

Disability & Diversity Studies as a professional basis for diversity-aware education and training in medicine

Abstract

The “Disability and Diversity Studies“ (DDS) are research fields which, similar to social work, deal with social inclusion and exclusion processes. Dimensions of disability and diversity can lead to disadvantages and inequalities in the individual life and social coexistence of people. The DDS examine these inequalities and identify intersectional relationships between diversity categories. The concept of intersectionality opens up the view of the restriction of diversities, which can lead to the intensification of inequalities and multiple discriminations: e. g., in the case of being a woman and member of an ethnic minority. The starting point is therefore not the difference category per se, but the intersection of several categories [5]. This knowledge of categorizing classification and exclusion in their intersectionality is fundamental for the dissolution of social, societal, political and economic inequality. The DDS bachelor's program at the Carinthia University of Applied Sciences, which combines Disability and Diversity Studies, focuses on these research areas and develops practical solutions.

In medical education and training, too, it is essential that teachers and students, but also patients, recognise the complex interrelationships of divergences in medical practice and the resulting stigma that must be removed. The DDS can serve as a basis for taking these interrelationships into account, for incorporating creative approaches to solutions and a diversity-sensitive attitude into the doctor-patient relationship and medical treatment. For example, the first and so far only World Report on Disability from 2011 noted a still existing negative infiltration of doctor-patient-interactions through stigmatization of persons with disabilities and deviations. Misunderstandings, lack of knowledge and wrong presettings can endanger the treatment [32].

In order to create the framework conditions for an appropriate consideration of diversity and disability in the program, it is necessary to impart six core competencies to prospective physicians [20]: If possible, this should always be designed in the respective training courses of all health care professions in a patient-centred manner, across all occupational groups and under the premise “nothing for us without us“ [1]. This corresponds to the principles of Disability Studies.

Keywords: disability & diversity studies, disability, diversity, intersectionality, diversity in medical practice

Susanne Dungs¹
Christine Pichler¹
Ralf Reiche²

1 FH Kärnten, Disability & Diversity Studies für Berufstätige, Klagenfurt, Austria

2 FH Kärnten, Gesundheitsmanagement, Feldkirchen in Kärnten, Austria

1. Introduction and problem definition

1.1. The need for knowledge about disability and diversity

The experience of disrespect, lack of sensitivity and devaluation can lead people with disabilities to accumulate negative experiences with the health care system, to no longer seek professional medical care and finally (have to) rely on self-diagnosis and treatment. Doctors, on the other hand, often lack the expertise and skills to distin-

guish whether a need for treatment arises from the disability or from other diseases. A limited knowledge of the life situation of people with disabilities damages the quality of the doctor-patient relationship and the medical treatment. Often there are also communication problems with the affected persons, which prevent a comprehensive diagnosis and lead to delays in therapy. This is accompanied by insecure care on both sides, which ultimately leads to inequalities and exclusions in medical treatment [32]. It is therefore urgently necessary to incorporate knowledge from the Disability and Diversity Studies into medical education and training [7], [12].

Disability and Diversity Studies are research fields that deal with social inclusion and exclusion processes. The central question is which categories and dimensions of diversity currently lead to inequalities and disadvantages, which experiences persons self-experienced and which needs to make visible. On the one hand, this article focuses on explaining how the DDS work as scientific disciplines and what their basic professional orientations are. On the other hand, the arc is to be drawn to a diversity-oriented education and further training, which is transferable to different disciplines and professions, but focuses on medicine. It is therefore clear from the basic orientation of the DDS what contribution these avant-garde studies can make to diversity-sensitive medical education and further training and what elements should be included in medical studies in order to promote discussion of the topics of disability and diversity and to do justice to the patients concerned.

1.2. Development and basic orientation of Disability and Diversity Studies

Disability Studies as an interdisciplinary research field has its origins in the US and British disability movements of the 1980s. The aim of the disability movements was to move away from the medical model to the social model of disability. In contrast to the first, which used applied sciences to reduce the individual situation of people to their physical “illness” or “disability”, the social model focuses on social disadvantages and barriers. The disability movements wanted to show that the “defects” are less individually determined, but that people are at the same time “handicapped” by social constellations and defined as “disabled”. The criticism is directed at a purely medically justified deviation from a predefined norm and the resulting therapeutisation of the affected persons. From this critical point of view, disability is a social construction and as such should be included in scientific discussions. Furthermore, cultural contexts play a role, i. e. it is examined how disability is currently defined and has been interpreted in the course of history [21], [31]. Analogous to the basic ideas of Disability Studies, the DDS program generates ideas for replacing forms of care that found their place in separate institutions with self-selected models. The affected persons themselves define their need for support and actively request assistance. The former stigmatising logics of “diagnosis” and “treatment” are being removed and modified in inclusive community-based settings (deinstitutionalisation and community care approaches). The DDS thus follow the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and other central human rights documents. In place of intervention orientation, which in many cases is still the determining factor in social work, there is a tendency for the self-involved to be controlled. According to Udo Sierck, there is still a lot to be done in this regard, since not only the forms of support and institutions need to be re-designed, but also the social thought patterns that have developed over the centuries, which – even today – deny

the affected persons their subject status and force them into the role of victim [28]. By conceiving of diversity categories as socially produced, the allocation of opportunities and obstacles associated with these attributions can be rearranged and previously closed “inclusion windows” can be opened for as many citizens as possible.

The Diversity Studies go back to the US-American civil rights movement, in which minority groups fought for their rights. The aim was to recognise diversity in society and to counteract discrimination. Especially for diversity management the anti-discrimination legislation should be seen as a source and driver. Initially, the categories of ethnicity, gender and age were at the centre of civil rights movements and Diversity Studies. In recent decades there has been a conceptual differentiation of diversity dimensions (age, gender, sexual orientation, physical impairments/disabilities, social and cultural background, rural and urban areas, social status etc.). A wide variety of research disciplines are concerned with diversity, so that these Studies have become an integrated research program, in which many directions, such as the economic and social sciences, cultural studies and the human medicine, “cooperate”.

Diversity categories are not problematic per se, because they allow us to orient ourselves in the world and classify phenomena. That means that our knowledge about the world is acquired and internalized [...] and is available to us as stable everyday knowledge and action orientation [4]. Social knowledge is naturalized through language, everyday communication and institutionalized language regulations and appears to us as objectively given [4]. Categories of order function mostly binary and as social “ushers”, so that we structure inclusion and exclusion, belonging and non-belonging through them [4].

Diversity categories transport fixed ideas, for example about “the disabled”, “the young”, “the homosexuals”. This can promote the maintenance of an unquestioned norm that distinguishes itself from the “others” as well as the perpetuation of stereotypes and prejudices about groups [18]. According to Roswitha Hofmann, the current diversity categories mostly name minorities, while the majority that makes this difference remains unmarked. For example, the category “age” often only addresses “older” persons, but not “younger” ones, and the category “sexual orientation” is usually only associated with homosexuals and not with heterosexuals, although both of them have an “age” or have a “sexual orientation”. [...] Categorizations also promote thinking in oppositions (“we” and the “others”) [18]. By suggesting the possibility of clear allocation and the homogeneity of groups, differences of and between people are blurred. Concentrating on one category while ignoring or neglecting other categories can lead to exclusions and “blindness” [8]. According to Verena Eickhoff and Lars Schmidt, too, an intersectional analysis of differences and inequality relations is therefore to be favoured and categories are to be thought of as interdependent [8]¹.

The term “diversity” marks diversity on the one hand, but on the other hand it comes into contrast with the inde-

terminability of humans when fixed ideas are addressed with it. Roswitha Hofmann remarks that the term “diversity” is never conclusively determinable itself [18]. Jacques Derrida had also drawn attention to this by replacing the “e” with an “a”; in the term “différance”. The replacement remains inaudible [6]. The term “différance” aims to keep the work open to diversity and to break the logic of negating the heterogeneous [6], [9]. Any use of the term “diversity” must – if one follows Derrida today – be conscious of categorizing something about the other that cannot be named. Shortening uses of the term “diversity” are confronted with human rights and context-sensitive issues in the studies of DDS.

2. Project description: The DDS program and inspirations for medicine

In the following, the DDS program including its curricular structure will be presented in order to gain inspiration from its content and to derive competencies that could play a role in medical education and training. A multidisciplinary approach is becoming increasingly important in the health and social science degree programs at Carinthia University of Applied Sciences in order to be able to react to changing working cultures and living environments. The joint study of different courses of study also becomes more relevant, since the later work often takes place in heterogeneous teams². This points to the urgent need to implement cross-curricular and cross-professional forms of teaching and learning, since a health problem usually has a social dimension, such as social isolation.

2.1. The DDS program

Social exclusion and marginalisation are changing due to changing working cultures, increased migration movements, activating social policy, neo-liberal economic practices, demographic change, etc, so that the required scientific and professionalism of DDS must always react to this change. The spectrum of tasks and fields of action of the DDS is becoming broader, above all due to the need to implement the UN Disability Rights Convention in all areas of society.

