

Medizinanthropologie in der medizinischen Aus- und Weiterbildung

Erfahrungen aus Wien

RUTH KUTALEK

Getting doctors and medical students interested in social science in an era where scientism is triumphant is very difficult (...) it's a matter of doing missionary work. (Leon EISENBERG¹, persönliche Kommunikation 2006).

Einleitung²

Die meisten medizinischen Universitäten oder Fakultäten in den USA, Kanada oder Großbritannien haben sozialwissenschaftliche Inhalte in ihre Curricula in mehr oder weniger großem Umfang einbezogen. Oft werden diese Inhalte unter den Begriffen „medical humanities“, „behavioral sciences“ oder „social sciences basic to medicine“ subsumiert. Seit Jahrzehnten wird auch gefordert, die Medizinanthropologie in die reguläre Aus- und Weiterbildung von MedizinerInnen zu inkludieren (CARRESE & MARSHALL 2010). In den 1970er und 1980er Jahren hat es mehrere einflussreiche Publikationen zum Thema Anthropologie in der klinischen Praxis gegeben (u. a. KLEINMAN *et al.* 1978; CHRISMAN & MARETZKI 1982), und an einigen medizinischen Fakultäten und Universitäten werden seither medizinanthropologische Inhalte angeboten. Nach und nach ist es gelungen, Medizinanthropologie im Medizinstudium auch pflichtig zu verankern. An der Harvard University etwa gibt es seit 2006 Medizinanthropologie wahlpflichtig im regulären Studium, an der Medizinischen Universität Wien ist dies pflichtig seit 2001 der Fall (vgl. KUTALEK 2011). Seit kurzem wird MA auch an anderen Medizinischen Fakultäten in Österreich angeboten, so etwa an der Sigmund Freud Privatuniversität in Wien. Inhaltlich setzen sich diese Lehrveranstaltungen meist mit den Themen „diversity“, „culture in healthcare“ oder mit „cultural competency“ auseinander. Ein spezielles Anliegen der Medizinanthropologie war und ist es, den sozialen und kulturellen Kontext von Krankheit verschiedenen Medizinberufen verstehbar zu

machen sowie Stereotypisierungen und Generalisierungen und deren problematische Anwendungen aufzuzeigen und zu vermeiden.

Warum Medizinanthropologie im medizinischen Unterricht?

Abraham Flexner unterstrich in seinem 1910 erschienen berühmten Bericht *The Flexner Report* zur medizinischen Ausbildung in den USA und in Kanada die Wichtigkeit naturwissenschaftlicher Grundlagen für die Medizin. Dieses naturwissenschaftliche Denken sollte aber nicht die wichtigste oder sogar alleinige Grundlage für klinische Entscheidungen sein. Er kritisierte, dass in der US-amerikanischen medizinischen Ausbildung der Schwerpunkt zu sehr auf biologischen Aspekten liege und dass der kulturelle und philosophische Hintergrund schmächtig vernachlässigt würde (COOKE *et al.* 2006, FLEXNER 1940). Bis heute werden ÄrztInnen systematisch dazu sozialisiert, andere Wissensbereiche außerhalb der Naturwissenschaften gering zu schätzen. Ohne Sozialwissenschaften in der Medizin ist es aber schwer, die modernen Probleme der Gesundheitsversorgung zu meistern. MedizinerInnen sollten den breiteren Fokus der Sozialwissenschaften kennen, um etwa soziale Determinanten von Gesundheit zu erkennen und auch konstruktiv eingreifen zu können (SALES & SCHLAFF 2010).

In den 1960–70er Jahren erhob von allen Sozialwissenschaften vor allem die (Medizin-)Anthropologie den Anspruch, im medizinischen Unterricht als Korrektiv zu fungieren. So stellte etwa Montagu fest: „Anthropology [...] is the one science or congeries of sciences which can help humanize the teaching and practice of medicine“ (1963: 163). Und auch ROUSH *et al.* (1976: 120) sehen das ganz ähnlich: “[...] patient care might be rendered more humanely and with greater results through the influence of medical anthropology.”

Heute erkennt man immer mehr den Wert der Sozialwissenschaften für den medizinischen Unterricht. So skizzierte etwa der Dekan der Harvard Medical School im „Harvard Medical School Strategic Planning“:

Our hope is that by merging our strengths in both social science and biomedicine, HMS can engage members of both communities to make the bench researchers' discoveries more effective through the knowledge of health care delivery systems – in the United States and in the developing world – that the social scientists can provide (FLIER 2008: 10f).

