

Zur Lehre und Ausbildungssituation im Fach medizinische Soziologie: Evaluation eines Pflichtkurses für Medizinstudierende in Gießen

Rockenbauch, Beate; Klein, Martina; Mbida, Michel

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rockenbauch, B., Klein, M., & Mbida, M. (1996). Zur Lehre und Ausbildungssituation im Fach medizinische Soziologie: Evaluation eines Pflichtkurses für Medizinstudierende in Gießen. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 19(1), 50-62. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36152>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Zur Lehre und Ausbildungssituation im Fach medizinische Soziologie

Evaluation eines Pflichtkurses für Medizinstudierende in Gießen

Beate Rockenbauch, Martina Klein, Michel Mbida

1 Einleitung

Die medizinische Soziologie möchte die Erkenntnisse der Soziologie für die Medizin fruchtbar machen. Was bedeutet dies? Die medizinische Soziologie ist keine Medizin (wie etwa die Sozialmedizin, welche gesellschaftliche Bedingungen, die für ihre Patienten medizinisch relevant sind, klinisch einbezieht), sondern ein theoretisches Fach (was nicht bedeuten soll, man könne oder solle nicht versuchen, praktische Umsetzungen ebenfalls anzuviesieren).

In der Literatur wird immer wieder diskutiert, ob die medizinische Soziologie eine Soziologie der Medizin oder eine Soziologie in der Medizin darstellen sollte (Straus 1957). Freidson (1970) könnte man als Vertreter des ersteren Standpunktes benennen, da er kritisch die Profession der Ärzteschaft analysiert. Dieses Vorgehen ist einerseits unabdingbar, wenn Erkenntnisse geschaffen werden sollen, welche Veränderungen einfordern. Ob dieses Vorgehen allerdings pragmatisch ist, bleibt zu überlegen. Gerhardt (1991) steht dem anderen Standpunkt nahe, indem sie betont, daß nur in Zusammenarbeit mit dem im medizinischen Bereich Tätigen überhaupt Veränderungen anvisierbar sind. Von Ferber (1975) schließlich spricht von einer Soziologie für Mediziner. Wichtig ist in allen Konzeptionen der Standpunkt, daß sozialwissenschaftliche Methoden und Ergebnisse in der Auseinandersetzung mit der Medizin benutzt werden und somit Praxisnähe haben sollten.

Auffallend ist, welchen hohen theoretischen Stellenwert die im medizinischen Bereich forschenden Soziologen in der Entwicklung von Theorien für die allgemeine Soziologie einnehmen: Man denke nur an Arbeiten berühmter (Medizin-)Soziologen wie Parsons (1951), Garfinkel (1967), wenn man die Arbeiten zur Transsexualität zu diesem Bereich mitzuzählen bereit ist, Goffman (1973), Cicourel (1983), Glaser und Strauss (1967) oder Maschewsky-Schneider (1986). Diese haben sowohl theoretisch als auch methodisch die allgemeine Soziologie wesentlich bereichert. Sogar Durkheims Buch über die soziale Bedingtheit von Selbstmord (1973) könnte man als ersten Versuch über medizinische Soziologie anführen.

1.1 Ausbildungssituation

Diese theoretischen Erkenntnisse können für die Lehre angewandt werden. Die Ausbildung von Studierenden im Fach medizinische Soziologie erreicht verschiedene Gruppen:

Einerseits ist das Fach medizinische Soziologie (im Verbund mit medizinischer Psychologie) als Prüfungsfach in der Approbationsordnung für Ärzte festgeschrieben. Die Medizinstudierenden müssen im vorklinischen Studienabschnitt einen Pflichtkurs in medizinischer Psychologie/medizinischer Soziologie absolvieren und werden in ihrer ärztlichen Vorprüfung (früher *Physicum* genannt), nach dem theoretischen Teil ihres Studiums, schriftlich über bestimmte Inhalte geprüft, welche das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen im sogenannten Gegenstandskatalog festlegt. Mündlich wird nur ein Teil der Studierenden im Fach medizinische Soziologie geprüft. Es gibt verschiedene Reformvorschläge für das Medizinstudium, die die Ausrichtung der Medizin am Naturwissenschaftsbegriff kritisieren und - im Sinne einer ganzheitlichen Medizin - die stärkere Einbeziehung psychologischer und soziologischer Erkenntniskonzepte fordern (Robert-Bosch-Stiftung 1989). Auch studentische Initiativen zielen in diese Richtung (Göbel/Remstedt 1993).

