebus“ bekannte Aufenthaltsorte von Menschen ohne festen Wohnsitz aufsuchen und diese bei Bedarf mit Tee, Decken und Isomatten versorgen. Die Mitarbeiter sind direkte Ansprechpartner der Betroffenen und ggf. Vermittler zu weiterführenden Hilfsangeboten, auch mit konkreten Transporten. Die ESA bietet Dienste zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen und Männern in Wohnungsnot an, unter Berücksichtigung der besonderen Lebensumstände dieser Menschen. Die erhebliche Relevanz der Expertise zu den spezifischen Bedürfnissen und institutionellen sowie juristischen Möglichkeiten im Umgang mit Obdachlosen für die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung entsprechender Lehrangebote wurde bereits in der anglo-amerikanischen Literatur beschrieben [11], hier allerdings für Lehrangebote, die primär auf die medizinische Versorgung von sozialen Randgruppen, weniger auf die im vorliegenden Projekt fokussierte Meta-Ebene der systematischen Selbstreflexion und Fähigkeit zum Perspektivenwechsel abzielen.

Umsetzung

Das Seminar ist aufgeteilt in einen vorbereitenden theoretisch-methodischen Teil, einen praktischen Teil: die Exkursion (im Wintersemester mit dem „Kältebus“, im Sommersemester aufsuchende Sozialarbeit im Kontext der ESA), sowie einen nachbereitenden Teil. Die Seminargruppen umfassen ca. 10 Studierende, eine Zahl, die durch die begrenzten Einzeltermine bei der Fahrt mit dem „Kältebus“ bzw. im Kontext der ESA (jeweils 1 Studierender/Termin) bedingt ist.

Der erste Teil der Vorbereitung (2 Std.) findet in den Unterrichtsräumen der Universität Gießen statt. Hier werden die Studierenden über die juristische, soziale und medizinische Situation von Menschen "am Rand der Gesellschaft" aufgeklärt, ebenso werden mögliche Vorerfahrungen und Erwartungen seitens der Studierenden thematisiert. Weiterhin werden sie mit der oftmals zunächst befremdlichen Ablehnung von Hilfsangeboten seitens der Betroffenen einschließlich unterschiedlicher Vorstellungen vom Begriff "Krankheit" sowie mit dem Konzept der "Gegenübertragung" vertraut gemacht. Die Struktur der zuständigen sozialen Institutionen speziell in Frankfurt (FV, ESA; weitere Institutionen) wird dargelegt und praktische Informationen zum anstehenden Exkursionsteil werden vermittelt. Die Studierenden werden aufgefordert, ab jetzt vermehrt auf "Personen am Rand der Gesellschaft" und eigene Reaktionen auf diese zu achten: „Die Exkursion beginnt jetzt“.

Der zweite Teil der Vorbereitungen (2 Std.) findet vor Ort in Frankfurt in den Räumlichkeiten des FVs statt. Dies ist somit bereits eine Vorstufe der Exkursion: Schon hier wird die vertraute Umgebung verlassen und ungewohnte Eindrücke können gesammelt werden. In den Räumen der Übernachtungsstätte, inmitten der dort lebenden Wohnsitzlosen, werden unter Einbeziehung fachlicher und persönlicher Beiträge der für den FV tätigen Sozialarbeiter Informationen mit Fokus auf die medizinische und soziale Situation der Betroffenen vertieft und Erwartungen und Besonderheiten bezüglich Ablauf und Organisation des Exkursionsteils i.e.S. geklärt.

Der eigentliche "Aufenthalt im Feld" findet einzeln statt: Je ein(e) Studierende(r) begleitet Mitarbeiter des FV bzw. der ESA beim Aufsuchen von Obdachlosen vor Ort. Hierfür ist ein Zeitraum von 6 Stunden vorgesehen, welcher im Winter eine Kältebusfahrt von 20:00 bis 2:00 Uhr morgens umfasst; im Sommer findet die Exkursion mit gleichem Zeitumfang während des Tages- oder Abenddienstes der Mitarbeiter zu Fuß oder per Auto bzw. Fahrrad statt; ein Teil der Studierenden nimmt an Ambulanzbusfahrten der ESA teil.