Diese Einstellung spiegelt sich auch in den Qualifikationsprofilen für MedizinabsolventInnen etwa in den USA, Großbritannien, der Schweiz und auch Österreich, in denen soziale und kulturelle Kompetenzen gefordert werden (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 2007, BÜRGI *et al.* 2008, GENERAL MEDICAL COUNCIL 2018, MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN 2010). So formulierte der britische GENERAL MEDICAL COUNCIL (2018: 20, 16), dass AbsolventInnen der Medizin wichtige Bereiche der Sozialwissenschaften verstehen müssen.

Newly qualified doctors must recognise biomedical, psychological and social science principles of health and disease, and integrate and apply scholarly principles to the care of patients. (...) (...) (they must appreciate) the importance of the links between pathophysiological, psychological, spiritual, religious, social and cultural factors for each individual.

Im neuen Medizincurriculum Wien umfasst das Qualifikationsprofil der AbsolventInnen ebenfalls die Bereitschaft auf medizinisch relevante geschlechtsspezifische, soziale und kulturelle Unterschiede einzugehen. (MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN o. D.)

Und im Schweizer Lernzielkatalog für den medizinischen Unterricht wird festgehalten, dass die Ärztin/der Arzt neben den somatischen und psychologischen Aspekten auch den sozialen und kulturellen Hintergrund und die Krankheitserfahrung der Patientin/des Patienten berücksichtigen soll (BÜRGI *et al.* 2008). Man mag argumentieren, dass hier von Medizinanthropologie *expressis verbis* nicht die Rede ist, aber wer wäre besser geeignet, diese Ansprüche in einem medizinischen Kontext umzusetzen als die Medizinanthropologie?

Im Zusammenhang mit der Propagierung der Sozialwissenschaften im Medizinstudium wird die Vermittlung von „kultureller Kompetenz“ als zentral erkannt. Ärztinnen und Ärzte können nicht erwarten, dass sie nur PatientInnen behandeln, die ihren eigenen kulturellen Hintergrund teilen. Sie müssen daher fähig sein, auf ein sehr heterogenes Publikum adäquat einzugehen (FULLER 2002). Die Vermittlung von kultureller Kompetenz ist eine wichtige Strategie, um die Ärztin/Arzt-PatientIn-Beziehung zu verbessern und damit die Patientenzufriedenheit zu erhöhen, sie verbessert „health outcomes“, wirkt Stereotypisierungen und Diskriminierungen entgegen und reduziert damit Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung (BETANCOURT 2003). Ohne hier in Details gehen zu können, ist der Begriff „kulturelle Kompetenz“ aber nicht unumstritten (KLEINMAN & BENSON 2006). So kritisieren etwa LO & STACEY (2008: 741):

[...] the concept of culture remains unclear when applied to racially and ethnically diverse patients. On the one hand, culture becomes an overly deterministic force that awkwardly lumps members of a given racial and ethnic group together, irrespective of social context and variations within the group. On the other extreme, culture is viewed as largely idiosyncratic and subjective, making standardised cultural competency guidelines nearly impossible to implement.

In der medizinischen Literatur wird oft ein längst überholter Kulturbegriff verwendet, der sehr statisch ist, während man heute Kultur als dynamisch, prozessual und im historischen Kontext eingebettet versteht. Taylor drückt das treffend aus, wenn sie sagt: “[...] the literature on cultural competence can give one the slightly spooky sensation of having encountered the Ghost of Anthropology Past” (TAYLOR 2003: 556).

Oft wird in der Diskussion um kulturelle Kompetenz auch der wichtige Einfluss von sozialen Faktoren in der Gesundheitsversorgung diverser Bevölkerungen wenig oder gar nicht berücksichtigt. Kulturelle und soziale Kompetenz kann am ehesten gestärkt werden, indem etwa Einblicke in die Lebenswelt von MigrantInnen oder Minderheiten gegeben werden und indem die Probleme kontextualisiert werden (KNIPPER *et al.* 2010). Dabei geht es nicht darum, eine möglichst große Breite an unterschiedlichen Konzepten zu Krankheit und Gesundheit zu kennen, sondern darum