The DDS is a program that is based on the pulse of the present world, which – according to Gerhard Gamm – is no longer held together by any will [13]. In this “surreal world” there is no longer the one and correct reality, but its conflicting interpretations [13].

The DDS are in the middle of this ambivalence. On the one hand, they are seismographs of the present world and – to put it socio-philosophically – they capture their surrealities in thought [16]³. On the other hand, as a program at a university of applied sciences, they point beyond this analytical level and propose – with the participation of those concerned – suitable “solutions” for practical application. The focus is on assistance models that enable those affected to lead a self-determined and

supported life according to their needs. Another field of action touched upon by the DDS is medical education and training and medical practice in general. When people interact, hierarchies and power structures are created, which cause inequalities and exclusions. In all contexts – also between doctors and patients – the successful handling of disability and diversity and the quality of the encounter with the other person always plays an excellent role.

The DDS program was established in 2012 and 2013 as a Bachelor's program at the Carinthia University of Applied Sciences in the field of Health and Social Sciences, because it was recognised that the topics of disability and diversity are forward-looking (see figure 1). As a part-time course of study, DDS enables students to combine work, leisure, family and other areas of life. During the semester (15 weeks) there are attendance times twice a month (fridays, saturdays and mondays) and one full week per semester (monday to saturday). The program comprises six semesters of 30 ECTS each. The job- and family-friendly attendance times are supplemented by elements of online teaching and self-study, in which self-, project and group work is carried out. The results of these elements flow into the attendance times by means of discursive processing.

The program is particularly attractive for self-affected students. Students with disabilities, a migration background, from educationally disadvantaged backgrounds and other experiences of social disadvantage or biographical crises (such as Burnout). Students can place their own experiences of exclusion at the centre of their academic debate and professional development. The DDS address the heterogeneous needs and interests of the study participants without changing university requirements. In the sense of an inclusive university, the framework conditions for studying are designed in such a way that the requirements can be met by as many people as possible: for example, a buddy system has been set up (students support each other in learning how to work scientifically) or it is possible to complete the course of study on a part-time basis.

The DDS program always adapts its scientific and professionalism to the changing processes of exclusion and marginalization that are, for example, being experienced in the world of work, due to changes in working cultures or migration movements. Firstly, the adaptation takes place through the further development of the curriculum, but this change is also registered and thematically integrated in the individual courses. This inclusion is particularly in Module 1 “Disability and Diversity Studies” and Module 2 “Interdisciplinarity of DDS”. In these modules, students familiarize themselves with the scientific foundations of Disability Studies and Diversity Studies and deal with reference disciplines such as psychology, pedagogy, philosophy, sociology, medicine, law and economics. The teaching of theoretical principles is interlocked with practical examples to ensure a theory-practice transfer.

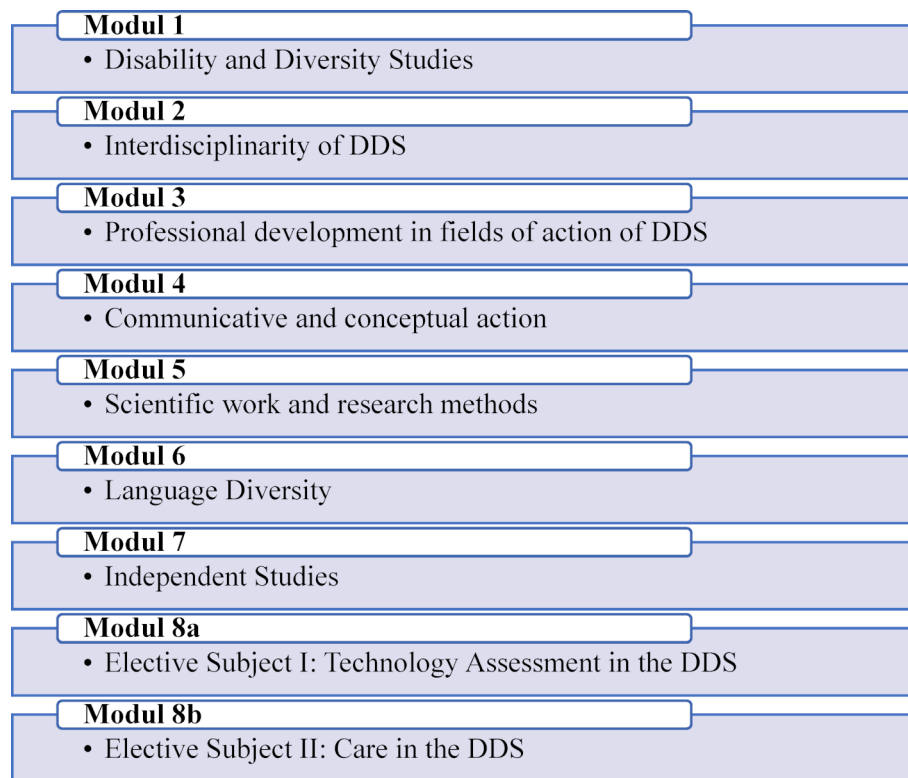


Figure 1: Module structure of the Bachelor's program Disability & Diversity Studies

The spectrum of tasks and fields of action of DDS has become much broader in recent years. In Module 3 “Professional Development in the Fields of Action of DDS” this extends from the areas of education and work, art and culture, business and administration, through to management and entrepreneurship and above all the initiatives of the self-representation of those concerned. At the same time, developments in society as a whole are intermingled due to internationally binding ethical guidelines and interdependencies between social subsystems (social affairs, economy, medicine, justice, etc.) to complex fields of activity that increasingly require a multidisciplinary approach. This practical relevance is deepened in the two practical phases and accompanied by reflection events. Module 3 supports the students in reflecting on their professional actions to the extent that they themselves contribute to reproducing categories that include and exclude others. The “Competence Workshop-Course” is hereby starting in the first semester. Social professions are not free to perpetuate marginalising attributions to others, for example by making them more vulnerable to the influence of others. Special offers for specific target groups (delinquents, drug addicts, mentally ill people, etc.) and separate them into different help lines depending on the problem [2], [4]. These ascriptions and the intersectionality of diversity categories have not been sufficiently taken into account so far – even by social professions. The DDS, as a social science program, explores the effectiveness of categories and underexposed power mechanisms that restrict people in their open vitality and diversity. According to Derrida, the term deconstruction stands for the attempt to question

the unambiguous classification [6], [9]. This confrontation with one's own respectful or disrespectful attitude towards another person takes place in Module 3, but also in Modules 4 and 5, in which scientific work and participatory, stakeholder-controlled research methodology form the core.

In Module 4 “Communicative and Conceptual Action” students become familiar with the multi-professional and multi-disciplinary orientation of DDS and gain an overview of models of conversation, communication and intervention. This module enables students to sensitively adapt models of assistance and support to the needs of individuals and groups and to apply them in a situation-specific manner, taking into account the respective social space.

Module 6 “Language Diversity” offers students a choice of three languages: sign language, Italian, Slovenian and reflects the geographical location of the course in the Alpe-Adria region. Module 7 “Independent Studies” enables the so-called independent study. Various events from the tertiary education sector can be attended depending on the students' interests. In addition, this module offers a lecture series with high-ranking academics and representatives from practice every semester. The DDS program participates in productive social change around the concepts of “disability” and “diversity”. Promising new approaches, such as supported employment, assisted living, community care, personal assistance, peer counseling, ex-in movement in the field of psychiatry, which must be helped to be implemented. To this end, reference is also made to international discourses and developments. Module 8a and 8b in partic-

ular, in which two electives are offered (Technology Assessment in the DDS, Care in the DDS), take this topicality into account by focusing on both new support settings (Care) and the comprehensive mechanization of society (digitalization). Here DDS cooperates with the medical technology program at Carinthia University of Applied Sciences (especially with the Active Assisted Living work area).

2.2. Possibilities and suggestions for curricular integration in the study of human medicine

In order to minimise the gaps in doctors' knowledge mentioned at the beginning, a universal demand for the teaching of a set of skills is to be made by answering the following three questions [19]:

- Why is it important to train doctors about the care of people with disabilities?
- Why is there still a lack of disability-related training in medical education?
- How can future medical training be improved?

To answer these questions or in order to create the necessary conditions in the study courses for this, it is necessary to impart six core competencies to the future physicians during their training [20]:

1. Dealing with disabilities always in the context of human diversity throughout life and within the social and cultural environment.
2. Qualification trainings for the evaluation of disabilities and functional consequences of health conditions, taking into account the effects on treatment and care processes
3. Training in general principles of etiquette when dealing with people with disabilities.
4. Familiarising with the role of other health professionals to ensure the development of integrated teams to care for people with disabilities.
5. Understanding of the legal framework for the admission of disabled persons to health care facilities and the universal principles.
6. Acquisition of competence in patient-centered care approaches, including understanding the perception of the quality of life of patients.

