

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

## 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.

**Schlüsselwörter:** Querschnittsbereich, 2, Medizinethnologie, teilnehmende Beobachtung, Gegenübertragung, Obdachlose

## 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 Medizinern 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

**Berit Mohr**<sup>1</sup>

**Peter Hovermann**<sup>2</sup>

**Volker Roelcke**<sup>1</sup>

1 Universität Gießen, Institut für Geschichte der Medizin, Gießen, Deutschland

2 Frankfurter Verein für Soziale Heimstätten e.V., Frankfurt/Main, Deutschland

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 Lehrgebots:

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], [20]. 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 [20], [19]. 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 [20]. Die hier skizzierte Problematik lässt sich anschaulich an den unterschiedlichen Bedeutungsakzenten des Begriffspaars „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 MigrantInnen 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

len, 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], [14]. 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], [19]), ähnlich aber auch in der Gesundheitsversorgung im deutschen Kontext [1], [7], [15]. 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 Hilfsangeboten) 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 Gegenübers 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 Perspektivwechsel 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 verwaht 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 der 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.

## Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## 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: Technische Universität Berlin; 2002. Zugänglich unter/available from: [http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2002/370/pdf/borde\\_theda.pdf](http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2002/370/pdf/borde_theda.pdf)
2. Brody H. Defining the Medical Humanities. Three conceptions and three narratives. *J Med Humanit.* 2011;32(1):1-7. DOI: 10.1007/s10912-009-9094-4
3. Burgess DJ, van Ryn M, Malat J, Matoka M. Understanding the provider contribution to race/ethnicity disparities in pain treatment. *Pain Med.* 2006;7(2):119-134. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2006.00105.x
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. DOI: 10.1097/00001888-200306000-00008
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? *Ethn Health.* 2000;5(2):121-126. DOI: 10.1080/713667444
8. Girtler R. Methoden der Feldforschung. 4. Aufl. Wien: Böhlau; 2001.
9. Green AR, Carney DR, Pallin DJ, Ngo LH, Raymond KL, Lezzoni LI, Banaji MR. Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *J Gen Int Med.* 2007;22(9):1231-1238. DOI: 10.1007/s11606-007-0258-5
10. Gregg J, Solotaroff R, Amann T, Michael Y, Bowen J. Health and Disease in Context: A community-based social medicine curriculum. *Acad Med.* 2008;83(1):14-19. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31815c67f0
11. Hirschauer S, Amann K. Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. Frankfurt/M.: Suhrkamp; 1997. S.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(4):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(3):225-231. DOI: 10.1177/1403494809357102
14. Knipper M, Bilgin Y. Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt: Migration und andere Hintergründe. *Dtsch Ärztsbl.* 2010;107(3):A76-79.
15. Knipper M. Der fremde Patient. In: Noack T, Fangerau H, Vögele J (Hrsg). *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.* München: Elsevier; 2007. S.37-46
16. Lepicard E, Fridman K. Medicine, cinema and culture: a workshop in medical humanities for clinical years. *Med Educ.* 2003;37(11):1039-1040. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01663.x
17. Möller M, Neitzke G, Stöckel S, Lohff B, Frewer A. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Ergebnisse einer Umfrage an deutschen Hochschulen. *GMS Z Med Ausbild.* 2006;23(2):Doc38. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000257.shtml>
18. Raspe A, Matthis C, Héon-Klein V, Raspe H. Chronische Rückenschmerzen: Mehr als Schmerzen im Rücken. Ergebnisse eines regionalen Surveys unter Versicherten einer Landesversicherungsanstalt. *Rehabilitation (Stuttg).* 2003;42(4):195-203. DOI: 10.1055/s-2003-41649
19. Roelcke V. Statistik und Erinnerung: Theoretische und methodische Zugänge zum Schmerz in der (ethno-)medizinischen Forschung. In: Borgards R (Hrsg). *Schmerz und Erinnerung.* Tübingen: Wilhelm Fink; 2005. S.259-269.
20. Roelcke V. Zur Ethik der klinischen Forschung: Kontextualisierende und reduktionistische Problemdefinitionen und Formen ethischer Reflexion, sowie einige Implikationen. *Z Arzt Fortbild Qualitätssicher.* 2003;97:703-709.
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 Z Med Ausbild.* 2008;25(1):Doc01. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000485.shtml>

22. Wright NMJ, Tompkins C. How can health services effectively meet the needs of homeless people? *Brit J Gen Pract.* 2006;56(525):286-293.