Sem	Block/Thema	Unterrichtsthema	Unterrichtsform	Kategorie	Studierende
2	Block 6: Der Mensch in Umwelt, Familie, Gesellschaft	Medizinanthropologie und globale Gesundheit	Vorlesung 2 Stunden	Pflichtfach	alle
5	Block 15: Sexualität, Reproduktion, Schwangerschaft und Geburt	Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) aus medizinanthropologischer Sicht	Vorlesung 1 Stunde	Pflichtfach	alle
8	22/23 Public Health	Ethnomedizin, Ethik und Interkulturalität	Vorlesung 2 Stunden	Pflichtfach	alle
8	22/23 Public Health	Ethnomedizinische Aspekte von Alter, Sterben und Tod	Kleingruppen von je 20 Studierenden, 2 Stunden	Pflichtfach	alle
8	24 Projektstudie (Spezielles Studienmodul SSM3) Vorbereitung zur Diplomarbeit	Frei wählbar; u. a. Globale Gesundheit, Migration, Anthropologische Aspekte von Infektionskrankheiten	Seminar 3 Wochen	Wahlfach	6-8
	Global health and humanitarian work	Medical anthropology and infectious diseases, gender and society, applied medical anthropology and NGO work	Vorlesungen, 6 Stunden	Freifach	30-40
	Was ist schon normal? Ansätze für eine moderne, personalisierte Medizin	Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, interkulturell betrachtet	Vorlesung, 3 Stunden	Freifach	20-30
	Leiden Männer anders? Mythen, Fakten, Erklärungsansätze zum Schmerzempfinden und -erleben von Frauen und Männern	Der Welten Schmerz – Medizinanthropologische Perspektiven zum Phänomen Schmerz	Vorlesung, 3 Stunden	Freifach	20-30

Abb. 1: Die Medizinanthropologie im Medizincurriculum Wien (aktualisiert nach KUTALEK 2011)

zu wissen, dass Unterschiede existieren und wie man darauf adäquat reagiert (SKLAR 2018).

Viele Inhalte, die in der Medizinanthropologie klassisch unterrichtet werden, finden über den Themenkomplex „global health“ oder „international health“ in Medizincurricula Eingang (KNIPPER *et al.* 2014, KUTALEK 2013) und sind Lehrplan-Verantwortlichen im medizinischen Kontext mitunter auch leichter vermittelbar. Der Schweizer Lernzielkatalog sieht beispielsweise vor, dass Studierende Kenntnisse in Fragen von „International Health“ aufweisen müssen, etwa das Wissen um internationale Gesundheitsprioritäten und Gesundheits-Determinanten, wie Armut, Hunger, Bevölkerungswachstum, Bildung, Einkommensunterschiede, Gender Unterschiede, Umwelt, Konflikte und Zugang zu medizinischen Ressourcen (BÜRGI *et al.* 2008).

Es geht nicht nur darum, das verstärkte Interesse der Studierenden an den Themenbereichen „globale Gesundheit“ und „Migration und Gesundheit“ aufzugreifen – was unzweifelhaft eine der Gründe ist, warum etwa viele amerikanische Universitäten ihr „Global Health“-Programm ausbauen – es geht auch darum, das „health for all“-Prinzip der WHO als ethische und moralische

Grundlage in den medizinischen Unterricht einzubringen (BOZORGMEHR *et al.* 2009). Die WHO fordert schon seit über 25 Jahren, dass sich Universitäten für benachteiligte Bevölkerungen im Gesundheitsbereich verstärkt engagieren. Dieses Engagement sollte in allen Bereichen stattfinden, in der Ausbildung, in der Forschung und im Service-Angebot.

Universities have unique potential to stimulate progress and transform societies, some of which is inherent in the talents and resources they possess, and some in their capacity to build productive partnerships with other forces in society. [...] universities can play a catalytic role in mobilizing energies to improve the cause of health of the disadvantaged. (BLUMENTHAL & BOELEN 2001: 4)

Medizinanthropologie im neuen Curriculum

Das neue Medizincurriculum in Wien wurde 2001 substanziell reformiert. Während es früher alleinstehende Fächer wie Anatomie, Physiologie oder Pharmakologie gab, wird heute in integrativen thematischen Modulen unterrichtet. Im ersten und zweiten Studienabschnitt gibt es Themen-

blöcke, die vor allem in Vorlesungen unterrichtet werden, und parallel dazu Praktika, Seminare oder Kleingruppen, in denen Bezüge zum klinischen Unterricht hergestellt sollen. Im dritten Studienabschnitt finden klinische Praktika statt. Parallel zu den Lehrveranstaltungen des 2. und 3. Abschnitts muss eine Diplomarbeit verfasst werden.

