

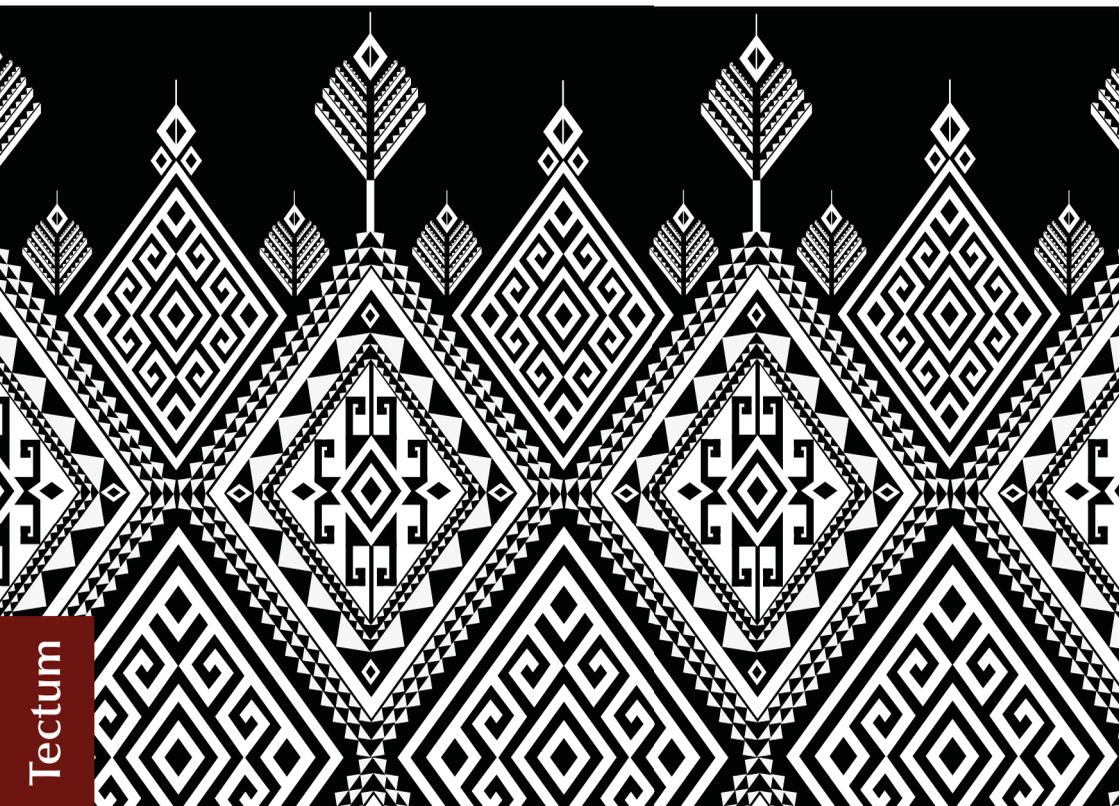
Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag
Reihe: Sozialwissenschaften

Band 67

Houda Hallal

DIVERSITÄT IN DER HUMANMEDIZINISCHEN AUSBILDUNG

Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen
in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums



Tectum

**WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE
AUS DEM TECTUM VERLAG**

Reihe Sozialwissenschaften

**WISSENSCHAFTLICHE BEITRÄGE
AUS DEM TECTUM VERLAG**

Reihe Sozialwissenschaften

Band 67

Houda Hallal

**Diversität in der humanmedizinischen
Ausbildung**

Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen
in den institutionellen Erfahrungsräumen
des Medizinstudiums

Tectum Verlag

Houda Hallal

Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung.
Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen
in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums

Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag
Reihe: Sozialwissenschaften; Band 67
Zugl. Diss. Universität zu Köln 2014 (Tag der Disputation: 8.12.2014)

© Tectum Verlag Marburg, 2015

ISBN 978-3-8288-6322-4

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Buch
unter der ISBN 978-3-8288-3590-0 im Tectum Verlag erschienen.)