Die andere Klientel der medizinischen Soziologie sind Studierende der Soziologie und anderer Sozialwissenschaften, welchen medizinische Soziologie als sogenannte Bindestrich-Soziologie oder spezielle Soziologie gelehrt wird. Diese soll sich durch ein stärkeres praktisches Anwendungspotential auszeichnen.

Nicht unerwähnt bleiben soll eine Gießener Besonderheit: die Ausbildung von Studierenden der Pädagogik oder Sozialwissenschaft, die sich für das Nebenfach oder Studienelement "Psychosoziale Medizin" entscheiden können. In diesem Rahmen legt die Prüfungsordnung fest, daß Studierende der Sozialwissenschaft die medizinische Soziologie vor allem im Hauptstudium besuchen sollen, Studierende der Pädagogik diese aber im Grundstudium zu absolvieren haben.

Die Nebenfachausbildung in medizinischer Soziologie könnte in Zukunft verstärkte Bedeutung bekommen, wenn etwa nicht nur Ärzte, sondern auch Sozialwissenschaftler Weiterbildungen in Public-Health-Studiengängen anstreben. Für die Public Health bilden die Inhalte der medizinischen Soziologie die Grundlage. Auch wäre zu überlegen, ob in Zukunft nicht für weitere Bereiche, wie etwa in der Erwachsenenbildung, bei Weiterbildungen für Ernährungsberater oder für Pflegeberufe etwa, das Potential der medizinischen Soziologie verstärkt genutzt werden sollte.

In Gießen organisiert die Abteilung Medizinische Soziologie darüber hinaus, wie auch in vielen anderen Universitäten, einen anderen Pflichtkurs für Medizinstudierende im vorklinischen Studienabschnitt, die Berufsfelderkundung, die allerdings nicht als Fach

in der ärztlichen Vorprüfung abgefragt wird. Als Leistungsnachweis gilt die regelmäßige Teilnahme und eine schriftliche Arbeit.

Sie wurde aus zwei Gründen initiiert: Der schwieriger werdende Arbeitsmarkt für Ärzte sollte aufgefangen werden, indem den Studierenden Berufsalternativen aufgezeigt werden. Diese Dienstleistung ist in der Soziologie noch relativ selten sie wird etwa in Heidelberg angeboten.

Auch sollte mit der Einführung der Berufsfelderkundung die reine Theorielastigkeit der vorklinischen Fächer aufgebrochen und ein Praxisaspekt eingeführt werden, der in Gießen durch eine eintägige Hospitation in einem nicht-traditionellen ärztlichen Tätigkeitsfeld verwirklicht wird, z. B. im Gesundheitsamt, im betriebs- oder arbeitsmedizinischen Bereich, in der pharmazeutischen Industrie, in sozialen Beratungsstellen etc., wo die Studierenden dort beschäftigte Ärzte in ihren alltäglichen Arbeitsabläufen, möglichst in Interaktion mit Klienten, beobachten können. Die Tätigkeit von niedergelassenem Arzt bzw. in der Klinik werden Medizinstudierende in ihren Famulaturen, d. h. Praktika, im weiteren Studium sowieso kennenlernen. Die Berufsfelderkundung wird deshalb so früh im Studienverlauf eingeplant, damit sich daraus Berufsperspektiven entwickeln können.