Medizinanthropologie wird im neuen Medizincurriculum in Wien vom zweiten bis zum achten Semester in Form von prüfungsrelevanten pflichtigen Vorlesungen und Kleingruppenseminaren unterrichtet sowie in Wahl- und Freifächern. (KUTALEK 2009: 20) (Abb. 1). Pflichtig sind das sieben Einzelstunden während des *gesamten* Studiums, in denen Studierende zumindest einen Eindruck davon bekommen, was Medizinanthropologie ist und welche Themen hier relevant sind. In den Wahl- und Freifächern wird vertiefend auf MA-Inhalte eingegangen. Gegen Ende des Studiums haben jedes Jahr etwa sechs bis acht Studierende die Möglichkeit, eine Diplomarbeit im Bereich der Medizinanthropologie zu verfassen. Inhaltlich wird hier vor allem auf die Themen globale Gesundheit, Medizinethik, Migration und Gesundheit sowie Alter-Sterben-Tod eingegangen. Im PhD Programm Public Health gibt es ebenfalls eine 2stündige Vorlesung zur MA, und seit einigen Jahren wird auch der fachübergreifende postgraduelle Master-Lehrgang „Transkulturelle Medizin und Diversität Care“ angeboten, in dem in den meisten Modulen medizinanthropologische Inhalte angeboten werden.

Während eines Medizinstudiums werden grundlegend drei Dinge vermittelt: *Haltungen*, *Wissen* und *Fähigkeiten/Fertigkeiten* (skills). Im Zusammenhang mit kultureller Kompetenz ist die Selbstreflexion ebenso wichtig wie das Wissen um den eigenen kulturellen Hintergrund sowie die Akzeptanz unterschiedlicher Werte und Vorstellungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit (BETANCOURT 2003). Während wir in den großen pflichtigen Vorlesungen den Studierenden vor allem medizinanthropologisches Wissen vermitteln, geht es in den pflichtigen Kleingruppen vor allem um Haltungen. Haltungen und Einstellungen zu ändern, ist aber, wie man nicht nur aus dem universitären Kontext weiß, überaus schwierig. Es wäre auch eine Illusion zu glauben, in wenigen Stunden Studierenden die Grundlagen der

Medizinanthropologie beizubringen. Durchaus möglich ist aber, bestimmte Problemfelder (etwa in globaler Gesundheit) zu beleuchten und eigene Standpunkte zu reflektieren (etwa zum Thema Medizinethik).

Die drei großen Pflichtvorlesungen umfassen ein bis zwei Stunden. An der Vorlesung nehmen, je nach Interesse, 200–300 Studierende teil, die Inhalte werden in Lernunterlagen bereitgestellt. In der Vorlesung „Medizinanthropologie und globale Gesundheit“ wird auf unterschiedliche Erklärungsmodelle von Krankheit eingegangen, medizinanthropologische Perspektiven von Infektionskrankheiten präsentiert sowie medizinanthropologische Ansätze in der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit (KUTALEK 2018). In der Vorlesung „Weibliche Genitalverstümmelung (FGM) aus medizinanthropologischer Sicht“ wird die Komplexität und der aktuelle Diskurs zum Thema FGM dargestellt (GREIFELD 2013). Der Begriff wird erläutert, verschiedene Formen von FGM und deren gesundheitliche Folgen werden erklärt, soziokulturelle Hintergründe, rechtliche und ethische Aspekte diskutiert.

Im Block „Public Health“ finden eine Vorlesung und Kleingruppen zu den Themen „Ethnomedizin, Ethik und Interkulturalität“ sowie „Ethnomedizinische Aspekte von Alter, Sterben und Tod“ statt. Hier erläutern wir inwiefern medizinethische Konzepte von Autonomie und Nicht-Schaden in der ärztlichen Kommunikation kulturell beeinflusst sein können, und wie etwa das Prinzip der Gleichheit global zu verorten ist. In den Kleingruppen diskutieren wir mit den Studierenden, wie sie mit PatientInnen unterschiedlichster Herkunft adäquat umgehen und kommunizieren, indem sie kulturelle und ethnische Unterschiede reflektieren, den eigenen kulturellen Hintergrund als solchen wahrnehmen und ihr Wissen in dementsprechendes Verhalten in der alltäglichen Arbeit umsetzen können.

Den Studierenden werden unterschiedliche Vorstellungen in Bezug auf Krankheit, Alter, Sterben und Tod vermittelt. Angelehnt an das Thema Organtransplantation wird beispielsweise diskutiert, welchen Einfluss Kultur oder Religion auf die Bereitschaft, Organe zu spenden, haben kann. Die Kleingruppen sind inhaltlich, didaktisch und organisatorisch sicherlich die größte Herausforderung, weil hier fast 600 Studierende in kleinen

Gruppen zu je 20 Personen unterrichtet werden müssen. Die Lehrenden sind sehr heterogen (MedizinanthropologInnen, MedizinerInnen, EthikerInnen) und müssen in ihrem Unterricht sehr flexibel auf unterschiedlichste Themen und Fragen eingehen können. Sie müssen bestimmte Themen abdecken, sind ansonsten in der Gestaltung der Kleingruppen aber sehr flexibel und können und sollen ihren eigenen Fachbereich miteinbeziehen.