Umschlagabbildung: shutterstock.com © ZWD

Besuchen Sie uns im Internet
www.tectum-verlag.de
www.facebook.com/tectum.verlag

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind
im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Für Mayla Hania und Holger

Vorwort & Danksagung

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln am 8. Dezember 2014 angenommen.

Da diese Dissertationsschrift nicht über Nacht in einem isolierten Raum entstanden ist, sondern viele Personen ihren Beitrag zur Vollendung geleistet haben, möchte ich dieses Vorwort dazu nutzen und diesen Menschen danken.

An jedem Anfang einer solchen Arbeit steht ein Gedanke, ein Wort, eine Idee. Ich möchte meiner Doktormutter Professorin Cristina Allemann-Ghionda für ihre Gedanken, ihre Worte und ihre Ideen danken. Erst durch die vielen Gespräche, ihr umfangreiches Fachwissen und ihr kritisches Hinterfragen von angenommenen Selbstverständlichkeiten und vermeintlicher Normalität konnte mir diese Arbeit gelingen. Liebe Frau Allemann-Ghionda, Sie haben mir nicht nur die erste berufliche Chance gegeben, Ihnen verdanke ich auch meine wissenschaftliche Identität.

Für das Entstehen solch einer Arbeit bedarf es auch thematisch versierter, interessierter und motivierter Ansprechpartner mit innovativen Gedanken und inspirierenden Visionen. Ich möchte Professor Stefan Herzig für seine von Anfang an bedingungslose Unterstützung dieses Projektes danken. Lieber Herr Herzig, vielen Dank für Ihre ständige Bereitschaft mir mit wissenschaftlichem Rat und pragmatischer Tat zur Seite zu stehen.

Zum Beenden solch einer Arbeit braucht es auch jemanden mit einem langen Atem, der an mich und das Vorhaben glaubt. Ich möchte meinem Vorgesetzten und Förderer Herrn Dr. Christoph Stosch dafür danken, dass er mir über diese lange Zeit einen Rahmen gegeben hat, mich sowohl beruflich und auch wissenschaftlich stetig weiterzuentwickeln. Lieber Herr Stosch, Ihnen verdanke ich meine berufliche Basis und das Vertrauen in meine Fähigkeiten.

Ich danke auch den vielen ehemaligen und gegenwärtigen Kolleginnen, Kollegen und auch den Studierenden, die mich über die Jahre auf verschiedene Weise unterstützend, beratend und auch korrigierend begleitet haben.

Schließlich möchte ich den mir wichtigsten Menschen danken:

Ich danke meiner ganzen wertvollen Familie und den wichtigen Freunde in Casablanca, in Bremen, in Köln, in London, in Waldbröl und in vielen anderen Orten dieser Welt.

Ich danke meinem Bruder Salahe-Dine Hallal und meiner Schwester Hala Hallal, was wäre das Leben ohne kritische und zugleich loyale sowie liebevolle Geschwister.

Vor allem danke ich meinen Eltern Jamila und Ahmed Hallal, die ihr ganzes Leben dafür gesorgt haben, dass ich bin wer ich bin und deren Biographie einzigartig und selbstlos ist! Sie sind aufopfernde sowie liebende Eltern mit Weitsicht und verdienen den größten Respekt.

Ich danke meinem Ehemann Holger Pest-Hallal. Ohne seine praktische und geistige Hilfe, seinen Glauben, seine Unterstützung und ohne die aufbauenden und motivierenden Gespräche würde es diese Arbeit nicht geben.

Ich danke meiner Tochter Mayla Hania. Ihre Ankunft und ihr Dasein gaben mir den notwendigen finalen Antrieb für diese Arbeit. Sie ist meine wahrhaftige Lebensbereicherung.