Die Berufsfelderkundung ist aus gutem Grund in der medizinischen Soziologie angesiedelt. Wesentliche medizinsoziologische Themen sind für die Erkundung des zukünftigen Berufsfeldes unabdingbar. In den Kleingruppen werden folgende medizinsoziologische Inhalte angesprochen:

Sozialwissenschaftliche Methoden: Den Studierenden soll Handwerkszeug mit auf den Weg zu ihren Hospitationen gegeben werden, um die Hospitationserfahrung strukturieren zu können. Die Lehre der methodischen Beobachtung ist auch für klinisch tätige Mediziner von Nutzen. So ist es etwa bei inneren Erkrankungen von großer Bedeutung, äußere Symptome zu erkennen, um zu einer Diagnose zu kommen (dies geschieht nicht nur aufgrund labortechnischer Analysen). Daß die Methode der teilnehmenden Beobachtung für die Untersuchung der ärztlichen Ausbildung selbst bestens eingesetzt werden kann, zeigten schon Becker und Mitarbeiter (1961). Weiterhin sind Methoden der Befragung zu vermitteln: Die Notwendigkeit der Gesprächsführung wird anerkannt, aber oftmals nicht ausreichend gelehrt, obwohl genügend annehmende Stimmen dazu zu hören waren (Kleinman 1988; Cassell 1985). Die Diskursanalyse hilft Ärzten und anderen therapeutisch Tätigen, die Gespräche zu analysieren, die sie mit den Erkrankten führen, um Fehler erkennen zu können (Bliesener/Köhle 1986).

Arztrolle: Die Auseinandersetzung angehender Ärzte mit ihrer zukünftigen Rolle kann die medizinische Soziologie bei den Studierenden anregen. Hierzu kann auf Parsons (1951) zur Strukturierung einer Diskussion zurückgegriffen werden (Rockenbauch 1995). Auch die soziale Konstruktion von Krankheit muß die medizinische Soziologie lehren (Fabrega 1972).

Gesundheitswesen/Demographic: Weiterhin ist es nötig, den Medizinstudierenden Wissen um die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen mitzugeben, in welchen sie ihre

spätere Tätigkeit als Ärzte ausüben werden, rechtliche Bestimmungen des Gesundheitswesens etwa (Alber 1992; Beske et al. 1993; Buchholz 1988).

Darüber hinaus ist das Gesundheitswesen als ein Teilbereich der Gesamtgesellschaft darzustellen. Es ist für angehende Ärzte wichtig, demographische Veränderungen zu kennen. Mit der Zunahme des Anteils älterer Menschen ist zugleich eine Veränderung des Krankheitsspektrums zu beobachten (Siegrist 1995).

Soziale Ungleichheit: Neben der Funktionsweise von Prinzipien im Gesundheitswesen sind die angehenden Ärzte auch mit der Verteilung von Krankheiten im System der sozialen Ungleichheit vertraut zu machen (Mielck 1993).

Hier kann auf Hollingsheads und Redlichs Studie (1958) verwiesen werden, die Kriterien für die Operationalisierung des Schichtbegriffes entwickelten, auf welche auch heute noch zurückgegriffen wird.

Die doppelte Zielsetzung der Berufsfelderkundung wird erreicht, indem die Studierenden einerseits die Inhalte in Kleingruppen diskursiv lernen, andererseits diese Erkenntnisse auf die Hospitationserfahrung praktisch anwenden können.

1.2 Evaluation des Kurses der Berufsfelderkundung

Um zu erfahren, wie der Kurs der Berufsfelderkundung, den die Abteilung Medizinische Soziologie durchführt, von den Medizinstudierenden angenommen wird, führen wir in unregelmäßigen Abständen Evaluationen durch, um potentielle Kursverbesserungen vornehmen zu können.

Während vor allem in den USA, aber auch im europäischen Ausland die Evaluation von Lehrveranstaltungen ein seit langem gängiges Instrument zur Bewertung der Qualität der Lehre ist (Holtkamp/Schnitzer 1992; Webler/Otto 1991), entwickelte sich hierzulande - von ersten Initiativen in den siebziger Jahren abgesehen - erst in jüngerer Zeit eine breitere Diskussion über dieses Thema. Anschub leistete vor allem die Spiegel-Studie des Meinungsforschungsinstituts EMNID in Zusammenarbeit mit Friedhelm Neidhardt (Spiegel 1990) sowie das Aktionsprogramm des Landes Nordrhein-Westfalen zur Verbesserung der Qualität der Lehre (Ministerium für Wissenschaft und Forschung 1991).