Didaktisch ist es nicht einfach, den Studierenden, die diese Lehrveranstaltung ja absolvieren *müssen*, in zwei Stunden die Wichtigkeit dieses Themas für ihre spätere klinische Arbeit zu vermitteln. Zumal die Studierenden erst *nach* dem Block 22/23 wirklich in die klinische Praxis (Tertiale) eintauchen. Auch liegt natürlich jungen Menschen das Thema „Altern, Sterben und Tod“ nicht unbedingt nahe. Andererseits gibt es nur sehr vereinzelt Studierende, die absolut desinteressiert an unseren Themen sind. Vor allem am Anfang des neuen Curriculums gab es manchmal Gruppen, die schwierig zu handhaben waren und die nicht nur kein Interesse, sondern regelrecht Widerstand gegen diese Themen zeigten. Das hat sich mit der Zeit grundlegend verändert, weil die Gruppenzusammensetzung besser geregelt wurde und insgesamt sozial- und geisteswissenschaftliche Inhalte auch mehr unterrichtet werden (unter anderem Lehrveranstaltungen zum Thema Diversity), sodass unsere Themen heute weniger „exotisch“ sind. Sicherlich ist unsere Gruppe von jeweils 8–10 Lehrenden in den letzten Jahren im Unterricht auch deutlich routinierter geworden.

Ab dem 8. Semester müssen Studierende eine Diplomarbeit verfassen und jedes Jahr werden etwa 6–8 Studierende mit medizinanthropologischen Themen betreut. Ein Großteil der DiplomandInnen führt in Ländern des globalen Südens kleinere etwa 2- bis 3-monatige Forschungen durch, die meist über die internationalen Kontakte unserer Unit erfolgen. Studierende können sich aber auch selbst Forschungsplätze organisieren. Schwerpunktmäßig werden die Themen vernachlässigte (Infektions-)Krankheiten, Frauengesundheit oder der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen behandelt. In diesen Kontexten lernen Studierende nicht nur, sich mit anderen Vorstellungen von Krankheit auseinanderzusetzen, sie sehen auch alltäglich den Zusammenhang von Krankheit und Armut und was das Arbeiten unter

suboptimalen Bedingungen bedeutet. Ein weiterer Themenschwerpunkt liegt im Bereich Migration und Gesundheit. In allen diesen Projekten, im Ausland wie im Inland, wird vorrangig mit qualitativen Erhebungsverfahren gearbeitet.

Studierende können auf unterschiedlichen Ebenen von Auslandsaufenthalten profitieren: In Bezug auf medizinisches Wissen und Fertigkeiten, soziale und kulturelle Aspekte und auch in Hinsicht persönlicher Entwicklung. StudentInnen haben etwa in den USA berichtet, dass sie durch Aufenthalte in benachteiligten Ländern mehr praxisorientiert lernen, größeres Vertrauen in ihre Fähigkeiten bekommen, sensibler für die Verwendung von Ressourcen werden, sich weniger auf Technik verlassen und interkulturelle Kommunikation mehr schätzen (DRAIN *et al.* 2007). Internationale Erfahrungen erhöhen auch die kulturelle Kompetenz bei den Studierenden (GODKIN & SAVAGEAU 2001). Klinische Wahlfächer in Global Health haben zudem Einfluss auf die Karriere. AbsolventInnen, die während ihres Studiums klinisch im Ausland gearbeitet haben, arbeiten später eher im Public Health Bereich, in der Allgemeinmedizin oder mit MigrantInnen.

Herausforderungen

Ganz allgemein werden Kultur- und Sozialwissenschaften in der medizinischen Ausbildung oft als „soft sciences“ **wahrgenommen. Sie erhalten vergleichbar deutlich weniger Ressourcen oder Aufmerksamkeit als klinische Fächer, sie werden oft als nicht essenziell für ein Medizinstudium erachtet und sind weniger sichtbar.** Diese Marginalisierung ist ein Problem, das nahezu von allen WissenschaftlerInnen, die sich mit dem Kontext Sozialwissenschaften (oder Humanwissenschaften) und medizinischer Lehre beschäftigen, thematisiert wird. **“Many characterized medical humanities as an intellectual ‘underdog’ in the race for curriculum time and funding and attributed this tension to an emphasis in medical education on science and technology”** (KIDD & CONNOR 2008: 51). Die Herausforderung liegt unter anderem auch daran, dass die Änderung von medizinischen Lehrplänen praktisch überall auf massiven Widerstand trifft.