Inhaltsverzeichnis

I	Einführung	13
I.1	Forschungskontext des Promotionsvorhabens	17
II	Das Forschungskonzept	19
II.1	Ausgangslage.....	19
II.2	Theoretische und empirische Verortung	23
II.3	Grundannahmen und Forschungsfrage.....	27
II.4	Methodischer Forschungszugang.....	31
III	Theoretische Konzeptspezifikation	33
III.1	Institutionalisierte soziale Ordnung des Medizinsystems	36
III.2	Das Konzept der pattern variables im Kontext ärztlicher Habitusentwicklung	39
III.3	Soziologie des ärztlichen Handelns.....	43
III.4	Definition von Krankheitsverhalten – eine medizinsoziologische Perspektive.....	50
IV	Diversität und medizinische Versorgung – eine empirische Hinführung	53

V	Grundlagen der qualitativen Forschungsmethode und des Studiendesigns	57
V.1	Theoretische Grundlagen der dokumentarischen Methode....	57
V.2	Erhebungsdesign: Gruppendiskussion und Experteninterviews	59
V.3	Vorgehen in der qualitativen Erhebung und der dokumentarischen Auswertung	61
V.4	Codeverteilung und Typdimensionen	65
V.5	Konstruktion der Typdimensionen	67
V.6	Inhaltliche Codeverknüpfung innerhalb der Typdimensionen.....	68
V.7	Eine empirisch formulierende und reflektierende Codeauswertung innerhalb der Typdimensionen	68
V.8	Typdimension A.....	68
	Code ID 9	
	Abweichung von wertorientierten Verhaltensregulierungen	70
	Code ID 6	
	Selbstbild in Interaktion mit Fremdgruppen (out-group) und	
	Code ID 1	
	(Re-) Konstruktion von Kategorisierung und Stereotypen im Kontext der eigenen Profession	77
	Code ID 4	
	Konjunktive Erfahrungen und atheoretisches Wissen	89
V.9	Typdimension B.....	95
	Code ID 23	
	Ärztliche Selbstwahrnehmung und	
	Code ID 7	
	Konstitutive Machtasymmetrie.....	96
V.10	Typdimension C.....	101
	Code ID 10	
	Mediziner als Organe sozialer Kontrolle.....	102

	Code ID 8	
	Organisation und Gestaltung von Krankheit als normatives Modell.....	108
V.11	Typdimension D	112
	Code ID 11	
	Wahrnehmung des Fremden.....	113
	Code ID 17	
	Denial/Leugnung	118
	Code ID 20	
	Defense/Abwehr.....	122
	Code ID 13	
	Minimization/Bagatellisierung	125
	Code ID 21	
	Acceptance/Anerkennung	130
	Code ID 15	
	Adaptation/Anpassung	135
	Code ID 18	
	Integration/Eingliederung	140
V.12	Typdimension E.....	146
	Code ID 12	
	Exploration der humanmedizinischen Ausbildung vor dem Hintergrund einer diversitätssensiblen Lehre und	
	Code ID 14	
	Subjektive Einschätzung des Bedarfs für eine diversitätssensible Lehre in der humanmedizinischen Ausbildung	147
	Code ID 16	
	Methodik (Ausbildung) und	
	Code ID 19	
	Subjektive Ziele für eine diversitätssensible Ausbildung	154

VI	Diskussion	163
VI.1	Sozialisation, Systemstrukturen und berufliche Rollenübernahme	163
VI.2	Paradigmenwechsel in der humanmedizinischen Ausbildung	168
VI.3	Diversitätssensible Lehre in der humanmedizinischen Ausbildung – institutionelle Rahmenbedingungen	172
VI.4	Forschungsdesiderat	179
VII	Anhänge	181
VII.1	Leitfaden (Gruppendiskussion)	181
VII.2	Leitfaden (Experteninterviews)	183
VII.3	Legende der Transkription	184
VII.4	Abbildungsverzeichnis	185
VIII	Literatur	187

I Einführung

Mit dem Eingeständnis, dass Deutschland als Einwanderungsland zu definieren und unter anderem soziokulturell immer heterogener ist und wird, hat in den letzten Jahren kaum ein anderes Phänomen in den verschiedensten Forschungsdisziplinen wie den Sozial-, Geistes- und Wirtschaftswissenschaften, sowie im Kontext alltäglicher Berufspraxis, eine ähnliche Aufmerksamkeit gefunden wie die Diskussion um interpersonelle Differenz, Diversität und der daraus notwendigen Qualifikation zur interkulturellen Kompetenz.