Verschiedene Aspekte, die den Kurs der Berufsfelderkundung von anderen Seminaren in medizinischer Soziologie unterscheiden, machen die Evaluation dieses Kurses besonders interessant. Einmal ist dies der Umstand, daß es sich hier um einen sozialwissenschaftlich orientierten Kurs in einem ansonsten naturwissenschaftlich dominierten Studiengang handelt. Weiterhin bedingt die Tatsache, daß es sich um einen Pflichtkurs handelt, eine größtenteils extrinsische Motivation der Studierenden, was zu der Vermutung veranlaßt, daß die Urteile der Studierenden negativer ausfallen als in Veranstaltungen mit mehrheitlich freiwilligen bzw. interessierten Teilnehmer (Kromrey 1994).

Erstmals im Frühjahr 1994 wurde eine Befragung der Studierenden durchgeführt, aufgrund derer bereits Veränderungen am Kurs vorgenommen wurden. Die Untersuchung sollte den oft geforderten Dialog zwischen Studierenden und Lehrenden über Formen und Inhalte der Lehre herstellen (Berendt/Stary 1993). Die Innovationen aufgrund dieser Befragung betrafen vor allem die zeitliche Ausdehnung des Kurses und die stärkere Einbindung von Dozenten und Lehrbeauftragten aus der Praxis. Dies geschah, um mehr Raum für (kritische) Diskussionen zu schaffen, die in der Vorklinik wie im gesamten Medizinstudium zu kurz kommen, was auch die Mehrheit der Studierenden stark bemängelte. Gerade hier liegt eine wichtige Aufgabe für die Soziologie innerhalb des Faches Medizin.

2 Methodisches Vorgehen

Bei den von uns durchgeführten Evaluationen handelt es sich um studentische Veranstaltungsrückmeldungen. Sie wurden veranstaltungsintern durchgeführt, was den Vorteil bot, daß neben allgemeinen Fragen auch spezifische, den Kurs betreffende Fragen gestellt werden konnten. An der Entwicklung wirkten alle an der Lehre des Kurses beteiligten Dozenten und Tutoren mit. Somit konnten die Vorschläge von Lehrenden und Studierenden mitberücksichtigt werden. Letztendlich wurde ein teilstandardisierter Fragebogen erstellt, dessen Grundkonzeption auf ein im Zentrum für interdisziplinäre Lehraufgaben der Universität Gießen (ZIL) ausgearbeitetes Instrument zur Selbstevaluation von Lehrveranstaltungen zurückgeht.

Der Fragebogen besteht aus einer Reihe von Items, in denen Aussagen zu den verschiedenen Aspekten der Veranstaltung formuliert wurden. Auf einer fünfstufigen Skala wurde zunächst die Zustimmung zu den dort getroffenen Aussagen erhoben ("Die Aussage trifft meiner Meinung nach voll zu" - "... gar nicht zu"). In einem weiteren Schritt wurde zusätzlich die persönliche Meinung über die Wichtigkeit des jeweiligen Aspektes erhoben ("Dieser Aspekt ist für mich sehr wichtig" - "... nicht wichtig"). Dies ermöglicht einen Vergleich zwischen der vorgefundenen Realität ("Ist") und der Erwartung der Studierenden ("Soll"). Ein ähnliches Instrument wurde bereits an der Humboldt-Universität Berlin verwendet (Böttcher/Gramm 1994).

Die Befragungen richteten sich an alle Teilnehmer des Kurses zur Berufsfelderkundung. Die Fragebögen wurden in den Kleingruppen verteilt und wieder eingesammelt. Auf diese Weise kamen jeweils etwa 150 Fragebögen zur Auswertung (mit SPSS). Das entspricht einer Rückgabequote von rund 66%.