**Artikel online frei zugänglich unter**

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000836.shtml>

**Eingereicht:** 30.01.2012

**Überarbeitet:** 22.06.2012

**Angenommen:** 25.06.2012

**Veröffentlicht:** 15.11.2012

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Volker Roelcke  
Universität Gießen, Institut für Geschichte der Medizin,  
Iheringstraße 6, 35392 Gießen, Deutschland  
volker.roelcke@histor.med.uni-giessen.de

**Copyright**

©2012 Mohr et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.

**Bitte zitieren als**

Mohr B, Hovermann P, Roelcke V. Teilnehmende Beobachtung und Perspektivwechsel: Medizinethnologie in der Begegnung mit sozialen Randgruppen. Erste Erfahrungen mit einem neuen Lehrangebot. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29(5):Doc66.

DOI: 10.3205/zma000836, URN: urn:nbn:de:0183-zma0008366

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

## Abstract

This paper examines the new teaching concept “Providing medical care on the fringe of society: Participant observation and change in perspectives” in the context of the interdisciplinary field of *Querschnittsbereich 2/Q 2* (the transdisciplinary section under AOÄ, the German Regulations for licensed physicians) that explores the history, theory and ethics of medicine. The disciplinary approach usually adopted in Q 2 is supplemented with concepts from medical anthropology; in addition students will be exposed to people in extreme social situations. The aim is to make students aware of and invite them to reflect upon:

1. the importance of participant observation in the specific on-site setting of medical thinking and acting;
2. the importance of the subjectivity of *all* those involved in doctor/patient interaction; and
3. the fact that key medical terms (such as the “need” as seen by the physician vs. the need as seen by the patient) are essentially context-dependent in their interpretation.

At a more general level students will learn how to put themselves in the position of different protagonists in a range of medical settings, and practice the skill of reflecting critically upon putative conceptual/theoretical and normative-ethical assumptions in medicine.

**Keywords:** Medical Humanities, Medical Anthropology, participant observation, counter-transference, homeless people

## Introduction

We all have a very different understanding of how we define a “need for help”. This is most clearly felt when encountering individuals who, despite outside temperatures below zero, prefer sleeping rough in the street over the warm place in an overnight homeless shelter that a social worker or other care worker has offered them. If they additionally show no response to medical diagnoses such as open ulcers, flu infections or severe breathing difficulties, we can safely say that this person’s behaviour deviates fundamentally from the expectations and understanding that health professionals would normally associate with “need for action”.

Being exposed to people who reject such support services, which seem well-motivated and necessary from a medical point of view, is only one of several fruitful challenges that are deliberately provoked as part of the new teaching concept in the Institute for the History of Medicine at Giessen University. The objectives are as follows:

1. to get students to reflect systematically and critically upon conventional and thus familiar ways of thinking and acting, expectations and beliefs in medicine;
2. to get students to reflect upon central concepts such as “*Bedarf/Bedürfnis*” (needs in “objective” vs. “subjective” terms) that are normative in character and have a structuring and guiding effect on medical care services;
3. to advance and refine students’ “soft skills”, including the ability to put themselves in the position of other people, in particular those using medical services;
4. to employ the method of participant observation in order to gain awareness of patients’ concrete social and environmental living conditions, in this case people on the fringe of society; and
5. to raise students’ awareness of what can be deemed suitable support services for people whose behaviour is not consistent with the conventional expectations of health professionals.