Of these core competencies, patient centeredness (patient centeredness or people-centered services) as well as inter-professional care are particularly noteworthy. Thus the Alliance for Disability in Health Care Education also demands "Nothing about us without us!". This basic principle should apply to the training of all health care professions, including the design of medical curricula. The inclusion of people with disabilities in the development of teaching content as well as in the implementation of curricula for future physicians can help to ensure that students acquire the competence to provide patient-centred care for people with disabilities. To this end, the alliance has currently developed six fields of competence to be anchored in the curricula:

1. Contextual and conceptual framework for disabilities
2. Professionalism and patient-centered care
3. Legal obligations and responsibilities for the care of patients with disabilities
4. Teams and system-based practice
5. Clinical evaluation
6. Clinical care over the life span and during changes.

The fields of competence are each preceded by a justification and a learning outcome and the field itself is operationalised concretely and clearly in five to ten sub-items [1].

3. Disability and diversity in the context of human medicine programs [results and perspectives]

The fields of competence make it clear how relevant the topics of disability and diversity are for all professions that work directly with people. This is especially true for medicine, as it deeply touches the physical and psychological integrity of a person.

At the medical faculties, only individual parts of this complex catalogue of requirements have been implemented or are in the curricula accordingly. For about five years, however, a growing number of publications have been appearing that present individual aspects of disability and diversity from the perspective of medical teaching. Sarmiento et al. describe a longitudinal anchoring of the field of disability in the first two years of medical studies. The overall aim was to develop a curriculum that teaches medical students about disability in a way that is based on the concerns, perspectives and experiences of people with disabilities [27]. One publication addresses both topics by describing the teaching of aspects of disability in a culturally sensitive competence context. The acquisition of competence should take place in a "culture of disability" in the areas of communication, patient and family ideas about health care. Folkloristic or non-traditional forms of treatment are also considered [26].

In summary, it should be noted that in the curricula of medical courses of study in the German-speaking countries, considerations on anchoring disability and diversity, although by no means general or even uniform, are now being implemented or are at least being implemented in a whole series of approaches [17], [24]. Until a few years ago, this was done only marginally in the form of courses in conversation management, medical sociology and of social medicine and public health. In addition to the consideration of individual aspects of disability and diversity in individual learning subjects, there are also far-reaching developments in medical curricula, in which aspects relating to gender and cultural diversity or disability have been incorporated separately [24], [25]. With regard to the above-mentioned demand for comprehensive competence profiles that include both diversity and disability in equal measure, and which are always conceived in a patient-centred way in the respective training

courses of all health care professions, across all occupational groups and always under the premise “nothing about us without us”, far-reaching development work is still required. This should also be flanked by corresponding research, including ensuring that it is supported financially and with human resources.

Notes

¹ The DDS programme follows the more recent debates in Diversity Studies and thus points beyond the model of Lee Gardenswartz and Anita Rowe (1994).

² A project is planned in which, for example Students of physiotherapy, health and nursing, DDS and social work study together and go through practical phases.

³ Georg Wilhelm Friedrich Hegel writes in his *Grundlinien der Philosophie des Rechts* (from the years 1832-1845): That which is to be understood is the task of philosophy, for that which is reason. [...] Here is the rose, here dances (Hegel 1986, p. 26).

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Alliance for Disability in Health Care Education. Core Competencies on Disability for Health Care Education. Peapack, NJ: Alliance for Disability in Health Care Education; 2019. Zugänglich unter/available from: <http://www.adhce.org/>
2. Beck H. Wir diskriminieren nicht - wir studieren doch Soziale Arbeit. In: Bretländer B, Köttig M, Kunz T, editors. Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Perspektiven auf Inklusion. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2015. p.27-36.
3. Bendl R, Hanappi-Egger E, Hofmann R. Diversität und Diversitätsmanagement. Wiesbaden: UTB GmbH; 2012. p.11-21. DOI: 10.1007/978-3-642-25399-7_12
4. Bernstein J, Inowlocki L. Soziale Ungleichheit, Stereotype, Vorurteile, Diskriminierung. In: Bretländer B, Köttig M, Kunz T, editors. Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Perspektiven auf Inklusion. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2015. p.15-26.
5. Crenshaw KW. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of colour. *Stanford Law Rev.* 1991;43:1241-1299. DOI: 10.2307/1229039
6. Derrida J. Die différance. In: Engelmann P, editor. Postmoderne und Dekonstruktion. Texte französischer Philosophen der Gegenwart. Stuttgart: Reclam; 1997. p.76-113.
7. Dogra N, Reitmanova S, Carter-Pokras O. Twelve tips for teaching diversity and embedding it in the medical curriculum. *Med Teach.* 2009;31(11):990-993. DOI: 10.3109/01421590902960326
8. Eickhoff V, Schmidt L. Herausforderungen hochschulischer Diversity-Politik. Für einen reflexiven, differenz- und ungleichheitssensiblen Umgang mit einem deutungs offenen Phänomen. In: Fereidooni K, Zoeli AP, editors. Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. Wiesbaden: Springer VS; 2016. p.199-228. DOI: 10.1007/978-3-658-14047-2_13
9. Engelmann P. Postmoderne und Dekonstruktion. Zwei Stichwörter zur zeitgenössischen Philosophie. Stuttgart: Reclam; 1997. p.5-32.
10. Fereidooni K, Zoeli AP. Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. Wiesbaden: Springer VS; 2016. p.9-15.
11. FH-Kärnten. Informationen zum Studiengang Disability and Diversity Studies. Feldkirchen, Klagenfurt, Spittal an der Drau, Villach: FH Kärnten; 2019. Zugänglich unter/available from: <https://www.fh-kaernten.at/unser-studienangebot/gesundheitssoziales/ueberblick/gesundheitssoziales/bachelor/disability-diversity-studies-dds/studium-dds/>
12. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
13. Gamm G. Verlegene Vernunft. Eine Philosophie der sozialen Welt. Paderborn: Verlag Wilhelm Fink; 2017. DOI: 10.30965/9783846761991
14. Gardenswartz L, Rowe A. Diverse Teams at Work. Capitalizing on the Power of Diversity. New York: McGraw-Hill Inc.; 1994.
15. Gebauer T, Trojanow I. Hilfe? Hilfe! Wege aus der globalen Krise. Frankfurt/M: Fischer Taschenbuch; 2018.
16. Hegel GWF [1832-45]. Grundlinien der Philosophie des Rechts. Werke Bd. 7. Frankfurt/M: Suhrkamp Werkausgabe; 1986.
17. Hochleitner M, Nachtschatt U, Siller H. How do we get gender medicine into medical education? *Health Care Women Int.* 2013;34(1):3-13. DOI: 10.1080/07399332.2012.721419
18. Hofmann R. Gesellschaftstheoretische Grundlagen. Für einen reflexiven und inklusiven Umgang mit Diversitäten in Organisationen. In: Bendl R, Hanappi-Egger E, Hofmann R, editors. Diversität und Diversitätsmanagement. Wiesbaden: UTB GmbH; 2012. p.23-60.
19. Iezzoni LI, Long-Bellil LM. Training physicians about caring for persons with disabilities: "Nothing about us without us!" *Dis Health J.* 2012;5:136-139. DOI: 10.1016/j.dhjo.2012.03.003
20. Kirschner KL, Curry RH. Educating health care professionals to care for patients with disabilities. *JAMA.* 2009;302:1334-1335. DOI: 10.1001/jama.2009.1398
21. Köbsell S. Gendering Disability: Behinderung, Geschlecht und Körper. In: Jacob J, Köbsell S, Wollrad E, editors. Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: transcript Verlag; 2010. p.17-34.
22. Krell G, Riedmüller B, Sieben B, Vinz D. Diversity Studies als integrierende Forschungsrichtung. Frankfurt/M.: Fachportal Pädagogik; 2007. p.7-16.
23. Ludwig S, Oertelt-Prigione S, Kurmeyer C, Gross M, Grüters-Kieslich A, Regitz-Zagrosek V, Peters H. A Successful Strategy to Integrate Sex and Gender Medicine into a Newly Developed Medical Curriculum. *J Womens Health.* 2015;24(12):996-1005. DOI: 10.1089/jwh.2015.5249
24. Ludwig S, Roa Romer Y, Balz J, Petzold M. The use of quality assurance instruments and methods to integrate diversity aspects into health professions study programmes. *MedEdPublish.* 2018;7(1):53. DOI: 10.15694/mep.2018.0000053.1
25. Nachtschatt U, Steinböck S, Hochleitner M. The Integration of Gender Medicine in Medical Education at Austrian Universities - the Status Quo. *MedEdPublish.* 2018. DOI: 10.15694/mep.2018.0000013.1