Für den Vergleich zwischen "Ist"- und "Soll"-Werten der verschiedenen Items wurden bei der Auswertung die prozentualen Häufigkeiten der Antwortkategorien 4 und 5 (Zustimmung zur getroffenen Aussage) zusammengefaßt. Die aus den beiden Kategorien gebildete Differenz (in Prozentpunkten) zeigt die Diskrepanz zwischen "Ist" und "Soll"

auf. Bei einer negativen Differenz ist der jeweilige Aspekt in den Augen der Befragten wichtig, jedoch weniger häufig vorhanden. Je höher die Differenz, desto ausgeprägter ist demnach die Diskrepanz oder der Mangel des betroffenen Aspekts. Eine positive Differenz würde dann bedeuten, daß der Meinung der Studierenden nach für diesen Kursaspekt mehr Aufwand als nötig betrieben wurde.

Für die zweite Erhebung wurde der ursprüngliche Fragebogen entsprechend den Kursveränderungen aufgrund der vorausgegangenen ersten Erhebung modifiziert und einige zusätzliche Aspekte wurden aufgenommen. Insgesamt standen 50 Items zur Verfügung, von denen für unsere Zwecke insbesondere 20 von Interesse sind. Diese betreffen das Verständnis theoretischer Aspekte der medizinischen Soziologie, den Praxisaspekt des Kurses, die allgemeinen Einstellungen der Studierenden und deren Motivation.

Das Verständnis der theoretischen Aspekte der medizinischen Soziologie wurde operationalisiert durch Item 11 (Einblick in die medizinische Soziologie), die Items 22 bis 25 (Vermittlung der Themen Methode, Arzt-Patient-Beziehung, Gesundheitswesen) und Item 5 (Verständnis der Zusammenhänge des Gesundheitswesens).

Der Praxisaspekt des Kurses wird mit Item 6 (Einblick in nicht-traditionelle ärztliche Berufsfelder), Item 7 (Eröffnung von Berufsperspektiven) und den Items 47 bis 49 (Bewertung der Hospitation) abgedeckt.

Item 3 (Kurs als wichtiger Bestandteil des Studiums), Item 4 ("ich glaube, daß ich das meiste von dem, was ich im Kurs gehört habe, bald wieder vergessen werde"), Item 8 (Anstöße zum Nachdenken) und Item 12 (Vorbereitung für die ärztliche Vorprüfung) standen für allgemeine Einstellungen.

Die Motivation der Studierenden schließlich wurde mit den Items 15 bis 18 (Möglichkeit zur Beteiligung, Beteiligung der Kommilitonen, eigene Beteiligung, Motivation durch Lehrende) und Item 9 (Bereitschaft zu selbständiger Informationssuche) gemessen.

3 Ergebnisse

Eine Durchsicht der demographischen Daten zeigt, daß die Teilnehmer mit einem Durchschnittsalter von 21,5 Jahren recht jung sind. Drei Viertel von ihnen sind zwischen 20 und 22, weitere 10% 23 Jahre alt, d. h. die meisten von ihnen beginnen ihr Studium gleich im Anschluß an die Schule bzw. den Zivil- oder Wehrdienst. Nur ein Teilnehmer war verheiratet, und nur 2 Kinder wurden angegeben. 34 Befragte befanden sich vor Beginn des Medizinstudiums in einer Lehre oder einem anderen Studium. Die meisten davon - insgesamt 23 Personen - waren im Gesundheitsbereich beschäftigt.