These teaching objectives are implemented and pursued, among others, in the interdisciplinary field *Querschnitts-*

**Berit Mohr**<sup>1</sup>

**Peter Hovermann**<sup>2</sup>

**Volker Roelcke**<sup>1</sup>

1 Universität Gießen, Institut für Geschichte der Medizin, Gießen, Deutschland

2 Frankfurter Verein für Soziale Heimstätten e.V., Frankfurt/Main, Deutschland

bereich 2 / Q 2 "History, Ethics and Theory of Medicine" [17], [21] that is part of the *Approbationsordnung für Ärzte* (AOÄ: regulations for licensing doctors) (AOÄ, 2002). As a matter of fact, some of the objectives are also presented and discussed in some medical school-curricula in medical sociology and psychology, as well as in community medicine/public health, however, in these contexts, the primary emphasis here is on the methodological and conceptual repertoire from their related disciplines, sociology and psychology. - Similar teaching concepts as those presented in Q 2 can also be found at an international level, where they tend to be associated with the concept of "Medical Humanities" ("*Kulturwissenschaften in der Medizin*") [2], [16]. Medical faculties vary in their interpretation and weighting of these teaching concepts; however, in the context of research and debate in medical education, the main focus is on the relationship between the three approaches (history, ethics, theory: additive or integrative; weighting of individual components), which are specified explicitly in the AOÄ and which intend to introduce a reflective perspective on current medicine [17], [21].

This paper sets out to discuss the possibility of supplementing the above-described methods with methodological approaches and concepts from another discipline based in cultural studies, namely medical anthropology (or medical ethnology), and to apply these in the context of a specifically designed form of experience to which students are exposed. Outside of Germany, medical anthropology is an established discipline in university departments, degree courses and associations. The seminar "Medical Care on the Fringes of Society: Participant Observation and Change in Perspectives" has been designed with these approaches and experiences in mind. It has been offered as a seminar option in Q 2 at the Medical School of Giessen University since the 2010-11 winter semester.

## Project description

The new teaching concept was developed on the basis of the following findings and considerations:

1. In the standard degree courses required by the regulations for licensing doctors medical students will get to experience doctor-patient interaction almost exclusively in a hospital setting or in doctors' surgeries, in other words, in institutional environments which in terms of their organisation and management of internal procedures are driven by the rationality of medical thinking (in addition to political and economic requirements). As a result, the focus is on "problems" as defined by physicians as well as related activities (diagnosis, therapy, consulting). The doctors and other medical staff working in such contexts are naturally familiar with the environment, but those who come to these institutions complaining of being unwell or suffering from acute illness ("patients" from a doctor's point of view) will often be new to this environment. This in itself can indeed become a source of additional stress, leading to feelings of, among others, uncertainty, anxiety and reluctance in doctor/patient interaction. The asymmetrical relationship between doctors and patients that is predefined by polar concepts such as ailing/healthy, laypeople/experts, those seeking help/those providing help is further exacerbated by the lack of familiarity/familiarity in the actual setting.
2. As has been repeatedly demonstrated, the problem definitions employed in medical settings revolve around specific illnesses, perceptions of the body and self-images that have been defined by doctors and through medical research. However, they do not necessarily reflect how those attending medical care institutions would themselves define their problems and concerns. The priorities for action that result from the individual "illness" of the patient not seldom deviate from the priorities that are deduced from a scientifically based perception of disease in medicine [18], [20]. In recent years, the debate has become increasingly systematic, for instance in relation to the treatment of patients suffering from chronic illness, e.g., acute pain syndromes, or advanced stages of cancer: It became clear that procedures that are primarily rooted in medical rationality (maximum diagnosis and therapy including all available possibilities afforded by science and technology) not seldom contradict the need of the patient, which is to live their remaining life as fully and comfortably as possibly given the circumstances – according to their own subjective criteria [20], [19]. However, the issue of systematically considering and ultimately prioritising the patient's perspective still continues to be on the periphery in medical training. The same applies to medico-ethical considerations and evaluations, which too will yield different conclusions if, for example, the "risks" of therapeutic or research interventions are systematically understood not as predefined medical entities (e.g., by way of morbidity and mortality rates for specific medical complications), but viewed and evaluated instead from the point of view of the patient [20]. The above-outlined problem becomes clear if we consider the different aspects of meaning inherent in the conceptual pair "Bedarf"/„Bedürfnis“, terms referring to needs in the perspective of the physician, or the patient respectively: While the use of the term "Bedarf" presupposes (scientific) objectivity and is therefore widely employed in the sense of measurable and essentially quantifiable entities in medical and political debates on medical care, the term "Bedürfnis" is far more closely linked to the subjective perception of an individual or a particular predefined group.
3. Empirical research on medical care for people with migratory backgrounds in a number of different health care systems strongly points to the fact that the issues and "problems" as regards medical or health care services that become apparent with socially marginal-