26. Robey KL, Minihan PM, Long-Bellil LM, Earle Hahn J, Reiss JG, Eddey GE; Alliance for Disability in Health Care Education. Teaching health care students about disability within a cultural competency context. *Disabil Health J.* 2013;6(4):271-279. DOI: 10.1016/j.dhjo.2013.05.002
27. Sarmiento C, Miller SR, Chang E, Zazove P, Kumagai AK. From Impairment to Empowerment: A Longitudinal Medical School Curriculum on Disabilities. *Acad Med.* 2016;91(7):954-957. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000935
28. Sierck U. Selbstbestimmung statt Bevormundung. Anmerkungen zur Entstehung der Disability Studies. In: Rathgeb K, editor. *Disability Studies. Kritische Perspektiven für die Arbeit am Sozialen.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012. p.31-37. DOI: 10.1007/978-3-531-18972-7_3
29. Stuber M. Diversity: Das Potenzial-Prinzip. Ressourcen aktivieren - Zusammenarbeit gestalten. Köln: Luchterhand; 2008.
30. Vedder G. Die historische Entwicklung von Diversity Management in den USA und in Deutschland. In: Krell G, Wächter H, editors. *Diversity Management. Impulse aus der Personalforschung.* München: Hampp; 2006. p.1-23.
31. Waldschmidt A. Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? *Psychol Gesellschaftskr.* 2005;01:9-31.
32. World Health Organization, World Bank. *World report on disability 2011.* Geneva: World Health Organization; 2001. Zugänglich unter/available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>

Corresponding author:

Prof. (FH) Dr. Ralf Reiche, MPH, MME
 FH Kärnten, Gesundheitsmanagement, Hauptplatz 12,
 A-9560 Feldkirchen in Kärnten, Austria, phone: +43 (0)5
 90500-4116
r.reiche@fh-kaernten.at

Please cite as

Dungs S, Pichler C, Reiche R. *Disability & Diversity Studies as a professional basis for diversity-aware education and training in medicine.* *GMS J Med Educ.* 2020;37(2):Doc23.
 DOI: 10.3205/zma001316, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013163

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001316.shtml>

Received: 2019-01-31

Revised: 2019-10-03

Accepted: 2020-02-13

Published: 2020-03-16

Copyright

©2020 Dungs et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Disability & Diversity Studies als fachliche Basis für eine diversitätssensible Aus- und Weiterbildung in der Medizin

Zusammenfassung

Die „Disability & Diversity Studies“ (DDS) sind Forschungsrichtungen, die sich, ähnlich der Sozialen Arbeit, mit gesellschaftlichen Ein- und Ausschlussprozessen befassen. Dimensionen von Behinderung und Vielfalt können im individuellen Leben und gesellschaftlichen Zusammenleben von Menschen zu Benachteiligungen und Ungleichheiten führen. Die DDS untersuchen diese Ungleichheiten und identifizieren intersektionale Zusammenhänge zwischen Diversitätskategorien. Das Konzept der Intersektionalität eröffnet die Sicht auf die Ver-schränkung von Diversitäten, was die Verstärkung von Ungleichheiten und Mehrfachdiskriminierungen zur Folge haben kann: bspw. als Frau und als ethnische Minderheit. Der Ausgangspunkt ist demnach nicht die Differenzkategorie an sich, sondern der Kreuzungspunkt mehrerer Kategorien [5]. Dieses Wissen über kategorisierende(n) Einordnung und Ausschluss in ihrer Intersektionalität ist grundlegend für das Auflösen von sozialer, gesellschaftlicher, politischer und wirtschaftlicher Ungleichheit. Der Bachelorstudiengang DDS der Fachhochschule Kärnten, in dem die Disability und die Diversity Studies miteinander verknüpft wurden, zentriert sich um diese Forschungsrichtungen und erarbeitet daraus praktische Lösungsansätze.

Auch in der medizinischen Aus- und Weiterbildung ist es grundlegend, dass Lehrende und Lernende, aber auch Patient*innen erkennen, welche komplexen Zusammenhänge von Diversitäten in der medizinischen Praxis wirksam sind und welche daraus resultierenden Stigmata es abzutragen gilt. Die DDS können als Basis dienen, um diese Zusammenhänge zu berücksichtigen, kreative Lösungsansätze und eine diversitätssensible Haltung in das Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis und die medizinische Behandlung einfließen zu lassen. So konstatierte der erste und bislang auch einzige Weltbericht über Behinderung aus dem Jahr 2011 eine noch bestehende negative Infiltration der Ärzt*innen und Patient*innen-Interaktionen durch Stigmatisierung von Personen mit Behinderungen und Abweichungen. Missverständnisse, fehlende Kenntnisse und falsche Voreinstellungen können die Behandlung gefährden [32].

Um die Rahmenbedingungen für eine angemessene Berücksichtigung von Diversität und Disability in den Studiengängen zu schaffen, ist es erforderlich, angehenden Ärzt*innen in ihren Ausbildungen sechs Kernkompetenzen zu vermitteln [20]: Wenn möglich sollte dies in den jeweiligen Ausbildungen aller Gesundheitsberufe berufsgruppenübergreifend stets patient*innenzentriert unter der Prämisse „nothing for us without us“ konzipiert sein [1]. Dies entspricht den Prinzipien der Disability Studies.

Schlüsselwörter: Disability & Diversity Studies, Behinderung, Vielfalt, Intersektionalität, Vielfalt in der medizinischen Praxis

Susanne Dungs¹

Christine Pichler¹

Ralf Reiche²

1 FH Kärnten, Disability & Diversity Studies für Berufstätige, Klagenfurt, Österreich

2 FH Kärnten, Gesundheitsmanagement, Feldkirchen in Kärnten, Österreich

1. Einleitung und Problemdefinition

1.1. Der Bedarf an Wissensbeständen rund um die Themen Disability und Diversity

Das Erleben von Respektlosigkeit, mangelnder Sensibilität und Abwertung kann bei Menschen mit Behinderungen dazu führen, dass sich negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem kumulieren, sie keine professionelle medizinische Betreuung mehr aufsuchen und sich schließlich auf Selbstdiagnose und -behandlung verlassen (müssen). Ärzt*innen hingegen fehlen oft Sachverstand und Fertigkeiten zu unterscheiden, ob ein Behandlungsbedarf durch die Behinderung oder durch andere Erkrankungen entsteht. Ein begrenztes Wissen über Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen schadet der Qualität des Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnisses und der medizinischen Behandlung. Oftmals sind es auch Verständigungsprobleme mit den Betroffenen, die eine umfassende Diagnostik verhindern und zu Verzögerungen in der Therapie führen. Damit einher geht eine unsichere Betreuung auf beiden Seiten, was schließlich zu Ungleichheiten und Ausschlüssen in der medizinischen Behandlung führt [32]?. Eine Aufnahme von Wissensbeständen aus den Disability und Diversity Studies in die medizinische Aus- und Weiterbildung ist daher dringend angezeigt [7], [12].

Die Disability und Diversity Studies sind Forschungsrichtungen, die sich mit gesellschaftlichen Ein- und Ausschlussprozessen befassen. Im Zentrum steht die Frage, welche Kategorien und Dimensionen von Vielfalt aktuell zu Ungleichheiten und Benachteiligungen führen, welche Erfahrungen seitens Betroffener damit einhergehen und welche Bedarfe von ihnen es somit sichtbar zu machen gilt. Dieser Beitrag konzentriert sich einerseits auf die Erläuterung, wie die DDS als wissenschaftliche Disziplinen arbeiten und was ihre grundlegenden professionellen Ausrichtungen sind. Andererseits soll der Bogen zu einer diversitätssensiblen Aus- und Weiterbildung gespannt werden, die auf verschiedene Disziplinen und Professionen übertragbar ist, hier aber auf die Medizin fokussiert. Es wird folglich über Ausführungen zur Grundausrichtung der DDS ersichtlich, welchen Beitrag diese avantgardistischen Studien zu einer diversitätssensiblen medizinischen Aus- und Weiterbildung zu leisten imstande sind und welche Elemente in das Studium der Medizin aufgenommen werden sollten, um die Auseinandersetzung mit den Themen Disability und Diversity zu fördern und betroffenen Patient*innen gerecht zu werden.