Während der Nachbereitung (2x2 Std.) werden die unterschiedlichen Erlebnisse und Wahrnehmungen aus den Einzelexkursionen berichtet und kontextualisiert. Dadurch ergibt sich ein reiches Spektrum an verschiedenen Eindrücken, Einschätzungen und Reaktionen, die umfassende Reflexionsmöglichkeiten zu Handlungsweisen und potentiellen Wahrnehmungsveränderungen im Umgang mit Patienten bieten. Mögliche Themen für die Hausarbeit, welche für den Leistungsnachweis relevant ist, zeichnen sich ab, die umfassend mit der jeweils spezifischen Herangehensweise an die Arbeit und formalen Vorgaben besprochen werden. In der Hausarbeit sollen eigene Beobachtungen während des Aufenthalts im Feld zunächst dargestellt werden (z.B. Verunsicherung durch die fremde Umgebung, subjektive Reaktionen durch die konkrete Konfrontation mit der Lebenswelt, dem Erscheinungsbild und Verhalten der Obdachlosen); in einem zweiten Schritt sollen diese Beobachtungen in ihrer Bedeutung für ärztliches Denken und Handeln reflektiert werden.

Evaluation

Durch die geringe Teilnehmerzahl (zehn Studierende/Semester) und die bisher noch kurze Laufzeit des Seminarangebots seit WS 2010/11 (erst drei Seminargruppen haben die Lehrveranstaltung ganz abgeschlossen) lassen sich bisher lediglich qualitative Aussagen zur Evaluierung des Angebots durch die Studierenden machen; für signifikante statistische Auswertungen existiert noch keine relevante Gesamtzahl der Teilnehmer.

Insgesamt haben bisher 31 Studierende an dem Seminar teilgenommen, darunter 16 Frauen und 15 Männer. Bei der schriftlichen und anonymen Evaluierung gab es drei offene Fragen („Positiv war ...“; „Negativ war ...“; „Was nehmen Sie mit für Ihr weiteres Studium?“) und insgesamt neun Fragen mit einer skalierten Antwortmöglichkeit (Schulnoten 1 bis 6). Hiervon waren drei Fragen allgemeiner Art („Beurteilen Sie den Lernerfolg“; „Relevanz für die Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt“; „Gesamtschulnote“), sechs bezogen sich auf Teilaspekte des Seminars, wie Aufbau und Struktur des Lehrangebots, Vorbereitung der Dozentin, Verfügbarkeit und Verständlichkeit relevanter Informationen/Literatur oder Lernatmosphäre.

Die Rückmeldungen zur Struktur der Veranstaltung, zur Vorbereitung der Dozentin (B.M.) und zur Lernatmosphäre waren sämtlich positiv bis sehr positiv (Note 2 oder 1 analog zum System der Schulnoten). Übereinstimmend wurde die Bestnote („1“) bei den Fragen „War das Seminar interessant?“ und „Das Seminarangebot hat mich zum Nachdenken angeregt“ vergeben. Demgegenüber wurde – ebenfalls übereinstimmend – der unmittelbare Anwendungsbezug („... relevant für meine Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt“) zwar durchaus gesehen, aber nicht ganz so positiv eingeschätzt (Noten 2 und 3). Als Antwort auf die offenen Fragen wurden die Erfahrung mit den Sozialarbeitern „im Feld“ und (in einer anderen Reaktion) der damit verbundene „Einzelunterricht“ als besonders instruktiv benannt. Positiv wurde weiter kommentiert, dass die Aufmerksamkeit auf die Auswirkungen des konkreten Lebensraums auf die Gesundheit von Menschen gelenkt wurde. Schließlich wurde der „Blick über den Tellerrand [als ...] prägende Erfahrung“ für das Studium bewertet. Auch in den Hausarbeiten finden sich Aussagen über die Eindringlichkeit des Seminars und das Potential des ethnologischen Ansatzes mit Feldforschung und teilnehmender Beobachtung. So heißt es im Diskussionsteil einer Hausarbeit: „das Frankfurter Bahnhofsviertel habe ich zuvor noch nie mit diesen Augen gesehen [...]. Eine komplett andere Welt“. Für einen anderen Seminarteilnehmer wurde mit Hilfe der Feldforschungs-Methode „eine fremde Welt zugänglicher. Der Mensch, der mittellos und verwahrlost als bloße Gestalt unseren Alltag kreuzt, wird plötzlich Mittelpunkt unseres Interesses“. Sowohl in der Evaluierung selbst als auch gelegentlich in den Hausarbeiten wurde der Wunsch geäußert, den praktischen Teil des Seminars noch auszuweiten.