ised groups are by no means exclusively limited to these. On the contrary, these “problems” tend to be phenomena of a ubiquitous nature that apply universally in the context of medical care and doctor/patient interaction, which become strikingly apparent when dealing with socially marginalised groups. If looked upon closely, in the German health care system such phenomena, including, for example, that patients do not fully understand the medical information that is given them, or that patients’ perceptions of their body, and the way in which they describe illness or pain is considered inadequate by medical staff, are by no means limited to people of exotic or migratory backgrounds, but can equally be observed with native users [1], [14]. Moreover, there is evidence that medical staff tends to de-individualise, standardise and in part stigmatise behaviour of people with a migrant background. Such behaviour is frequently perceived as “exotic” and therefore attributed to the “culture” or supposed biological disposition. Upon closer inspection, such stereotyping and stigmatising perceptions and evaluation may also be observed in relation to certain patients from within the own society: Ample evidence in support of this is provided by patients suffering from chronic pain or obesity. Another striking example are socially marginalised groups such as black Americans in the United States (e.g., [3], [9], [19]); but this too happens in the German health care system [1], [7], [15]. Medical workers’ attitudes can even lead to changes in therapy. Stereotypical ways of thinking and acting as well as implicit normative assumptions, which act as a potential source of misunderstandings, conflict or problems in medicine, can therefore be illustrated and reflected upon using the example of socially marginalised groups.

The three findings outlined above provided the basis for a teaching concept that incorporates the educational potential provided by concepts and procedures used in medical anthropology. Moreover, it draws on the specific experience that students gathered working with people from socially marginalised groups, or more precisely: without a permanent address. The aim was to systematically draw students’ attention to the following aspects and dimensions:

- The significance of each particular life situation, experience of suffering and particular ways of patients’ interaction in order to design (medical) support services that will pick up on their specific needs; in this context the concept and method of field research and participant observation from (medical) anthropology is taught;
- The unsettling impact an unfamiliar setting can have in the context of doctor/patient interaction, and as a consequence gaining awareness of the importance of one’s own subjectivity (i.e., of the medical staff) in one’s dealing with persons requiring help; in this context the modified concept of counter-transference from Ethno-Psychoanalysis (following Devereux) is addressed;
- Getting to know and “immersing” themselves in the living environments, health problems and specific needs of people living on “the fringe” of society following the model of “cultural immersion” approaches [4], [6]: Aside from more general phenomena such as poverty and physical neglect, we are dealing here with precarious conditions in terms of hygiene and nutrition, multimorbidity, often coinciding with psychiatric comorbidity, along with the effect of stigmatisation and shame over the (non-)use of available (medical) support services. The aim is to “look closely” at that which is (supposedly) exotic and bewildering, and to overcome the fear of entering unfamiliar territory;
- Exposing the problems of the concept “need for help” in the context of the concrete state of a concrete individual (using the conceptual pair Bedarf/Bedürfnis): On the one hand, the focus here is on analysing central guiding concepts in medicine that bear relevance in relation to medical theory; on the other, the intention is to draw students’ attention to the fact that the medical perspective on the discomfort presented (on scientific grounds, “objective”) needs to be meaningfully and systematically complemented by including the patient’s perspective (“subjective”, in the context of their biography and life situation, partly ambivalence/rejection of support services).