Bei der Betrachtung der "Ist/Soll"-Differenzen fällt auf, daß von 44 Items 31 (d. h. 70,4%) negative Differenzen aufweisen, was bedeutet, daß den Studierenden diese Aspekte wichtiger waren als sie tatsächlich im Kurs verwirklicht wurden. In der letztjäh-

rigen Voruntersuchung wurden noch bei 85% der Items negative Differenzen erzielt. Das heißt, daß dieses Jahr der Unterschied zwischen Erfülltem und Erwünschtem nicht ganz so deutlich ausfiel. Festzuhalten ist, daß fast alle im Fragebogen angesprochenen Aspekte des Kurses für weniger wichtig gehalten wurden als im Vorjahr. Lediglich der praktische Aspekt der Eröffnung potentieller Berufsperspektiven stieg in der Beurteilung der Wichtigkeit deutlich. Ob dies auf gestiegene Lustlosigkeit hindeutet, bleibt zu fragen. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit wäre, daß - durch das infolge der Voruntersuchung erweiterte Angebot - ursprünglich unerfüllte Ansprüche an den Kurs erfüllt und nun in ihrer Bedeutung für weniger wichtig befunden wurden.

Die Angaben der Studierenden bezüglich des gewonnenen Einblicks in die medizinische Soziologie sind enttäuschend. Lediglich 29% der Teilnehmer sagten aus, einen Einblick bekommen zu haben. Nur wenige mehr bestätigten dessen Wichtigkeit.

Was die in der Kleingruppe gelehrt inhaltlichen Schwerpunkte betrifft, waren 58% der Studierenden zufrieden mit der Vermittlung der "Arzt-Patient-Beziehung". Das Thema wurde jedoch von 67% der Studierenden als wichtig angesehen, so daß hier eine Differenz von -9 Prozentpunkten vorliegt.

Das Thema "Gesundheitswesen" wurde von 48% der Befragten für wichtig befunden. Fast genauso viele hielten auch die Vermittlung für gelungen. Bei diesem Item sank die Einschätzung der Wichtigkeit - von 72% auf 48% im Vergleich zur Voruntersuchung - besonders stark. Die gleiche Tendenz läßt sich beim Thema "Gesundheitsstrukturgesetz" erkennen. Schließlich fand auch die Vermittlung der Methoden mehr Zustimmung (42%) als Ablehnung (21%), 45% der Studierenden erkannten auch deren Bedeutung.

Festzuhalten ist, daß die Themen insgesamt relativ gut vermittelt werden konnten. Verglichen mit der Einschätzung, die Studierende über den gewonnenen Einblick in die medizinische Soziologie angaben, ist hier eine interessante Diskrepanz zu erkennen. Nur 29% gaben an, einen Einblick in die medizinische Soziologie bekommen zu haben, wohingegen die einzelnen Themen höhere Werte erzielten.

Dies bedeutet, daß den Studierenden nicht klar wurde, daß eben diese Themen (Methode, Arzt-Patient-Beziehung, Gesundheitswesen) wesentliche Inhalte der medizinischen Soziologie sind. Dies wird auch durch die Angaben von 64% der Studierenden bestätigt, nicht mit dem Gegenstandskatalog vertraut zu sein, der die Inhalte für die schriftliche Prüfung spezifiziert.

Immerhin aber gaben 35% (in der Voruntersuchung 25%) der Antwortenden an, aufgrund der Veranstaltung größere Zusammenhänge des Gesundheitswesens verstanden zu haben. Obwohl die Differenz zwischen "Ist" und "Soll" im Vergleich zum Vorjahr von -42 auf -23 Prozentpunkte sank, besteht immer noch ein deutlich höheres Interesse daran.

Vergleichen wir die Bereitschaft, sich mit sozialwissenschaftlichen, eher theoretischen Aspekten zu beschäftigen, mit dem Interesse an praktischen Erfahrungen, so finden wir folgendes Ergebnis: Der Praxisaspekt war den Studierenden mit Abstand am wichtig-

sten und erzielte auch die höchsten Zustimmungen. Rund 80% der Befragten wünschten sich eine erfolgreiche Hospitation, legten Wert auf gute Betreuung während der Hospitation und wollten einen Einblick in alltägliche Arbeitsabläufe bekommen. Auch der Aspekt des Einblicks in nicht-traditionelle ärztliche Berufsfelder wurde mit 63% Zustimmung für sehr wichtig befunden. Die meisten sahen diese Aspekte auch verwirklicht. Dies bestätigt die Ergebnisse der Voruntersuchung.