1.2. Entwicklung und Grundausrichtung der Disability and Diversity Studies

Die *Disability Studies* als interdisziplinäre Forschungsrichtung haben ihren Ursprung in den US-amerikanischen und britischen Behindertenbewegungen der 1980er Jahre. Ziel der Behindertenbewegungen war die Abkehr vom medizinischen hin zum sozialen Modell von Behinde-

rung. Im Gegensatz zum ersten, das angewandte Wissenschaften dazu nutzten, die individuelle Situation von Menschen auf deren körperliche „Krankheit“ oder „Behinderung“ zu reduzieren, rücken im sozialen Modell die gesellschaftlichen Benachteiligungen und Barrieren in den Fokus. Die Behindertenbewegungen wollten aufzeigen, dass die „Defekte“ weniger individuell bestimmt sind, sondern Menschen zugleich durch gesellschaftliche Konstellationen „behindert“ und als „Behinderte“ definiert werden. Die Kritik gilt einer rein medizinisch begründeten Abweichung von einer vordefinierten Norm und der daraus abgeleiteten Therapeutisierung der Betroffenen. Aus dieser kritischen Sicht ist Behinderung eine soziale Konstruktion und als solche in die wissenschaftlichen Auseinandersetzungen aufzunehmen. Darüber hinaus spielen kulturelle Zusammenhänge eine Rolle, d.h. es wird beleuchtet, wie Behinderung aktuell definiert wird und im historischen Verlauf gedeutet wurde [21], [31].

Analog der Grundgedanken der Disability Studies generiert der Studiengang DDS Ideen, um Betreuungsformen, die in abgesonderten Einrichtungen ihren Platz fanden, durch selbstbestimmt ausgewählte Modelle abzulösen. Die Betroffenen selbst definieren ihren Bedarf an Unterstützung und fragen eigenaktiv Assistenz an. Die vormaligen stigmatisierenden Logiken von „Diagnostik“ und „Behandlung“ werden abgetragen und in inklusive gemeindenahere Settings modifiziert (Deinstitutionalisierung und Community Care Ansätze). Die DDS folgen damit der UN-Behindertenrechtskonvention und weiteren zentralen Menschenrechtsdokumenten. An die Stelle von Interventionsorientierung, die in der Sozialen Arbeit vielfach noch bestimmend ist, tritt Selbstbetroffenenkontrolliertheit. Nach Udo Sierck ist diesbezüglich noch einiges zu tun, da nicht nur die Unterstützungsformen und Institutionen neu aufgesetzt werden müssten, sondern auch die über Jahrhunderte hinweg gewachsenen gesellschaftlichen Denkschemata, die den Betroffenen – auch heute noch – den Subjektstatus absprächen und sie in die Opferrolle drängten [28]. Indem Diversitätskategorien als gesellschaftlich produziert gefasst werden, können die mit diesen Zuschreibungen verbundenen Zuteilungen von Chancen und Hemmnissen, neu arrangiert und bisher geschlossene „Inklusionsfenster“ für möglichst alle Bürger*innen geöffnet werden.

Die *Diversity Studies* gehen auf die US-amerikanische Bürgerrechtsbewegung zurück, in der Minderheitengruppen für ihre Rechte kämpften. Ziel war es, Vielfalt in der Gesellschaft anzuerkennen und Diskriminierungen entgegenzutreten. Besonders für das Diversity Management sind Antidiskriminierungsgesetzgebungen als Quelle und Antrieb zu verstehen. Zunächst waren es die Kategorien Ethnizität, Geschlecht und Alter, die im Zentrum der Bürgerrechtsbewegungen und der Diversity Studies standen. In den letzten Jahrzehnten kommt es zu einer konzeptionellen Ausdifferenzierung von Diversity-Dimensionen (Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, körperliche Beeinträchtigungen/Behinderung soziale und kulturelle Herkunft, ländlicher und städtischer Raum, sozialer Status etc.). Unterschiedlichste Forschungsrichtungen

befassen sich mit Diversität, so dass diese Studies zu einem integrierenden Forschungsprogramm geworden sind, an dem viele Richtungen, wie bspw. die Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Kultur- und Geisteswissenschaften, „mitarbeiten“.

Diversitätskategorien sind nicht per se problematisch, denn sie ermöglichen es, sich in der Welt zu orientieren und Phänomene zu klassifizieren. „Unser Wissen über die Welt [wird, S.D.] angeeignet und verinnerlicht [...] und [steht, S.D.] uns als stabiles Alltagswissen und Handlungsorientierung zur Verfügung. Gesellschaftliches Wissen wird durch Sprache, Alltagskommunikation und institutionalisierte Sprachregelungen naturalisiert und erscheint uns als objektiv gegeben“ [4]. Ordnungskategorien funktionieren zumeist binär und als sozialer „Platzanweiser“, so dass wir Ein- und Ausschluss, Zugehörigkeit und Nicht-Zugehörigkeit darüber strukturieren (ebd.).

Diversitätskategorien transportieren festgefügte Vorstellungen, etwa über „die Behinderten“, „die Jungen“, „die Homosexuellen“. „Dies kann die Aufrechterhaltung einer unhinterfragten Norm, die sich von den „Anderen“ abgrenzt, genauso fördern wie die Fortschreibung von Stereotypen und Vorurteilen über Gruppen“ [18]. Nach Roswitha Hofmann benennen die derzeitigen Diversitätskategorien zumeist Minoritäten, während die Majorität, die diese Differenz setze, unmarkiert bliebe. „So werden mit der Kategorie „Alter“ häufig nur „ältere“ Personen adressiert, nicht jedoch „jüngere“ und mit der Kategorie „sexuelle Orientierung“ zumeist nur homosexuelle Menschen in Verbindung gebracht und nicht heterosexuelle, obwohl beide über ein „Alter“ bzw. über eine „sexuelle Orientierung“ verfügen“. [...] Kategorisierungen fördern zudem das Denken in Oppositionen („wir“ und die „anderen“) (ebd.: 32). Indem damit die Möglichkeit eindeutiger Zuordnung und die Homogenität von Gruppen suggeriert wird, verwischen sich Differenzen von und zwischen Menschen. „Die Konzentration auf eine Kategorie unter Ausblendung oder Vernachlässigung anderer Kategorien [kann, S.D.] zu Ausschlüssen und Blindheiten“ führen [8]. Auch nach Verena Eickhoff und Lars Schmidt ist daher „eine intersektionale Analyse von Differenzen und Ungleichheitsverhältnissen zu favorisieren und Kategorien [sind, S.D.] als interdependent zu denken“ (ebd.: 203)¹. Der Begriff „Diversität“ markiert einerseits Vielfalt, andererseits gerät er in den Kontrast zur Unbestimmbarkeit des Menschen, wenn festgefügte Vorstellungen mit ihm adressiert werden. Roswitha Hofmann bemerkt, dass der Begriff „Diversität“ „selbst nie abschließend bestimmbar“ ist [18]. Darauf hatte auch Jacques Derrida mit seinem Ersetzen des „e“ durch ein „a“ im Begriff der „différance“ aufmerksam gemacht. Das Ersetzen bleibt unhörbar [6]. Der Begriff „Différance“ will die Arbeit für die Vielfalt offenhalten und die Logik der Negierung des Heterogenen durchbrechen [6], [9]. Jede Verwendung des Begriffs „Diversität“ muss sich – folgt man Derrida heute – bewusst sein, etwas am Anderen zu kategorisieren, das nicht benennbar ist. Verkürzende Begriffsverwendungen von „Diversität“ werden im Studium der DDS mit menschenrechtlichen und kontextsensiblen konfrontiert.

2. Projektbeschreibung: Der Studiengang DDS und Inspirationen für die Medizin

Im Folgenden wird zunächst der Studiengang DDS einschließlich seines curricularen Aufbaus vorgestellt, um im nächsten Schritt aus seinem inhaltlichen Zuschnitt Inspirationen zu gewinnen und Kompetenzen abzuleiten, die im Rahmen der medizinischen Aus- und Weiterbildung eine Rolle spielen könnten. Ein multidisziplinärer Zugang wird in den gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Studiengängen der FH Kärnten immer wichtiger, um auf sich ändernde Arbeitskulturen und Lebenswelten reagieren zu können. Auch das gemeinsame Studieren verschiedener Studiengänge wird relevanter, da das spätere Arbeiten sich oftmals in heterogenen Teams vollzieht². Dies verweist auf den dringender werdenden Bedarf, fächer- und berufsgruppenübergreifende Lehr- und Lernformen zu implementieren, denn ein gesundheitliches Problem hat zumeist auch eine soziale Dimension, wie etwa soziale Isolation.

2.1. Der Studiengang DDS

Gesellschaftliche Exklusion und Marginalisierung wandeln sich aufgrund sich ändernder Arbeitskulturen, verstärkter Migrationsbewegungen, der aktivierenden Sozialpolitik, neoliberaler Wirtschaftspraktiken, des demographischen Wandels etc., so dass auch die geforderte Wissenschaftlichkeit und Professionalität der DDS stets auf diesen Wandel reagieren müssen. Das Spektrum an Aufgaben- und Handlungsfeldern der DDS wird breiter, vor allem durch die Notwendigkeit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in allen gesellschaftlichen Bereichen. Bei den DDS handelt sich um einen Studiengang, der sich am Puls der gegenwärtigen Welt, die – so Gerhard Gamm – von keinem Willen mehr zusammengehalten wird [13], ansiedelt. In dieser „surrealen Welt“ gibt es nicht mehr die eine und richtige Realität, sondern ihre widerstreitenden Deutungen [13].