In achieving these objectives, as briefly outlined above, in addition to the medical body of knowledge, concepts and methods from (medical) anthropology were introduced as central components of the seminar. This essentially involves the method of field research including participant observation [8], [11]: Central to this method is that those at the focus of medical attention will be visited in their everyday living settings. An additional effort is made to find out about their physical and social environment and their daily routines in order to comprehend the importance of these factors in relation to the patients’ perceptions of their body and state of mind, and in relation their help-seeking behaviour. In addition to visiting the living environment of those affected, systematic monitoring and – as far as possible – participating in their everyday lives, interviewing informers from the group in focus, together with the systematic documentation of experiences and reflections, form essential elements of this method [8], [11]. This will enable students to get a better grasp, for example, of the behaviour displayed by the strangers they encounter (which at first glance may often seem obscure and inadequate) within the logic and conditionality of the particular contextual setting. Students will also be introduced to the central concept and methodological approach of counter-transference (as modified by the ethnologist and psychoanalyst George Devereux): According to this concept – contrary to a widely shared assumption – researchers and other professionals working with people too respond emotionally to these persons and the conditions or behaviours observed in

connection with them. Such emotional responses range from sympathy to various feelings of ambivalence to fear or aggression, which can impact upon professional interaction as well as prolong or shorten it, or even lead to selective perception and specific interpretation of observed behaviours and even persons. Following Devereux, researchers or doctors are asked to systematically observe and reflect upon their own subjectivity and employ their findings, as it were, as an examination tool in its own right that will – in addition to other methods – yield a more holistic and rounded image of the other [5]. Encounters with homeless people can – as a result of their often radically different way of living and occasionally extreme physical neglect etc. – trigger particularly striking responses from those providing help; a situation that serves well as an introduction to systematic self-reflection, among other things, on behavioural patterns that are likely to result from such emotional responses.

In addition to concepts and methods based in anthropology/ethnology and ethno-psychoanalysis, the seminar also teaches the basic principles about the general social, economic and legal conditions affecting the life of people without a permanent address. Cooperation with relevant institutions plays a major role in this: Our main partner is Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V. (FV), in the summer semester we additionally have Elisabeth Strassenambulanz (ESA) (backed by: Caritasverband Frankfurt/M.) on board. The FV is an institution that has close ties with the City and offers an extensive range of services to different groups of homeless in Frankfurt/Main. During the winter months FV social workers drive the Kälte-Bus to those spots where the homeless are known to congregate and, if required, supply them with tea, blankets and sleeping pads. The social workers are the first points of contact for the homeless and, if required, will arrange placements offering follow-on support services, including transport organisation. The ESA provides services aimed at improving the health of women and men in housing difficulties, bearing in mind the unusual living conditions of these people. That a profound knowledge of the particular needs of homeless people as well as of institutional and legal possibilities in dealing with homeless people plays a central role in designing and implementing meaningful teaching concepts has been widely discussed in Anglo-American literature [11]. However, the focus there was on teaching concepts that concentrate mainly on providing medical treatment for socially marginalised groups, and less on the meta-level of systematic self-reflection and the ability to take on a different perspective, which is the focal point of the project presented here.

## Implementation

The seminar is structured into a preparatory theoretical-methodological module, a practical module, namely the field work (in the winter semester with the Kälte-Bus, in the summer semester visiting social work in the context

of the ESA), and a follow-up module. The seminar groups consist of around 10 students; this figure is based upon the limited number of individuals when accompanying the Kälte-Bus and in the context of the ESA (one student per appointment).