„Im heutigen sozialwissenschaftlichen Verständnis [...] setzen sich Differenz und Diversität aus individuellen und gruppenbezogenen Merkmalen zusammen, die teilweise angeboren sind, teilweise individuell erworben werden, teilweise durch Gesetze und institutionelle Praxis kreiert werden. [...] Zu diesen Merkmalen zählen [...] der sozioökonomische Status (mit dem Bildungsniveau verknüpft), die Ethnie oder soziokulturelle Zugehörigkeit, Nationalität bzw. Staatsangehörigkeit, Geschlecht und Gender, sexuelle Orientierung, Alter, [...] Gesundheit im körperlichen oder seelischen Sinne, Hautfarbe und andere sichtbare körperliche Eigenschaften, Religion bzw. Glaube oder Spiritualität einschließlich des Agnostizismus und des Atheismus. Allen Merkmalen [...] ist nach dieser Sichtweise gemeinsam, dass sie nicht isoliert, sondern kombiniert oder kumuliert auftreten“ (Allemann-Ghionda 2013, S. 29).

Bei der interkulturellen Kompetenz geht es im zusammenfassenden Sinne um die individuelle, soziale, fachliche und strategische Fähigkeit „in der interkulturellen Begegnung angemessen Kontakt aufzunehmen, die Rahmenbedingungen einer für beide Seiten befriedigenden Verständigung auszuhandeln und sich mit dem Betreffenden effektiv auszutauschen“ (Schönhuth 2005, S. 102).

Die Wahrnehmung von Diversität und die Aneignung einer adäquaten Fähigkeit zum Umgang mit eben dieser ist für viele Menschen zum Gegenstand „persönlicher Ausbildungsziele, beruflicher Zukunftsperspektiven und

zivilgesellschaftlichen Engagements avanciert“ (Otten et al. 2009, S. 15). Betrachtet man diese (Bedarfs-)Diskussionen, die in den Institutionen geführt werden, in welchen Menschen in ihren sozialen Rollen einander begegnen, bedeutsam füreinander werden und miteinander kommunizieren sowie kooperieren müssen, wird sehr schnell deutlich, dass vor allem Diversität, interkulturelle Kommunikation, interkulturelle Zusammenarbeit, interkulturelles Lernen und interkulturelle Bildung allgegenwärtige Begriffe sind.

Werden dann die diesbezüglich publizierten anwendungsorientierten Studien und Theorien für die Praxis dieser Dienstleistungs-, Bildungs- sowie Versorgungsbereiche einer näheren Betrachtung unterzogen, so findet man oftmals weniger einen Rückgriff auf neuere erziehungs-, sozial- und kulturwissenschaftliche Forschungsergebnisse, die sich an einem erweiterten Begriff der Diversität orientieren. Vielmehr dominiert eine starke Fokussierung auf den Begriff ‚das Fremde‘. In der Folge kommt es dabei nicht selten zu einer „plakativen Verherrlichung von Diversität“, welche oftmals in „Essentialismus, Gruppismus und Dramatisierung von Differenz“ (Allemann-Ghionda 2011, S. 31) mündet.

‚Das Fremde‘ wird hier, beispielsweise nach der Analyse von Georg Simmel (1908/1992), wahrgenommen und definiert als „ein Element der Gruppe selbst, nicht anders als die Armen und die mannigfachen ‚inneren Feinde‘ – ein Element, dessen [...] Gliedstellung zugleich ein Außerhalb und Gegenüber einschließt“ (Simmel 1908/1992, S. 510). Insofern haben „Personengruppen, die in einer Gemeinschaft oder Gesellschaft als Fremde kategorisiert werden, wesentlich geringere Chancen als die Einheimischen [...], gesamtgesellschaftlich institutionenbildend zu wirken, da sie allenfalls Teilgenossen“ sind (Simmel 1908/1992, S. 700–702). Auch wenn sich dieser Verweis mit Bezug auf die zeitliche Kontextualisierung und die vorliegende Dissertation vergleichsweise anachronistisch liest, so beschreibt dieser doch treffend die immer noch populären Konstruktionen einer klaren Grenze zwischen Einheimischen und Fremden, zwischen Vertrautem und Unbekanntem.