Eine sequentielle schriftliche Nachbefragung der Seminarteilnehmer nach definierten Zeitabständen (ein, zwei und fünf Jahre) ist eingeleitet, ebenfalls sind Fokus-Gruppen-Interviews zur Frage des Nachhaltigkeit von Lern- und Reflexionsprozessen geplant. Die

Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse wird Gegenstand möglicher späterer Publikationen sein.

Diskussion

Die ersten Erfahrungen mit dem Lehrangebot „Medizin am Rand der Gesellschaft: Teilnehmende Beobachtung und Perspektivenwechsel“ zeigen, dass es möglich ist, das Spektrum der methodischen Ansätze im Q 2 (AOÄ) durch Konzepte aus der Medizinethnologie, in Kombination mit einer Exposition der Studierenden gegenüber Menschen in sozialen Grenzsituationen sinnvoll zu ergänzen. Das Ziel der systematisierten Reflexion über die historischen, ethisch-normativen und theoretischen Grundlagen der Medizin kann so insbesondere im Hinblick auf drei Aspekte in spezifischer Weise erweitert und vertieft werden: 1. die Sensibilisierung für die Bedeutung des lokalen Settings medizinischen Denkens und Handelns (mit Hilfe des Konzepts der teilnehmenden Beobachtung und Feldforschung aus der Ethnologie), 2. die Bedeutung der Subjektivität *aller* an der Arzt-Patient-Interaktion Beteiligten, inklusive des medizinischen Personals (mit Hilfe des modifizierten Konzepts der Gegenübertragung aus der Ethnopschoanalyse) sowie 3. die Kontext-Abhängigkeit zentraler medizinischer Begriffe (wie Bedarf/Bedürfnis). Auf einer allgemeineren Ebene wird die Fähigkeit zum Einnehmen der Perspektive unterschiedlicher Akteure in medizinischen Kontexten eingeübt, ebenso die Fähigkeit zur kritischen Reflexion vermeintlich selbstverständlicher begrifflich-theoretischer und normativ-ethischer Prämissen in der Medizin.

Das Lehrprojekt knüpft damit an internationale Modelle an, welche diese Lehrziele ebenfalls in die medizinische Ausbildung zu integrieren versuchen. Die Methode der Feldforschung (bzw. hierdurch inspiriert in Kontexten der medizinischen Ausbildung diejenige der „cultural immersion“) hat sich dabei als hilfreich zum Verständnis der Wahrnehmungen und Bedürfnisstrukturen von sozialen oder ethnischen Randgruppen, prinzipiell aber auch aller anderer Gruppen im Gesundheitswesen gezeigt [4; 6; 10; 12; 13]. Hiermit verbunden können im Kontext des neuen Lehrangebots durch die Aufmerksamkeit auf die „Social Determinants of Health“ und deren Bedeutung für Entstehung und Verlauf von Krankheitszuständen Synergie-Effekte mit anderen Lehrangeboten etwa im Bereich der Medizinsoziologie, Sozialmedizin oder Allgemeinmedizin erzielt werden [10; 22], die sich mit ähnlichen Themen beschäftigen. Kooperationen mit Sozialmedizinern, die etwa an

Fachhochschulen oder anderen, außer-universitären Institutionen tätig sind, könnten ebenfalls relevant sein,

Das Konzept des Lehrangebots ist prinzipiell übertragbar. Voraussetzung hierfür ist die Kenntnis von und Vertrautheit mit den zentralen (medizin-) ethnologischen Begriffen und Methoden sowie die Möglichkeit, mit Institutionen kooperieren zu können, welche bereit sind, den organisatorischen Rahmen und die Expertise für den direkten Kontakt von Studierenden mit Menschen am Rand der Gesellschaft an den Orten von deren Alltag zu ermöglichen.