Inhaltlich und didaktisch stellt sich die Frage, wie man in einer extrem kurzen Zeit am bes-

ten medizinanthropologische Inhalte vermitteln kann. In ein bis zwei akademischen Stunden (in den großen Vorlesungen) komplexe Sachverhalte zu vermitteln, ist nicht möglich. Andererseits wollen wir auch nicht zu sehr vereinfachen. Man ist also gefordert, möglichst wenig anthropologischen oder sozialwissenschaftlichen Jargon zu verwenden und trotzdem korrekt zu bleiben. Der in der Klinik vorherrschende Standard der evidenzbasierten Medizin hat zudem auch andere methodische Zugänge als die Sozialwissenschaften, die eher eine Methodenvielfalt und pluralistische Herangehensweisen zulassen.

Während die Kleingruppen in der Regel prüfungsimmanent sind (d. h. es wird die Mitarbeit im Seminar benotet), werden die medizinanthropologischen Vorlesungen gemeinsam mit den klinischen Inhalten geprüft. Der Prüfungsmodus ist hier meist ein multiple-choice Format. Dieses Prüfungsformat ist für sozialwissenschaftliche Inhalte, in denen es um ein breites Verstehen geht, suboptimal (siehe etwa auch RUSSELL *et al.* 2004). Gar nicht zu prüfen ist auch keine Alternative, denn wenn ein Bereich nicht geprüft wird, ist er aus Sicht der Studierenden auch weniger wichtig. Ein Student hat etwa in einer e-mail die Frage gestellt, ob die Vorlesung nur *interessant* sei oder auch *geprüft* würde, und drückt damit sehr gut die Haltung vieler Studierender aus. Was am Ende eines Medizinstudiums zählt, sind schriftliche Prüfungen und Noten, und nicht Interesse oder Empathie einer/s Studierenden, die im Übrigen schwer überprüft werden können.

Das Lernen wird sehr wesentlich von Institutionen und der Lernumgebung beeinflusst. Wenn die Institutionen sozialwissenschaftliche Inhalte unterstützen, werden sie auch von den Studierenden mehr geschätzt und umgekehrt. Wenn für Studierende offensichtlich ist, dass ein Fächerbereich marginalisiert wird, ist es schwieriger, sie von der Wichtigkeit dieser Inhalte zu überzeugen (TERVALON 2003). Lernen findet oft außerhalb und sogar in Widerspruch zu formalen Unterrichtsaktivitäten statt. Beim sogenannten „heimlichen Lehrplan“ (hidden curriculum) handelt es sich um Wissen, Haltungen, Fähigkeiten oder Verhalten, die während eines Studiums gelernt werden, die aber nicht intendiert waren. Dies kann in zwischenmenschlichen Interaktionen vermittelt werden, etwa zwischen Studierenden und Lehren-

den, es kann in einer größeren Struktur oder der „Kultur“ einer medizinischen Einrichtung liegen oder auch im formalen Unterricht ungewollt gelehrt werden (TURBES *et al.* 2002).

Zugrunde liegende Werte einer institutionellen Kultur können eindeutige Signale ausschicken, etwa dass Lehre weniger wichtig ist als Forschung oder Haltungen weniger wichtig als konkretes Wissen und Fähigkeiten (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 2007). Institutionelle Faktoren können ein noch so engagiertes multikulturelles Curriculum konterkarieren, etwa wenn (klinisch) Lehrende gegenüber solchen Ideen Zynismus oder Skeptizismus artikulieren oder Personen in Leitungsfunktionen Widerstand erkennen lassen. Auch der Mangel an Zeit-, Personal- und Geld-Ressourcen in einem multi-kulturellen Curriculum kann zu einem „hidden curriculum“ beitragen (MURRAY-GARCIA & GARCIA 2008). Was unterrichtet wird und was Studierende in der Realität sehen, sind oft zwei Welten. Die AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (2007: 18) empfiehlt, vermehrtes Augenmerk auf die Lernumgebung zu legen, weil sie das vermittelt, was ein/e Arzt/Ärztin ist und tut.

Medical students and resident physicians learn both from formal course work and from their role models (teachers, supervisors and mentors). Often called the “hidden curriculum,” the informal lessons learned by physicians-in-training have a powerful influence on their attitudes, values and behaviors. [...] reform in the learning environment is key to bringing about change in the outcomes of medical education.

Im Prinzip muss nicht nur ein Curriculum geändert werden, es muss die ganze Lernumgebung geändert werden.