Bei dem Item "Der Kurs hat mir potentielle Berufsperspektiven eröffnet" besteht eine hohe negative Differenz zwischen "Ist" und "Soll" (-30 Prozentpunkte). Im Vergleich zur Voruntersuchung hat sich daran kaum etwas geändert. Über die Hälfte der Studierenden (53,5%) hielten diesen Aspekt für wichtig, aber nur 23,5% (immerhin doppelt so viele wie in der Voruntersuchung) sahen für sich Berufsperspektiven eröffnet. Dies erklären wir uns mit dem Umstand, daß die in den Hospitationen vorgestellten Berufsfelder auf die Studierenden unattraktiv wirken, da sie nicht dem idealistischen Bild des heilenden Arztes entsprechen.

Insgesamt hielten nur 18% der Studierenden den Kurs für einen wichtigen Bestandteil des Medizinstudiums. Die relative Ablehnung des Kurses steht im Gegensatz zu den positiveren Aussagen über Vermittlung der Inhalte und praktische Erfahrungen. Die niedrige Zustimmung zum Kurs könnte auch dadurch erklärt werden, daß 40% der Studierenden sich eine bessere Erläuterung der Bedeutung gewünscht haben. Allerdings ist den Studierenden dabei auch anzurechnen, daß aufgrund der doppelten Zielsetzung des Kurses dessen Bedeutung schwer eindeutig festzulegen ist: Zum einen sollen praktische Einblicke in berufliche Alternativen gegeben werden, zum anderen soll medizinsoziologischer Prüfungsstoff vermittelt werden, um den Einblick theoretisch zu untermauern. Die "Verstecktheit" des Stoffes ist also ganz sicher ein Problem.

Gleichzeitig ist die Medizin ein Fach, welches normalerweise nicht diskursiv vermittelt wird. Da die Studierenden auch nicht der Ansicht waren, sie seien gut für die ärztliche Vorprüfung vorbereitet worden, darf die Ablehnung der Wichtigkeit des Kurses nicht ganz überraschen. Die negative "Ist/Soll"-Differenz bei dem Item "Ich bekam eine gute Vorbereitung für die ärztliche Vorprüfung" ist die höchste und beträgt -47 Prozentpunkte, da nur 10% der Studierenden der Meinung waren, gut vorbereitet worden zu sein, gegenüber 57%, die diesen Aspekt wichtig fanden.

Nur gut die Hälfte der Studierenden (55,5%) erachtete es als wichtig, aufgrund des Kurses zum Nachdenken bezüglich des Arztberufes angeregt zu werden. Etwa genauso viele (54%) waren der Meinung, daß sie das Gehörte bald wieder vergessen werden. (In der Voruntersuchung gaben dies nur 34,5% an.) Die Vermutung liegt daher nahe, daß sich die Interessen der Studierenden eher auf naturwissenschaftliche Inhalte des Medizinstudiums richten. Da wir dies den Studierenden nicht bieten, könnte daraus eine gewisse Lustlosigkeit resultieren.

Darum soll im folgenden die Motivation der Studierenden näher betrachtet werden: Die höchste "Ist/Soll"-Differenz ist dem Item "Die Kommilitonen haben sich intensiv beteiligt" mit -27,5 Prozentpunkten zu entnehmen. Die Hälfte der Studierenden wünschten eine intensive Beteiligung der Kommilitonen am Kurs, aber nur 23% fanden, daß dies auch tatsächlich der Fall war. Bereits in der Voruntersuchung konnte die gleiche Tendenz beobachtet werden.

Wie die hohe Zustimmung zu Item 15 (81%) zeigt, mangelte es jedoch nicht an Gelegenheiten, sich aktiv am Kurs zu beteiligen. Dies fand aber nur die Hälfte der Studierenden (55%) wichtig. Trotz der gebotenen Möglichkeiten gaben nur 11% der Studierenden an, sich selbst intensiv beteiligt zu haben; auf der anderen Seite hielten nur 14% einen längeren Einsatz der Dozenten und Tutoren für nötig, so daß die niedrige intensive Beteiligung auf Lustlosigkeit oder mangelndes Interesse zurückgeführt werden könnte. So geben auch nur 26% der Studierenden an, sich beteiligen zu wollen.