Danksagung

Das beschriebene Lehrangebot könnte ohne die engagierte Mitwirkung von vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Frankfurter Vereins für soziale Heimstätten e.V. sowie der Elisabeth-Straßen-Ambulanz Frankfurt/M./ESA nicht realisiert werden. Wir danken insbesondere Heiko Ewald und Christine Heinrichs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des „Kältebus“-Projekts, des Projekts Ostpark, des Beratungszentrums für Aufsuchende Sozialarbeit; ebenso Dr. Maria Goetzens und ihrem Team der ESA.

Literatur

1. Borde T. Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Berlin 2002
2. Brody H. Defining the Medical Humanities. Three conceptions and three narratives. J Medical Humanities 2011, 32: 1-7
3. Burgess DJ, van Ryn M, Malat J, Matoka M. Understanding the provider contribution to race/ethnicity disparities in pain treatment. Pain Medicine 2006, 7: 119-134
4. Crampton P, Dowell A, Parkin, C, Thompson, C. Combating effects of racism through a cultural immersion medical education program. Acad Med 2003;78(6): 595-598.
5. Devereux G. Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt/M: Suhrkamp 1984
6. Dowell A, Crampton P, Parkin C. The first sunrise: an experience of cultural immersion and community health needs assessment by undergraduate medical students in New Zealand. Med Educ 2001;35(3): 242-249.

7. Ernst, G. The Myth of the ‚Mediterranean Syndrome‘: Do immigrants feel different pain? *Ethnicity and Health* 2000, 5(2): 121-126
8. Girtler R. *Methoden der Feldforschung*. 4. Aufl., Wien: Böhlau 2001
9. Green AR, Carney DR, Pallin DJ et al. Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *J Gen Intern Medicine* 2007, 22: 1231-1238
10. Gregg J, Solotaroff R, Amann T, Michael Y, Bowen J. Health and Disease in Context: A community-based social medicine curriculum. *Academic Medicine* 2008, 83 (1): 14-19
11. Hirschauer S, Amann K. Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: Amann K, Hirschauer S, eds. *Die Befremdung der eigenen Kultur*. Frankfurt/M.: Suhrkamp; p. 7-52
12. Iles-Shih M, Sve C, Solotaroff R, Bruno R, Gregg J. Health and illness in context: a pragmatic, interdisciplinary approach to teaching and learning applied public health within an urban safety net system. *J Public Health Manag Pract* 2011, 17: 308-312
13. Irestig R, Burström K, Wessel M, Lynöe N. How are homeless people treated in the healthcare system and other societal institutions? *Scand J Public Health* 2010, 38: 225-231
14. Knipper M. Der fremde Patient. In: Noack T, Fangerau H, Vögele J, eds. *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München: Elsevier 2007, 37-46
15. Knipper M, Bilgin Y. Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt: Migration und andere Hintergründe. *Dtsch Ärztebl* 2010 (3), 107: A76-79
16. Lepicard E, Fridman K. Medicine, cinema and culture: a workshop in medical humanities for clinical years. *Med Educ* 2003, 37: 1039-1040.
17. Möller M, Neitzke G, Stöckel S, Lohff B, Frewer A. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Ergebnisse einer Umfrage an deutschen Hochschulen. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2006, 23 (2): Doc38
18. Raspe A; Matthis C; Héon-Klein V, Raspe H. Chronische Rückenschmerzen: Mehr als Schmerzen im Rücken. Ergebnisse eines regionalen Surveys unter Versicherten einer Landesversichertenanstalt. *Rehabilitation* 2003, 42(4), 195-203
19. Roelcke V. Zur Ethik der klinischen Forschung: Kontextualisierende und reduktionistische Problemdefinitionen und Formen ethischer Reflexion, sowie einige Implikationen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2003, 97: 703-709
20. Roelcke V. Statistik und Erinnerung: Theoretische und methodische Zugänge zum Schmerz in der (ethno-)medizinischen Forschung. In: Borgards R, ed. *Schmerz und Erinnerung*. Tübingen: Wilhelm Fink; 2005. 259-269
21. Schulz S, Schweikardt Ch, Huenges B, Schäfer T. Einfluss des Unterrichts in Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin auf die Einstellung Studierender zu Medizinethik und Medizingeschichte. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2008, 25 (1): Doc01

22. Wright NMJ, Tompkins C. How can health services effectively meet the needs of homeless people? *Brit J General Practice* 2006, 286-293