Nach Stichweh (2010) „[...] formt die Gesellschaft den Fremden so, wie sie ihn braucht, um Innovationen über Externalisierung einzuführen. [...] Sie [*die Konstruktion des Fremden*] ist eine nützliche Fiktion, weil sie die Kernbereiche der gesellschaftlichen Wert- und Normenordnung gegen selbstbezogene Ambivalenz schützt und weil diese Ambivalenz in der Figur des Fremden an die Grenze der Gesellschaft verschoben wird und dort auf Dauer gestellt werden kann“ (Stichweh 2010, S. 129).

Indem man homogenisierend vermeintliches oder tatsächliches Anderssein beziehungsweise die soziokulturelle Differenz zur Mehrheitsgesellschaft in den Mittelpunkt stellt oder nur eine vage Anleihe von kontrastiven (Kultur-)Konzepten verwendet, entsteht eine Betonung von Grenzen sowie ein implizierter Determinismus. Dabei finden zumeist Erkenntnisse aus fünfzig Jahren Forschungsgeschichte um interkulturelle Kommunikation und Kompetenz keine Beachtung (vgl. Auernheimer 2010, S. 37).

Diese Entwicklung wird auch dadurch begünstigt, dass der Fremde eine „pragmatische Störung oder Irritation bedeutet, die erst in noch zu findenden Lösungen, die in der Folgeroutinisiert werden können, umgearbeitet werden muss“ (Stichweh 2010, S. 75).

In dieser Einführung der vorliegenden Forschungsarbeit wird folglich davon ausgegangen, dass im gegenwärtig praktizierten Transfer von verfügbaren theoretischen Ansätzen, wie der interkulturellen Kommunikations- wie Diversityforschung, die Defizite und Hemmnisse für eine professionelle Konsolidierung kaum zu übersehen sind. Beispielsweise wird in den für diese Arbeit zu untersuchenden humanmedizinischen Ausbildungs- und Berufskontexten von angehenden und bereits praktizierenden Ärzten¹ der Kontakt mit Diversität von einer verstärkten Wahrnehmung eines ‚Wir‘- und ‚Ihr‘- Gefühls, von Vorurteilen, sozialen Kategorisierungen und sich daraus entwickelnden Stereotypisierungen begleitet.

Der Begriff des Medizinstudiums wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit bewusst als humanmedizinische Ausbildung formuliert, angelehnt an die offizielle Definition und das Selbstverständnis der medizinischen Fakultäten in Deutschland. Der Grund dafür ist, dass das Medizinstudium als eine anwendungsorientierte und wissenschaftliche Berufsausbildung definiert wird, welche auf das faktische Erlernen der biomedizinischen Grundlagen, der Diagnostik und Therapiemöglichkeiten abzielt und sich an der zukünftigen praktischen ärztlichen Tätigkeit orientiert. Gestützt wird dieses Selbstverständnis durch die offizielle Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO), die im ersten Paragraphen das Medizinstudium als ärztliche Ausbildung begreift und explizit als diese definiert: „§ 1 Ziele und Gliederung der ärztlichen Ausbildung“ (Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz 2014).

¹ Um der guten Lesbarkeit des Textes willen wird in den folgenden Ausführungen auf explizite Bezeichnungen für beide Geschlechter verzichtet. Wenn nicht anders angegeben, beziehen sich Formulierungen stets auf beide Geschlechter.

Folgender wörtlich transkribierte Auszug aus den Gruppendiskussionen des empirischen Teils (vgl. Kapitel V.8) soll die vorangegangenen Ausführungen bereits vor der Auswertung sowie Analyse praxisnah illustrieren.