The first part of the preparatory sessions (2 hours) takes place in the classrooms at Giessen University. Here students are informed about the legal, social and medical situation of people “on the fringe of society”; previous experience and expectations from students are likewise discussed. In addition, students are familiarised with the experience of patients rejecting their offer of support, which can often be disconcerting; this includes introducing them to the different perceptions people have of “illness”, and to the concept of “counter-transference”. The structure of the responsible social institutions, particularly those based in Frankfurt (FV, ESA; among others) is presented and practical information on the planned field trip given. Students are invited to pay particular attention to “people on the fringe of society”: “The field work starts now.”

The second part of the preparatory session (2 hours) takes place on site in the rooms of the FV in Frankfurt – a preliminary stage of the field trip: The students leave their familiar environment in order to gain new and unfamiliar impressions. In the rooms of the overnight shelter, amidst the homeless persons staying there, FV social workers provide in-depth information interspersed with specialist and personal contributions. They also shed light on the medical and social situation of the individuals in the shelter and discuss expectations and particularities as regards the organisation of this part of the field work with the students.

The “field work” proper does not take place in the group setting, but students go out individually: One student at a time accompanies the FV or ESA social workers on their on-site visits to homeless people. A 6-hour period is scheduled for this hands-on experience; in the winter months it includes a trip on the Kälte-Bus between 8 p.m. and 2 a.m.; in summer the field trip lasts just as long but takes place during the day or in the evening. Students accompany the social workers on their visits on foot or by bike or in the car; some students get to attend call-outs on the ESA’s medical bus.

During the feed-back sessions (2x2 hours) students relate the different impressions they have had, contextualise them and explain how they felt, thus creating a wide spectrum of different impressions, evaluations and responses, which provide ample opportunities to reflect upon ways of action and potential changes in perception when dealing with patients. Possible essay topics (the seminar is assessed by essay) begin to take shape; these are discussed in-depth and in relation to how individual students approach their work, as well as formal specifications. In the essay students are asked to present their own personal observations and experiences during the field trip (e.g., feeling insecure in the unfamiliar environment, personal responses to coming face to face with the living environment, the appearance and behaviour

of homeless people); in a second step the aim is to reflect upon these observations and their significance for medical thinking and acting.

## Evaluation

Given the limited number of participants (ten students per semester) and the relative short period for which the seminar has been available (since the 2010-11 winter semester; only three seminar groups have fully completed the class) we are thus far only able to qualitatively comment on the course; the total number of participants is still too low to allow for any meaningful quantitative-statistical analysis.

To date, 31 students overall have participated in the seminar: 16 women and 15 men. The anonymous written evaluation contained three open questions (“Positive aspects include ...”; “Negative aspects include ...”; “What do you take out of this experience for your further studies?”) and nine questions to be answered by way of a graded scale (school grades A to F). Among these, three questions were of a general nature (“Please assess how much you have learned”; “Relevance for training as a medical doctor”; “Overall school grade”), six related to specific aspects of the seminar, such as design and structure of the teaching concept, preparation of the lecturer, availability and comprehensibility of relevant information/literature or learning environment.

The overall feedback on the structure of the course, on the preparation of the lecturer (B.M.) and on the learning environment was between positive and very positive (grade B or A in analogy to the school grading system). The questions “Was the seminar interesting?” and “The seminar encouraged reflection” received the top grade (“A”). Somewhat in contrast – likewise an unanimous perception – the relevance for hands-on practical application (“... relevant for my training as a doctor”) was recognised but felt to be less positive (grades B and C). In answering the open questions, the “on-site” experience with social workers and (in a different response) the “individual tuition” as a result of this was perceived to be particularly worthwhile. Another positive comment was that attention was drawn to how a person’s concrete living environment affected their health. Finally, “the opportunity to “look outside the box” was felt to be a “profound experience” that would shape the students’ further course of studies. The essays too contained statements that reflected the intensity of the seminar and the potential inherent in the anthropological approach complemented by field work and participant observation. The following statement has been taken from the discussion section of one of the essays: “Never before did I look at Frankfurt’s Bahnhofsviertel in this way [...]. It’s a completely different world.” Another participant in the seminar felt that the field research method “opened up an exotic world [for him]. The human being that crosses our daily horizon as a penniless and neglected figure on the periphery suddenly gets to be at the heart of our attention.” Both in the evaluation and

occasionally also in the essays the wish was expressed to actually extend the practical part of the seminar.