Ausblick

Wie gezeigt wurde, ist das Unterrichten eine Gratwanderung zwischen Idealem und Praktikablem. Einerseits müssen die Sozialwissenschaften ihre Existenz in der Medizin (noch) rechtfertigen, andererseits zeigt die neue Generation der Studierenden immer größeres Interesse an Themen wie Medizinanthropologie und Global Health. In Zukunft wird sich die Medizinanthropologie sicherlich verstärkt in der klinischen Ausbildung am Ende des Studiums engagieren müssen. Ein weite-

rer Bereich ist die fakultäre Weiterbildung, in der die Sozialwissenschaften im Rahmen der Personalentwicklung mehr engagiert sein sollten. Hier geschieht an der Medizinischen Universität Wien im Bereich Diversity schon einiges, aber es fehlen schlicht die Personalressourcen, um hier aktiver sein zu können.

Es gibt nur sehr wenige empirische Daten darüber, was Sozialwissenschaften im medizinischen Unterricht eigentlich bewirken (SALES & SCHLAFF 2010). Aber allein die Tatsache, dass Medizin und Gesundheit in sozialen Systemen verwurzelt sind, und dass viele Probleme in der medizinischen Praxis offensichtlich soziale Aspekte beinhalten, spricht eigentlich für die Wichtigkeit der Sozialwissenschaften und der Medizinanthropologie in der Medizin.

Danksagung

Ich möchte Dir, lieber Ekkehard, herzlichst zu deinem 75. Geburtstag gratulieren. Du hast mich bei meiner Habilitationsschrift ideell und konstruktiv sehr unterstützt und Dich insbesondere meines ersten Kapitels, in dem es um die geschichtliche Entwicklung der Ethnomedizin im deutschsprachigen Raum ging, sehr kritisch angenommen, wofür ich Dir sehr herzlich danke.

Anmerkung

1 Harvard University; Interview im Rahmen eines Fulbright Aufenthalts 2006; Leon Eisenberg verstarb am 15. September 2009.

2 Stark gekürzte und aktualisierte Version des Kapitels „Medizinanthropologie im medizinischen Unterricht – Inhalte, Didaktik und Herausforderungen“ (aus KUTALEK 2011).

Literatur

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). 2007. *Initiative to Transform Medical Education. Recommendations for Change in the System of Medical Education*. <https://afmc.ca/pdf/AMA-Initiative-to-Transform-Medical-Education.pdf> [25.10.2018].

BETANCOURT J.R. 2003. Cross-Cultural Medical Education: Conceptual Approaches and Frameworks for Evaluation. *Academic Medicine* 78, 6: 560–569.

BLUMENTHAL D. S. & BOELEN C (eds). 2001. *Universities and the Health of the Disadvantaged*. Geneva: WHO.

BOZORGMEHR K., LAST K., MÜLLER A. D. & SCHUBERT K. 2009. *Lehre am Puls der Zeit – Global Health in der Medizini-*

schen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 26, 2: Doc 20.

BÜRGI H., RINDLISBACHER B., BADER C. *et al.* 2008. *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*. Working group under a mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools. www.scolo.smifk.ch/scolo2008/ [25.10.2018].

CARRESE J. A. & MARSHALL P. A. 2000. Teaching Anthropology in the Medical Curriculum. *The American Journal of the Medical Sciences* 319, 5: 297–305.

CHRISMAN N. J. & MARETZKI T. W. 1982. Anthropology in Health Science Settings. In *IBID.* (eds). *Clinically Applied Anthropology. Anthropologists in Health Science Settings*. Dordrecht: Reidel: 1–31.

COOKE M., IRBY D. M., SULLIVAN W. & LUDMERER K. M. 2006. American Medical education 100 years after the Flexner Report. *New England Journal of Medicine* 355: 1339–1344.

DRAIN P. K., PRIMACK A., HUNT D., FAWZI W. *et al.* 2007. Global Health in Medical Education: A Call for More Training and Opportunities. *Academic Medicine* 82, 3: 226–230.

FLEXNER A. 1940. *I Remember: The Autobiography of Abraham Flexner*. New York: Simon and Schuster.

FLIER J. S. 2008. *Strategic Planning at Harvard Medical School*. http://hms.harvard.edu/~public/strategy/P1_in.pdf [9.3.2010].

FULLER K. 2002. Eradicating Essentialism from Cultural Competency Education. *Academic Medicine* 77, 3: 198–201.

GENERAL MEDICAL COUNCIL GMC. 2018. *Outcomes for Graduates*. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/dcl1326-outcomes-for-graduates-2018_pdf-75040796.pdf [25.10.2018].