<p>Typdimension A Code ID 9 Abweichungen von wertorientierten Verhaltensregulierungen (Häufigkeit: 114/9,66%)</p>
<p>Legende: SW: Student weiblich (n = 1–5) SM: Student männlich (n = 1–5) EM: Experte männlich (n = 1–3) EW: Experte weiblich (n = 1)</p>
<p>Textpassage: Gruppe 2/Woche 1/SS 2010</p> <p>Diskussionskontext: <i>Wie gehen Sie damit (interkulturellen Situationen) um? (...)</i> <i>Wie erleben Sie sich in der Reflexion der erlebten Situation? (...)</i> SW3: Ich merk das schon. (2) Ich merk's auch bei Kollegen, dass es dann heißt: Ach ne, schon wieder die? Wieso gehen die nicht nach Ehrenfeld? Das ist nicht unser Einzugsgebiet. Und (2) wo man dann einfach merkt, wir haben wirklich kranke Patienten da, die sitzen still in der Ecke und dann kommt dann eine Großfamilie, die alle @irgendeinen Husten haben@ L SW2: Ja, ja, L SW3: Wo du weißt, die kommen jedes Mal wieder und du hast Dienst. Da bist du auch genervt. SW2: Mhm, ja = ja, ich merke halt auch, dass man schon so ein bisschen Vorurteile hat. Das man oft sieht, ach Gott, da kommt schon wieder @eine türkische Großfamilie@. Da sind auch oft Leute bei, die sehr krank sind, aber generell hab ich, merke ich selber, dass es falsch ist. Aber man denkt dann schon: Gott haben sie wieder einen Husten oder so? Und die Äußerungen kommen auch, also ich hab da Kollegen, die da noch, also viel = viel krasser sind.</p>

Wie sich diese Prozesse der situativen Distanzierung, Kategorisierung sowie der Aktivierung und Anwendung von Stereotypen auf die Arzt-Patienten-Interaktion erklären lassen, soll sowohl in der theoretischen Konsolidierung verschiedenster angemessener Disziplinen als auch mittels der dokumentarischen Methode im empirischen Teil untersucht werden. Zugleich gilt es in der theoretischen Konsolidierung wie in der empirischen Untersuchung zu eruieren, inwieweit die humanmedizinische Sozialisation, der sich daraus entwickelnde ärztliche Habitus und das implizit vermittelte konjunktive Wissen auf dieser Art der Wahrnehmungen, Haltungen und Interpretationen einwirken.

I.1 Forschungskontext des Promotionsvorhabens

Das Promotionsvorhaben ist hervorgegangen aus einem von sechs Teilprojekten des Instituts für vergleichende Bildungsforschung und Sozialwissenschaften der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln, welches zusammen mit verschiedenen Instituten der medizinischen Fakultät das Lehrprojekt EISBÄR (Entwicklung und Integration von Schlüsselkompetenzen des Berufsbildes von Ärztinnen und Ärzten) und dem daraus entstandenen PJ-STArT-Block (STArT = Schlüsselkompetenz-Training und Anwendung in realitätsnahen Tagesabläufen) als interdisziplinäre Lehrveranstaltung geschaffen hat. Der PJ-STArT-Block wurde vom Sommersemester 2009 bis zum Sommersemester 2011 maßgeblich durch das Rektorat der Universität zu Köln zur Innovation in der Lehre gefördert.

„Seit Oktober 2011 wird das Projekt aus den Sondermitteln des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW zur Qualitätsverbesserung von Studium und Lehre weiterfinanziert“ (<http://www.pjstartblock.uni-koeln.de/11527.html>, Homepage des PJ-STArT-Blocks).

Das Projekt hat es sich zum Ziel gemacht, Studierende des 6. Klinischen Semesters auf die darauf folgende Phase des Praktischen Jahres vorzubereiten. Im Rahmen einer einwöchigen Kliniksimulation wird Studierenden in mehreren Kleingruppen die Gelegenheit gegeben, ihre bisher erworbenen Studieninhalte in klinischen Situationen mit Simulationspatienten und mittels theoretischer Fallbeispiele anzuwenden. Im Gegensatz zum überwiegenden Teil der Veranstaltungen im Medizinstudium sollen die Studierenden die bisher vermittelten humanmedizinischen Aspekte wie Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten in ihrer tatsächlichen berufsrelevanten Interdependenz wahrnehmen und anwenden (vgl. Homepage des PJ-STArT-Blocks: <http://www.pjstartblock.uni-koeln.de/11527.html>).