Arrangements for receiving written feedback from seminar participants at predefined intervals (one, two and five years) have been made, and interviews about the long-term effects of learning and reflection processes are planned with focus groups. The findings will potentially be presented and debated by way of future publications.

## Discussion

The preliminary experiences we gained with the teaching concept “Providing medical care on the fringe of society: Participant observation and change in perspective” illustrate that the spectrum of methodological approaches in Q 2 (AOÄ) can indeed be complemented by concepts from medical anthropology, in combination with exposing students to people in extreme social situations. The objective of getting students to reflect systematically upon historical, ethical-normative and theoretical foundations in medicine can therefore be extended and intensified in particular as regards the following three aspects:

1. making students aware of the importance of the specific local setting in medical thinking and acting (aided by the concept of participant observation and field research from ethnology),
2. the importance of the subjectivity of *all* those involved in doctor/patient interaction, including medical staff (aided by the modified concept of counter-transference from ethno-psychoanalysis), and
3. the fact that key medical terms (such as medically defined need vs. individual needs of the patient) are essentially context-dependent.

At a more general level students will learn how to put themselves in the position of different protagonists in a range of medical settings, and practice the skill of reflecting critically upon putative conceptual/theoretical and normative-ethical assumptions in medicine.

The teaching project therefore ties in with international models that likewise seek to integrate these teaching objectives in their medical training. The method of field research (or inspired by this in the context of medical training that of “cultural immersion”) has proven to be very helpful for understanding the perceptions and needs of socially or ethically marginalised groups, and in principle all other groups in health care [4], [6], [10], [12], [13]. In relation to this in the context of the new teaching concept the attention on “social determinants of health” and how they impact on the pathogenesis and course of health conditions yield synergies with other teaching concepts, for example in medical sociology, community medicine/public health or general medicine [10], [22], which focus on similar matters. Collaborations with community medicine practitioners working for example at technical colleges/*Fachhochschulen* or other institutions outside universities could likewise bear relevance.

The teaching concept is essentially transferrable. In order to do so, it will be necessary to know and familiarise oneself with the central (medical) anthropological concepts and methods. Further, opportunities will have to be created that will enable cooperation with such institutions that are willing to set up the organisational framework and make available their expertise to enable the direct contact of students with people on the fringe of society in their everyday living environments.

## Acknowledgement

The new curricular option described here could only be realized through the co-operation and engagement of many members of staff at the Frankfurter Verein für soziale Heimstätten e.V. as well as the Elisabeth-Straßen-Ambulanz Frankfurt/M. (ESA). We want to express special thanks to Heiko Ewald and Christine Heinrichs, together with the staff of the "Kältebus"-Project, the Ostpark-Project, the Beratungszentrum für Aufsuchende Sozialarbeit, as well as Dr. Maria Goetzens and her team at the ESA.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