GODKIN M.A. & SAVAGEAU J. A. 2001. The Effect of a Global Multiculturalism Track on Cultural Competence of Preclinical Medical Students. *Family Medicine* 33, 3: 178–186.

GREIFELD K. 2013. Beschneidung von Mädchen und Frauen. In GREIFELD K. (Hg). *Medizinethnologie. Eine Einführung*. Berlin: Reimer: 149–161.

KIDD M. G. & CONNOR J. T. H. 2008. Striving to do Good Things: Teaching Humanities in Canadian Medical Schools. *Journal of Medical Humanities* 29: 45–54.

KLEINMAN A. & BENSON P. 2006. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. *Plos Medicine* 3, 10: 1673–1676.

KLEINMAN A., EISENBERG L. & GOOD B. 1978. Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine* 88: 251–258.

KNIPPER M. & AKINCI A. 2005. Wahlfach Migrantenmedizin – Interdisziplinäre Aspekte der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund: Das erste reguläre Lehrangebot zum Thema Medizin und ethnischkulturelle Vielfalt in Deutschland. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 22, 4: Doc 215.

KNIPPER M., AKINCI S. & SOYDAN N. 2010. Culture and Healthcare in Medical Education: Migrant's Health and Beyond. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 27, 3: Doc 41.

KNIPPER M., BAUMANN A., HOFSTETTER C., KORTE R. & KRAWINKEL M. 2015. Internationalizing Medical Education: The Special Track Curriculum “Global Health” at Justus Liebig

- University Giessen. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 32, 5: Doc 57.
- KUTALEK R. 2009. Medical Anthropology in Medical Education—a Challenge. In KUTALEK R. & PRINZ A. (eds). *Essays in Medical Anthropology: The Austrian Ethnomedical Society*. Wien, Münster: LIT: 17–28.
- 2011. *Medizinanthropologie am Schnittpunkt: Interdisziplinarität zwischen Anthropologie und Medizin*. Habilitationsschrift, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien.
- 2013. Krankheit und Gesundheit in Afrika. Aspekte an der Schnittstelle von Anthropologie und Medizin. In GREIFELD K. (Hg). *Medizinethnologie. Eine Einführung*. Berlin: Reimer: 101–129.
- 2018. Medizinanthropologie und globale Gesundheit. In KUNZE U. & WITTMANN K. (Hg). *Der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft*. Wien: Facultas Verlag: 292–299.
- LAMBERT H. & MCKEVITT C. 2002. Anthropology in Health Research. *British Medical Journal* 325: 210–213.
- LO M. M. & STACEY C. L. 2008. Beyond Cultural Competency: Bourdieu, Patients and Clinical Encounters. *Sociology of Health and Illness* 30, 5: 741–755.
- MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN MUW. o. D. *Studienziel und Qualifikationsprofil des Diplomstudiums Humanmedizin*. <https://www.meduniwien.ac.at/web/studium-weiterbildung/das-diplomstudium-humanmedizin/studienziel-qualifikationsprofil/>
- MONTAGU A. 1963. Anthropology and Medical Education. *Journal of the American Medical Association* 183, 7: 577–583.
- MURRAY-GARCIA J. L. & GARCIA J. A. 2008. The Institutional Context of Multicultural Education: What is Your Institutional Curriculum? *Academic Medicine* 83: 646–652.
- ROUSH R. E., KOTHMANN D. & SCHREIBER J. M. 1976. Medical Anthropology in the Curriculum: A Revisit to the Subject. *Journal of Medical Education* 51: 119–124.
- RUSSELL A., VAN TEIJLINGEN E., LAMBERT H. & STACY R. 2004. Social and Behavioural Science Education in UK Medical Schools: Current Practice and Future Directions. *Medical Education* 38: 409–417.
- SALES C. S. & SCHLAFFA A. L. 2010. Reforming Medical Education: A Review and Synthesis of Five Critiques of Medical Practice. *Social Science and Medicine* 70: 1665–1668.
- SKLAR D. P. 2018. Cultural Competence: Glimpsing the World through our Patients' Eyes as we guide their Care. *Academic Medicine* 93, 9: 1259–1262.
- TAYLOR J. S. 2003. Confronting “Culture” in Medicine’s “Culture of no Culture.” *Academic Medicine* 78: 555–559.
- TERVALON M. 2003. Components of Culture in Health for Medical Student’s Education. *Academic Medicine* 78, 6: 570–576.
- TURBES S., KREBS E. & AXTELL S. 2002. The Hidden Curriculum in Multicultural Medical Education: The Role of Case Examples. *Academic Medicine* 77, 3: 209–216.