Die DDS sitzen inmitten dieser Ambivalenz. Einerseits sind sie Seismograph der gegenwärtigen Welt und fassen ihre Surrealitäten – sozialphilosophisch gesagt – in Gedanken [16]³. Andererseits weisen sie als Fachhochschulstudiengang über diese analytische Ebene hinaus und schlagen – unter Beteiligung der Betroffenen – geeignete „Lösungen“ für die Praxis vor. Assistenz-Modelle, die Betroffenen ein selbstbestimmtes und je nach Bedarf unterstütztes Leben ermöglichen, stehen im Zentrum. Ein weiteres Handlungsfeld, das von den DDS berührt wird, ist die medizinische Aus- und Weiterbildung und medizinische Praxis im Generellen. Wenn Menschen interagieren, kommt es zu Hierarchie- und Machtgefügen, die Ungleichheiten und Ausschlüsse bewirken. In allen Kontexten – auch zwischen Ärzt*innen und Patient*innen – spielt dementsprechend der gelingende Umgang mit Disability und Diversity und stets die Qualität der Begegnung mit dem Anderen eine ausgezeichnete Rolle.

Der Studiengang DDS ist in den Jahren 2012 und 2013 als Bachelorstudiengang an der Fachhochschule Kärnten im Studienbereich Gesundheit und Soziales eingerichtet worden, weil erkannt wurde, dass die Themen Disability und Diversity zukunftsweisend sind (siehe Abbildung 1). Als berufsbegleitender Studiengang ermöglichen die DDS es, den Studierenden, Beruf, Freizeit, Familie und andere Lebensbereiche zu kombinieren. Während des Semesters (15 Wochen) gibt es zweimal im Monat Präsenzzeiten (freitags, samstags und montags) sowie eine Blockwoche pro Semester (Montag bis Samstag). Der Studiengang umfasst sechs Semester mit je 30 ECTS. Die berufs- und familienfreundlichen Präsenzzeiten werden durch Elemente der Online-Lehre und des Selbststudiums ergänzt, in denen Eigen-, Projekt- und Gruppenarbeiten durchgeführt werden. Die Ergebnisse dieser Elemente fließen mittels diskursiver Bearbeitung in die Präsenzzeiten ein.

Das Studienfach ist besonders attraktiv für selbstbetroffene Studierende. So bewerben sich Studierende mit Behinderung, Migrationshintergrund, aus bildungsfernen Schichten und anderen Erfahrungen gesellschaftlicher Benachteiligung oder biographischer Krisen (wie z.B. Burnout). Die eigenen Erfahrungen von Exklusion können von den Studierenden in den Mittelpunkt ihrer wissenschaftlichen Auseinandersetzung und professionellen Weiterentwicklung gerückt werden. Die DDS gehen auf die heterogenen Bedürfnisse und Interessen der Studierenden ein, ohne hochschulische Anforderungen zu verändern. Im Sinne einer inklusiven Hochschule werden die Rahmenbedingungen des Studierens so gestaltet, dass die Anforderungen von möglichst allen erfüllbar sind: so ist z.B. ein Buddy-System eingerichtet (Studierende unterstützen sich wechselseitig im Erlernen des wissenschaftlichen Arbeitens) oder es besteht die Möglichkeit, das Studium in Teilzeit zu absolvieren.

Der Studiengang DDS passt seine Wissenschaftlichkeit und Professionalität stets den sich wandelnden Exklusions- und Marginalisierungsprozessen an, die bspw. aufgrund sich ändernder Arbeitskulturen oder Migrationsbewegungen entstehen. Die Anpassung erfolgt erstens über die Weiterentwicklung des Curriculums, aber auch in den einzelnen Lehrveranstaltungen wird dieser Wandel registriert und thematisch integriert. Diese Aufnahme erfolgt besonders im *Modul 1 „Disability and Diversity Studies“* und *Modul 2 „Interdisziplinarität der DDS“*. Die Studierenden machen sich in diesen Modulen mit den wissenschaftlichen Grundlagen der Disability Studies und Diversity Studies vertraut und befassen sich mit Bezugsdisziplinen, wie unter anderem Psychologie, Pädagogik, Philosophie, Soziologie, Medizin, Recht, Ökonomie. Die Vermittlung theoretischer Grundlagen wird mit praktischen Beispielen verzahnt, um einen Theorie-Praxis-Transfer zu gewährleisten.

Das Spektrum an Aufgaben- und Handlungsfeldern der DDS ist in den letzten Jahren sehr viel breiter geworden. Im *Modul 3 „Professionelle Entwicklung in den Handlungsfeldern der DDS“* reicht dies von den Bereichen Bildung und Arbeit, Kunst und Kultur, über Wirtschaft und Verwaltung, bis ins Management und Unternehmertum und vor

allem die Initiativen der Betroffenen-Selbstvertretung hinein. Dabei vermengen sich gesamtgesellschaftliche Entwicklungen aufgrund international verbindlicher ethischer Richtlinien und Interdependenzen zwischen gesellschaftlichen Subsystemen (Soziales, Wirtschaft, Medizin, Justiz etc.) zu komplexen Aufgabenbereichen, die vermehrt einen multidisziplinären Zugang erfordern. Dieser Praxisbezug wird in den beiden Praxisphasen vertieft und durch Reflexionsveranstaltungen begleitet. Das Modul 3 unterstützt die Studierenden darin, ihr professionelles Handeln dahingehend zu reflektieren, wie sie selbst dazu beitragen, Kategorien, die andere ein- und ausschließen, zu reproduzieren. Die „Kompetenzwerkstatt“ setzt hiermit im ersten Semester ein.

Soziale Berufe sind nicht frei davon, marginalisierende Zuschreibungen gegenüber Anderen fortzuschreiben, indem sie bspw. Spezialangebote für spezifische Zielgruppen (Straffällige, Drogensüchtige, Psychisch Kranke usw.) vorhalten und diese je nach Problemlage in unterschiedliche Hilfestränge separieren [2], [4]. Diese Zuschreibungen und die Intersektionalität von Diversitätskategorien werden – auch von sozialen Berufen – bisher nicht hinreichend in den Blick genommen. Die DDS, als sozialwissenschaftlicher Studiengang, erforschen die Wirkmächtigkeit von Kategorien und unterbelichtete Machtmechanismen, die Menschen in ihrer offenen Lebendigkeit und Vielfalt einschränken. Der Begriff Dekonstruktion steht nach Derrida dafür, den Versuch einer eindeutigen Einordnung zu hinterfragen [6], [9]. Diese Auseinandersetzung mit der eigenen achtenden oder missachtenden Haltung einem anderen Menschen gegenüber findet im Modul 3 statt, aber auch in den Modulen 4 und 5, in denen das Anfertigen wissenschaftlicher Arbeiten und die partizipative betroffenenkontrollierte Forschungsmethodik den Kern bilden.

Im *Modul 4 „Kommunikatives und Konzipierendes Handeln“* machen sich die Studierenden mit der multiprofessionellen und -disziplinären Ausrichtung der DDS vertraut und gewinnen einen Überblick über Modelle von Gesprächsführung, Kommunikation und Intervention. Dieses Modul befähigt die Studierenden, Modelle von Assistenz und Unterstützung auf Bedürfnisse von Einzelpersonen und Gruppen sensibel abzustimmen und diese unter Bedachtnahme auf den jeweiligen Sozialraum situationsgerecht einzusetzen.

Modul 6 „Language Diversity“ bietet den Studierenden drei Sprachen zur Wahl: Gebärdensprache, Italienisch, Slowenisch und bildet die geografische Lage des Studiengangs im Alpe-Adria-Raum ab. Das *Modul 7 „Independent Studies“* ermöglicht das sogenannte unabhängige Studieren. Es können verschiedene Veranstaltungen aus dem tertiären Bildungsbereich je nach Interesse besucht werden. Zudem bietet dieses Modul jedes Semester eine Ringvorlesung mit hochrangigen Wissenschaftler*innen sowie Praxisvertreter*innen an.