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: Technische Universität Berlin; 2002. Zugänglich unter/available from: [http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2002/370/pdf/borde\\_theda.pdf](http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2002/370/pdf/borde_theda.pdf)
2. Brody H. Defining the Medical Humanities. Three conceptions and three narratives. *J Med Humanit.* 2011;32(1):1-7. DOI: 10.1007/s10912-009-9094-4
3. Burgess DJ, van Ryn M, Malat J, Matoka M. Understanding the provider contribution to race/ethnicity disparities in pain treatment. *Pain Med.* 2006;7(2):119-134. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2006.00105.x
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. DOI: 10.1097/00001888-200306000-00008
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? *Ethn Health.* 2000;5(2):121-126. DOI: 10.1080/713667444
8. Girtler R. Methoden der Feldforschung. 4. Aufl. Wien: Böhlau; 2001.
9. Green AR, Carney DR, Pallin DJ, Ngo LH, Raymond KL, Lezzoni LI, Banaji MR. Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *J Gen Int Med.* 2007;22(9):1231-1238. DOI: 10.1007/s11606-007-0258-5
10. Gregg J, Solotaroff R, Amann T, Michael Y, Bowen J. Health and Disease in Context: A community-based social medicine curriculum. *Acad Med.* 2008;83(1):14-19. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31815c67f0
11. Hirschauer S, Amann K. Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. Frankfurt/M.: Suhrkamp; 1997. S.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(4):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(3):225-231. DOI: 10.1177/1403494809357102
14. Knipper M, Bilgin Y. Medizin und ethnisch-kulturelle Vielfalt: Migration und andere Hintergründe. *Dtsch Ärztebl.* 2010;107(3):A76-79.
15. Knipper M. Der fremde Patient. In: Noack T, Fangerau H, Vögele J (Hrsg). *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.* München: Elsevier; 2007. S.37-46
16. Lopicard E, Fridman K. Medicine, cinema and culture: a workshop in medical humanities for clinical years. *Med Educ.* 2003;37(11):1039-1040. DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01663.x
17. Möller M, Neitzke G, Stöckel S, Lohff B, Frewer A. Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Ergebnisse einer Umfrage an deutschen Hochschulen. *GMS Z Med Ausbild.* 2006;23(2):Doc38. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000257.shtml>
18. Raspe A, Matthis C, Héon-Klein V, Raspe H. Chronische Rückenschmerzen: Mehr als Schmerzen im Rücken. Ergebnisse eines regionalen Surveys unter Versicherten einer Landesversicherungsanstalt. *Rehabilitation (Stuttg).* 2003;42(4):195-203. DOI: 10.1055/s-2003-41649
19. Roelcke V. Statistik und Erinnerung: Theoretische und methodische Zugänge zum Schmerz in der (ethno-)medizinischen Forschung. In: Borgards R (Hrsg). *Schmerz und Erinnerung.* Tübingen: Wilhelm Fink; 2005. S.259-269.
20. Roelcke V. Zur Ethik der klinischen Forschung: Kontextualisierende und reduktionistische Problemdefinitionen und Formen ethischer Reflexion, sowie einige Implikationen. *Z Arzt Fortbild Qualitätssicher.* 2003;97:703-709.
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 Z Med Ausbild.* 2008;25(1):Doc01. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000485.shtml>
22. Wright NMJ, Tompkins C. How can health services effectively meet the needs of homeless people? *Brit J Gen Pract.* 2006;56(525):286-293.

**Corresponding author:**

Prof. Dr. Volker Roelcke  
Universität Gießen, Institut für Geschichte der Medizin,  
Iheringstraße 6, 35392 Gießen, Deutschland  
volker.roelcke@histor.med.uni-giessen.de

**Please cite as**

Mohr B, Hovermann P, Roelcke V. Teilnehmende Beobachtung und  
Perspektivwechsel: Medizinethnologie in der Begegnung mit sozialen  
Randgruppen. Erste Erfahrungen mit einem neuen Lehrangebot. GMS  
Z Med Ausbild. 2012;29(5):Doc66.  
DOI: 10.3205/zma000836, URN: urn:nbn:de:0183-zma0008366

**This article is freely available from**

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2012-29/zma000836.shtml>

**Received:** 2012-01-30

**Revised:** 2012-06-22

**Accepted:** 2012-06-25

**Published:** 2012-11-15

**Copyright**

©2012 Mohr et al. This is an Open Access article distributed under the  
terms of the Creative Commons Attribution License  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You  
are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided  
the original author and source are credited.