Mit Bezug auf kombinierte Instruktions- und Konstruktionsparadigmen sowie auf interaktive Kleingruppenarbeit konzentrierte sich das genannte Teilprojekt des Instituts für vergleichende Bildungsforschung und Sozialwissenschaften mit zwei Modulen zu „Medizin Diversität und interkulturelle Kompetenz“ auf die Wahrnehmung eben dieser sowie auf die Förderung interkultureller Kompetenz bei den teilnehmenden Medizinstudierenden. Die Verantwortlichen des Teilprojektes² arbeiteten an der Entwicklung didakti-

² Teilprojektverantwortliche: Univ.- Prof.‘in Dr. habil. Cristina Allemann-Ghionda & Houda Hallal, M.A. (Wissenschaftliche Mitarbeiterin), Institut II: Vergleichende Bildungsforschung und Sozialwissenschaften, Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln.

scher Konzepte und Materials zum Umgang mit Diversität, welche nicht nur die Perspektive einer wechselseitigen Gestaltung interkultureller Arzt-Patienten-Beziehungen sowie Mechanismen der Regeleinhaltung erzeugen und installieren, sondern welche auch individuelle und gruppenspezifische Lernprozesse in der Perspektive von Dialogfähigkeit bei den Studierenden anregen und stattfinden lassen sollten. Dabei stellten die Verantwortlichen in Zusammenarbeit mit den medizinischen Projektpartnern Fallbeispiele aus der klinischen Praxis in Form von Rollenskripten für eine simulierte Interaktion und ein 'paper case' [*schriftliche Patienten-Fallbeispiele*] für die Theorieeinheit her. Der Begriff und die Intention um diese Fallbeispiele entstand in der global zu betrachtenden Modifikation der humanmedizinischen Ausbildung, die mit dem im folgenden erklärten Konzept eine stärkere Fokussierung der Interdisziplinarität innerhalb dieser Ausbildung anstrebte.

„Als Neuerung in der medizinischen Ausbildung hat die Methode zunächst zum Ziel, Studierenden eine Patientenkasuistik zu einem zu lernenden Krankheitsbild in der Synopsis mit allen dazugehörigen Daten und Untersuchungsbefunden zu präsentieren. Ferner liegt dieser eine [...] Aufgabenstellung zugrunde, an der sich die Teilnehmenden thematisch orientieren sollen. Die von den Teilnehmenden aus der Aufgabenstellung heraus definierten Schwerpunkte werden als Arbeitsinhalt gewählt und stellen die Basis für die folgende Gruppendiskussion dar. Die Dozentin hat die Aufgabe, die Kleingruppen bei der Definition für sie relevanter Lerninhalte und der daraus folgenden Entwicklungen von Lernzielen zu unterstützen“ (Huenges 2003, S. 13–15).

Auf diesem Gedanken basierend wurden daraus praxisnahe Lerneinheiten für die Medizinstudierenden konzipiert.

II Das Forschungskonzept

II.1 Ausgangslage

Obwohl sich medizinische Praktiken, medizinisches Wissen und die medizinische Sozialisation innerhalb der Ausbildung sowie der medizinischen Professionalisierung verstärkt mit einem soziokulturellen wie normativen Wandlungsprozess innerhalb der Institutionen des Medizinsystems konfrontiert sehen (vgl. Hallal & Herzig 2014, S. 186), entwickelt sich sowohl im beruflich-medizinischen Alltag, in der entsprechenden Forschung als auch in der humanmedizinischen Ausbildung ein zwar innovativer, aber langfristig betrachtet doch eher didaktisch wie strukturell schwierig zu implementierender Umgang mit Diversität.