Der Studiengang DDS beteiligt sich am produktiven gesellschaftlichen Wandel rund um die Begriffe „Disability“ und „Diversität“. Es gilt, vielversprechenden neuen Ansätzen, wie Supported Employment, Betreubares Wohnen,

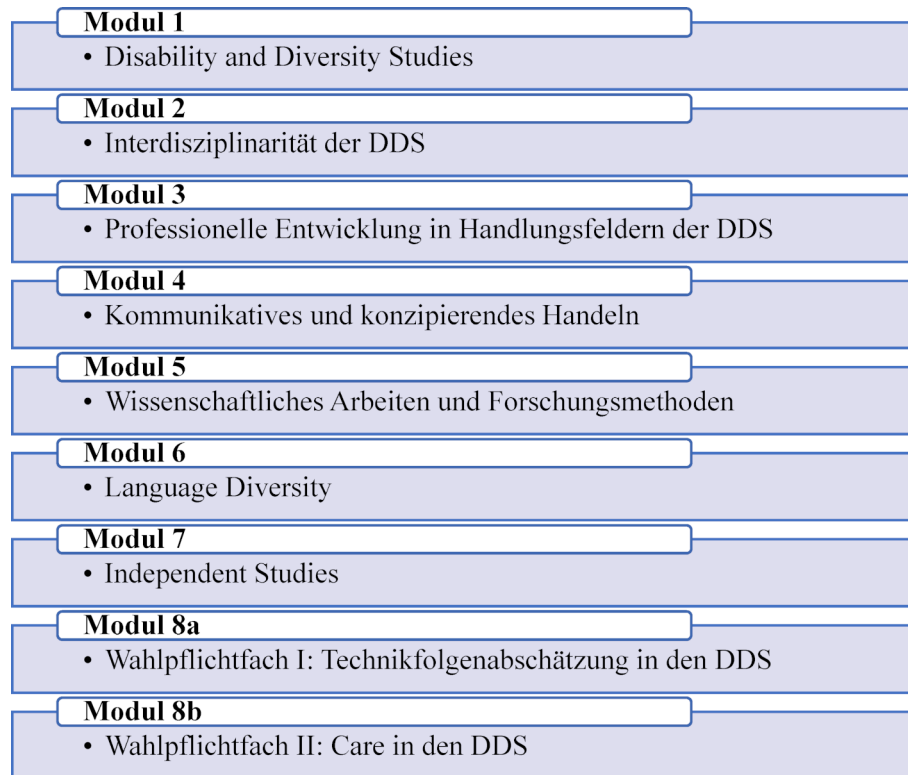


Abbildung 1: Modulstruktur des Bachelorstudiengangs Disability & Diversity Studies

Community Care, Persönliche Assistenz, Peer Counseling, Ex-In-Bewegung im Bereich der Psychiatrie zur Umsetzung zu verhelfen. Dazu wird auch auf internationale Diskurse und Entwicklungen Bezug genommen. Besonders das Modul 8a/b, in dem zwei Wahlpflichtfächer angeboten werden (Technikfolgenabschätzung in den DDS, Care in den DDS), trägt dieser Aktualität Rechnung, indem sowohl neue Unterstützungssettings (Care) als auch die umfassende Technisierung der Gesellschaft (Digitalisierung) im Mittelpunkt stehen. Hier kooperieren die DDS mit dem Studiengang Medizintechnik der FH Kärnten (insbes. mit dem Arbeitsbereich Active assisted Living).

2.2. Möglichkeiten und Vorschläge für die curriculare Integration in das Studium der Humanmedizin

Um die eingangs erwähnten Lücken in den Wissensbeständen von Ärzt*innen zu minimieren, ist eine universale Forderung nach der Vermittlung eines Sets von Fertigkeiten anhand der Beantwortung der folgenden drei Fragen zu stellen [19]:

- Warum ist Ausbildung von Ärzt*innen über die Betreuung von behinderten Menschen wichtig?
- Warum fehlt es bis heute an behinderungsbezogenem Training in der medizinischen Ausbildung?
- Wie kann die künftige Humanmedizinausbildung verbessert werden?

Um diese Fragen zu beantworten bzw. die notwendigen Voraussetzungen in den Studiengängen dafür zu schaffen,

ist es erforderlich, den angehenden Ärzt*innen in ihren Ausbildungen sechs Kernkompetenzen zu vermitteln [20]:

1. Auseinandersetzung mit Behinderungen stets im Kontext der menschlichen Vielfalt über die gesamte Lebensspanne und innerhalb des sozialen und kulturellen Umfelds.
2. Qualifizierungstrainings zur Bewertung von Behinderungen und funktionellen Folgen von Gesundheitszuständen unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Behandlungs- und Betreuungsprozesse.
3. Schulung in allgemeinen Grundsätzen zur Etikette beim Umgang mit Menschen mit Behinderungen.
4. Kennenlernen der Rolle anderer Angehöriger der Gesundheitsberufe, um den Aufbau von integrierten Teams zur Betreuung von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.
5. Verständnis der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Aufnahme von behinderten Personen in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie der universellen Prinzipien.
6. Kompetenzerwerb in patient*innenzentrierten Versorgungsansätzen, einschließlich des Verständnisses der Wahrnehmung der Lebensqualität von Patient*innen.

Von diesen zu fordernden Kernkompetenzen sind insbesondere die Patient*innenzentrierung (patient centeredness oder people-centered services) sowie die berufsgruppenübergreifende Versorgung hervorzuheben. So stellt auch die Alliance for Disability in Health Care Education die Forderung „Nichts über uns ohne uns!“ (nothing about us without us) über alles. Dieses Grundprinzip sollte für

die Ausbildung aller Gesundheitsberufe, also auch für die Gestaltung der medizinischen Curricula gelten. Die Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen sowohl in die Ausarbeitung der Lehrinhalte als auch in die Umsetzung von Lehrplänen für künftige Ärzt*innen kann helfen, den Kompetenzerwerb zur patient*innenzentrierten Versorgung von Menschen mit Behinderungen bei den Studierenden sicherzustellen. Hierfür hat die Allianz ganz aktuell sechs in den Curricula zu verankernde Kompetenzfelder ausgearbeitet:

1. Kontextuelle und konzeptionelle Rahmenbedingungen für Behinderungen
2. Professionalität und patient*innenzentrierte Betreuung
3. Rechtliche Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten für die Betreuung von Patient*innen mit Behinderungen
4. Teams und systembasierte Praxis
5. Klinische Bewertung
6. Klinische Versorgung über die Lebensspanne und während Veränderungen.

Den Kompetenzfeldern wird jeweils eine Begründung sowie ein Lernergebnis vorangestellt und das Feld selbst in fünf bis zehn Unterpunkten konkret und anschaulich operationalisiert [1].

3. Disability und Diversity im Kontext humanmedizinischer Studiengänge [Ergebnisse und Perspektiven]

Die Kompetenzfelder machen deutlich, wie sehr die Themen Disability und Diversity für alle Berufe/ Professionen, die direkt mit Menschen arbeiten, von Relevanz sind. Für die Medizin gilt dies im besonderen Maße, da sie die physische und psychische Integrität eines Menschen tief berührt.

An den medizinischen Fakultäten sind bislang allenfalls einzelne Teile dieses komplexen Anforderungskatalogs umgesetzt bzw. in den Curricula entsprechend berücksichtigt. Seit etwa fünf Jahren erscheint jedoch eine wachsende Anzahl an Veröffentlichungen, die Einzelaspekte von Disability und Diversity aus der Perspektive der medizinischen Lehre vorstellen. Eine longitudinale Verankerung des Themenfelds Disability in den ersten beiden Studienjahren der Medizin beschreiben etwa Sarmiento et al. Das übergeordnete Ziel bestand darin, ein Curriculum zu entwickeln, in dem Medizinstudierende das Thema Disability in einer Art und Weise vermittelt wird, die sich auf die Bedenken, Perspektiven und Erfahrungen von Menschen mit Behinderungen stützt [27]. Eine Veröffentlichung befasst sich mit beiden Themen, indem sie die Lehre von Aspekten der Disability in einem kultursensiblen Kompetenzkontext beschreibt. Dabei soll der Kompetenzerwerb in einer „Kultur der Behinderung“ in den Bereichen Kommunikation, Patient*innen- sowie Angehörigen-

rigenvorstellungen zur Gesundheitsversorgung ablaufen. Folkloristische oder nichttraditionelle Behandlungsformen finden ebenso Berücksichtigung [26].

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in die Curricula medizinischer Studiengänge im deutschsprachigen Raum Überlegungen zu Verankerung von Disability und Diversity, wenn auch bei weitem nicht generell oder gar einheitlich, mittlerweile aber zumindest in einer ganzen Reihe von Ansätzen umgesetzt werden oder sich zumindest in Umsetzung befinden [17], [24]. Bis vor einigen Jahren geschah dies lediglich marginal in Form von Kursen zur Gesprächsführung, der Medizinischen Soziologie bzw. der Sozialmedizin und Public Health. Neben der Berücksichtigung von einzelnen Aspekten von Disability und Diversity in einzelnen Lernfächern laufen auch weitreichende Entwicklungen von medizinischen Curricula ab, in die bislang noch zumeist getrennt, insbesondere Aspekte hinsichtlich Geschlecht und kultureller Vielfalt oder aber Behinderung, einfließen [24], [25]. Hinsichtlich der oben gestellten Forderung nach umfassenden Kompetenzprofilen, die Diversity und Disability gleichermaßen beinhalten, und schon in den jeweiligen Ausbildungen aller Gesundheitsberufe berufsgruppenübergreifend stets patient*innenzentriert unter der Prämisse „nothing for us without us“ konzipiert sind, bedarf es noch weitreichender Entwicklungsarbeit. Diese sollte auch durch entsprechende Forschung inklusive der Sicherstellung von deren finanzieller und personeller Förderung flankiert werden.

Anmerkungen

¹ Der Studiengang DDS schließt sich den neueren Auseinandersetzungen der Diversity Studies an und weist damit auch über das Modell von Lee Gardenswartz und Anita Rowe (1994) hinaus.

² Geplant ist ein Projekt, in dem bspw. Studierende der Physiotherapie, Gesundheits- und Krankenpflege, DDS und Sozialen Arbeit gemeinsam studieren und Praxisphasen durchlaufen.

³ Georg Wilhelm Friedrich Hegel schreibt in seinen *Grundlinien der Philosophie des Rechts* (aus den Jahren 1832-1845): „Das was ist zu begreifen, ist die Aufgabe der Philosophie, denn das was ist, ist die Vernunft. [...] Hier ist die Rose, hier tanze“ (Hegel 1986, S. 26)

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Alliance for Disability in Health Care Education. Core Competencies on Disability for Health Care Education. Peapack, NJ: Alliance for Disability in Health Care Education; 2019. Zugänglich unter/available from: <http://www.adhce.org/>

2. Beck H. Wir diskriminieren nicht - wir studieren doch Soziale Arbeit. In: Bretländer B, Köttig M, Kunz T, editors. Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Perspektiven auf Inklusion. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2015. p.27-36.
3. Bendl R, Hanappi-Egger E, Hofmann R. Diversität und Diversitätsmanagement. Wiesbaden: UTB GmbH; 2012. p.11-21. DOI: 10.1007/978-3-642-25399-7_12
4. Bernstein J, Inowlocki L. Soziale Ungleichheit, Stereotype, Vorurteile, Diskriminierung. In: Bretländer B, Köttig M, Kunz T, editors. Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Perspektiven auf Inklusion. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2015. p.15-26.
5. Crenshaw KW. Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of colour. *Stanford Law Rev.* 1991;43:1241-1299. DOI: 10.2307/1229039
6. Derrida J. Die différance. In: Engelmann P, editor. Postmoderne und Dekonstruktion. Texte französischer Philosophen der Gegenwart. Stuttgart: Reclam; 1997. p.76-113.
7. Dogra N, Reitmanova S, Carter-Pokras O. Twelve tips for teaching diversity and embedding it in the medical curriculum. *Med Teach.* 2009;31(11):990-993. DOI: 10.3109/01421590902960326
8. Eickhoff V, Schmidt L. Herausforderungen hochschulischer Diversity-Politik. Für einen reflexiven, differenz- und ungleichheitssensiblen Umgang mit einem deuthungsoffenen Phänomen. In: Fereidooni K, Zoeli AP, editors. Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. Wiesbaden: Springer VS; 2016. p.199-228. DOI: 10.1007/978-3-658-14047-2_13
9. Engelmann P. Postmoderne und Dekonstruktion. Zwei Stichwörter zur zeitgenössischen Philosophie. Stuttgart: Reclam; 1997. p.5-32.
10. Fereidooni K, Zoeli AP. Managing Diversity. Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. Wiesbaden: Springer VS; 2016. p.9-15.
11. FH-Kärnten. Informationen zum Studiengang Disability and Diversity Studies. Feldkirchen, Klagenfurt, Spittal an der Drau, Villach: FH Kärnten; 2019. Zugänglich unter/available from: <https://www.fh-kaernten.at/unser-studienangebot/gesundheitssoziales/ueberblick/gesundheitssoziales/bachelor/disability-diversity-studies-dds/studium-dds/>
12. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
13. Gamm G. Verlegene Vernunft. Eine Philosophie der sozialen Welt. Paderborn: Verlag Wilhelm Fink; 2017. DOI: 10.30965/9783846761991
14. Gardenswartz L, Rowe A. Diverse Teams at Work. Capitalizing on the Power of Diversity. New York: McGraw-Hill Inc.; 1994.
15. Gebauer T, Trojanow I. Hilfe? Hilfe! Wege aus der globalen Krise. Frankfurt/M: Fischer Taschenbuch; 2018.
16. Hegel GWF [1832-45]. Grundlinien der Philosophie des Rechts. Werke Bd. 7. Frankfurt/M: Suhrkamp Werkausgabe; 1986.
17. Hochleitner M, Nachtschatt, U, Siller H. How do we get gender medicine into medical education? *Health Care Women Int.* 2013;34(1):3-13. DOI: 10.1080/07399332.2012.721419
18. Hofmann R. Gesellschaftstheoretische Grundlagen. Für einen reflexiven und inklusiven Umgang mit Diversitäten in Organisationen. In: Bendl R, Hanappi-Egger E, Hofmann R, editors. Diversität und Diversitätsmanagement. Wiesbaden: UTB GmbH; 2012. p.23-60.
19. Iezzoni LI, Long-Bellil LM. Training physicians about caring for persons with disabilities: "Nothing about us without us!" *Dis Health J.* 2012;5:136-139. DOI: 10.1016/j.dhjo.2012.03.003
20. Kirschner KL, Curry RH. Educating health care professionals to care for patients with disabilities. *JAMA.* 2009;302:1334-1335. DOI: 10.1001/jama.2009.1398
21. Köbsell S. Gendering Disability: Behinderung, Geschlecht und Körper. In: Jacob J, Köbsell S, Wollrad E, editors. Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: transcript Verlag; 2010. p.17-34.
22. Krell G, Riedmüller B, Sieben B, Vinz D. Diversity Studies als integrierende Forschungsrichtung. Frankfurt/M.: Fachportal Pädagogik; 2007. p.7-16.
23. Ludwig S, Oertelt-Prigione S, Kurmeyer C, Gross M, Grüters-Kieslich A, Regitz-Zagrosek V, Peters H. A Successful Strategy to Integrate Sex and Gender Medicine into a Newly Developed Medical Curriculum. *J Womens Health.* 2015;24(12):996-1005. DOI: 10.1089/jwh.2015.5249
24. Ludwig S, Roa Romer Y, Balz J, Petzold M. The use of quality assurance instruments and methods to integrate diversity aspects into health professions study programmes. *MedEdPublish.* 2018;7(1):53. DOI: 10.15694/mep.2018.0000053.1
25. Nachtschatt U, Steinböck S, Hochleitner M. The Integration of Gender Medicine in Medical Education at Austrian Universities - the Status Quo. *MedEdPublish.* 2018. DOI: 10.15694/mep.2018.0000013.1
26. Robey KL, Minihan PM, Long-Bellil LM, Earle Hahn J, Reiss JG, Eddy GE; Alliance for Disability in Health Care Education. Teaching health care students about disability within a cultural competency context. *Disabil Health J.* 2013;6(4):271-279. DOI: 10.1016/j.dhjo.2013.05.002
27. Sarmiento C, Miller SR, Chang E, Zazove P, Kumagai AK. From Impairment to Empowerment: A Longitudinal Medical School Curriculum on Disabilities. *Acad Med.* 2016;91(7):954-957. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000935
28. Sierck U. Selbstbestimmung statt Bevormundung. Anmerkungen zur Entstehung der Disability Studies. In: Rathgeb K, editor. Disability Studies. Kritische Perspektiven für die Arbeit am Sozialen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012. p.31-37. DOI: 10.1007/978-3-531-18972-7_3
29. Stuber M. Diversity: Das Potenzial-Prinzip. Ressourcen aktivieren - Zusammenarbeit gestalten. Köln: Luchterhand; 2008.
30. Vedder G. Die historische Entwicklung von Diversity Management in den USA und in Deutschland. In: Krell G, Wächter H, editors. Diversity Management. Impulse aus der Personalforschung. München: Hampp; 2006. p.1-23.
31. Waldschmidt A. Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? *Psychol Gesellschaftskr.* 2005;01:9-31.
32. World Health Organization, World Bank. World report on disability 2011. Geneva: World Health Organization; 2001. Zugänglich unter/available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>

Korrespondenzadresse:

Prof. (FH) Dr. Ralf Reiche, MPH, MME
FH Kärnten, Gesundheitsmanagement, Hauptplatz 12,
A-9560 Feldkirchen in Kärnten, Österreich, Tel.: +43 (0)5
90500-4116
r.reiche@fh-kaernten.at

Bitte zitieren als

Dungs S, Pichler C, Reiche R. Disability & Diversity Studies as a
professional basis for diversity-aware education and training in
medicine. *GMS J Med Educ.* 2020;37(2):Doc23.
DOI: 10.3205/zma001316, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013163

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001316.shtml>

Eingereicht: 31.01.2019

Überarbeitet: 03.10.2019

Angenommen: 13.02.2020

Veröffentlicht: 16.03.2020

Copyright

©2020 Dungs et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht
unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0
License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.