„Im Zeitalter der Globalisierung ist der heute noch betont nationale Fokus der Gesundheits- und Bildungssysteme zwangsläufig ungenügend. [...] Es ist daher unabdingbar, alle möglichen und denkbaren Grenzüberschreitungen mit zu bedenken. [...] Die berufsqualifizierenden Ausbildungen haben mit diesen Herausforderungen nicht Schritt gehalten – lückenhafte, überholte und starre Lehrpläne sind der Hauptgrund dafür, dass nur unzulänglich vorbereitete Absolventen in das Gesundheitssystem entlassen werden. Die Probleme liegen im System begründet, die fehlende Übereinstimmung des Erlernten mit dem gesellschaftlichen Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten, mangelnde Teamarbeit, das Fortbestehen der Hierarchisierung [...] (Frenk & Chen et al. 2010, S. 2–4).

Dieser nach Frenk und Chen et al. (2010) skizzierte Umstand stellt insofern ein Paradoxon dar, als nach dem soziologischen Funktionsprinzip Gesellschaft, Kultur und soziale Rolle Begriffe sind, welche sich gegenseitig ergänzen und sich jeder Mensch dementsprechend durch seine soziokulturelle Persönlichkeit immer auch in interkulturellen Situationen befindet. Denn wenn in diesem Kontext von soziokulturellen Persönlichkeiten gesprochen wird, gemäß

der soziologischen Theorie von der Soziabilität des Menschen, so wird davon ausgegangen, dass durch die Unterschiedlichkeit der soziologischen Axiome Handlungsdispositionen und Handlungspotentiale zur Eingliederung in ein Gruppen- und Institutionsgefüge nicht identisch sind. In diesem Zusammenhang kann auf das soziologische Verständnis von der Soziabilität des Menschen verwiesen werden:

„Es ist die Möglichkeit, Fähigkeit und Notwendigkeit des Angewiesenseins auf andere. [...] so verstehen wir unter der sozialen Person den [...] im einzelnen Menschen durch Lernen und Erfahrung zustande gekommenen Verhaltens- und Handlungskomplex im Sinne eines Verhaltenspotentials. [...] Wenn also von sozialer Person oder von sozio-kultureller Persönlichkeit gesprochen wird, so ist damit nicht der Mensch in seiner Gesamtheit gemeint, sondern nur die Summe von Verhaltensweisen und Einstellungen, die er lernen muss, um die Erwartungen seiner sozialen und kulturellen Umgebung erfüllen zu können“ (Wössner 1974, S. 39).

Durch die permanente Existenz der Soziabilität des Menschen findet sich in jedem interpersonellen Kontakt, auch im medizinisch-institutionellen Sinne, eine interkulturelle Dimension.

„Dies gilt für den Kommunikations- und Handlungskontext der einzelnen medizinischen Fachkräfte, die typischerweise mit Lebenslagen und Handlungsproblemen befasst sind, die mehrere Soziokulturen involvieren, an denen die Personen operativ partizipieren“ (Stichweh 2010, S. 200). Man kann zum Beispiel soweit in der Annahme gehen zu behaupten, dass durch die oben genannte kontinuierlich fortschreitende Globalisierung, die Internationalisierung und den daraus entstandenen heterogenen Patientenkohorten der gegenwärtige nationale Fokus des humanmedizinischen Ausbildungssystems zwangsläufig ungenügend ist (vgl. Frenk & Chen et al. 2010, S. 2). Dies lässt sich insofern begründen, als „[...] Gesundheitsfachleute und auch Patienten [...] auf den zunehmend globalisierten Märkten mobil [sind]. Es ist daher unabdingbar, alle möglichen und denkbaren Grenzüberschreitungen mit zu bedenken“ (Frenk & Chen et al. 2010, S. 2).

Dieses Defizit findet sich darin, dass bereits in der humanmedizinischen Ausbildung Etikettierungen bezüglich des Verhaltens von Patienten unreflektiert Verwendung finden und spezifische Bedürfnisse von Patienten, welche als ungewöhnlich, den internalisierten institutionellen Normen und Werten nicht entsprechend, in verstärktem Maße als „Störung des normalen Arbeitsablaufs“ (Allemann-Ghionda & Hallal 2011, S. 175) wahrgenommen, formuliert und als zusätzliche Belastung empfunden werden. „Um die eigene inhaltsbezogene oder im engeren Sinne fachliche Autorität vor sich und anderen