Ebenso war die Bereitschaft, sich selbständig Informationen zu beschaffen, sehr gering (7%), und sie sank im Vergleich zur Voruntersuchung auch noch. Während in der Voruntersuchung noch 13% der Befragten auch tatsächlich ihre Kenntnisse selbständig erweitert hatten, sind dies heute nur noch 6,5%.

Selbstverständlich ist zu fragen, warum die Vermittlung der medizinischen Soziologie bei den Teilnehmern des Kurses auf so geringes Interesse stößt.

Die sehr homogene Altersstruktur der Kursteilnehmer erlaubte keine differenzierte Analyse möglicher Zusammenhänge. Es bleibt die Vermutung, daß sie insgesamt zu jung sind, um bedrohliche Inhalte reflektieren zu können oder zu wollen, wie auf der fünften Konferenz der European Society of Medical Sociology in Wien 1994 diskutiert wurde. Bedrohlich ist der Stoff, der in der Berufsfelderkundung gelehrt wird, in doppelter Hinsicht: zum einen, weil die Aussichten bezüglich des schwieriger werdenden Arbeitsmarktes für Ärzte besprochen werden, zum anderen, weil die Arztrolle problematisiert wird, die in den Anfangssemestern von Idealismus geprägt ist (Becker et al. 1961).

Die Vermutung, daß sich während des Semesters regelmäßig arbeitende Studierende aus Zeitmangel weniger für den Kurs interessieren, konnte nicht zweifelsfrei bestätigt werden.

Die Hypothese, daß Studierende mit Vorerfahrungen im Gesundheitsbereich der medizinischen Soziologie aufgeschlossener gegenüberstehen, konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Das Gegenteil war der Fall. Daß sich Studierende mit Vorerfahrungen weniger anregen lassen wollen, könnte daran liegen, daß sie sich von einem theoretischen Fach nichts Neues versprechen. Dies entspricht auch dem o. g. Ergebnis, daß die praktischen Erfahrungen des Kurses positiver bewertet wurden als die theoretischen Aspekte. Allerdings gaben die Studierenden mit Vorerfahrung öfter an, aufgrund des Kurses Zusammenhänge des Gesundheitswesens verstanden zu haben (43,5% vs. 33% bei der Gruppe ohne Vorerfahrungen). Der Umstand, daß ihnen diese Zusammenhänge

deutlicher gemacht werden konnten, könnte damit zusammenhängen, daß Bekanntes besser eingeordnet werden kann.

Wir konnten aufgrund weiterer Korrelationen keine auffälligen Differenzierungen finden, zwischen denjenigen, die Interesse an der medizinischen Soziologie zeigen, und denjenigen, die dieses Interesse nicht zeigen. Es bleibt zu fragen, ob hier ein Zusammenhang mit der Motivation der Studierenden besteht. Dies konnte insofern bestätigt werden, als bei gewonnenem Einblick in die Medizinsoziologie gleichzeitig die eigene Beteiligung hoch war und umgekehrt. Genauso hohe Entsprechungen fanden sich bei der Analyse der "Soll"-Werte.

Abschließend kann also eine Differenzierung zwischen Studierenden, welche Interesse zeigen, und solchen, die keines aufbringen, festgehalten werden. Bei diesen aufgeschlosseneren Studierenden müssen mögliche Kursverbesserungen ansetzen. Ob ein anderer Teil von Studierenden überhaupt nicht erreicht werden kann, bleibt zu fragen.

4 Resümee

Einschränkend müssen wir am Ende betonen, daß wir selbstverständlich keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können. Aufgrund unserer ersten Auswertungen konnten wir hier nur Trends andeuten, die uns aufgrund unserer Lehrerfahrungen als plausibel erscheinen. Trotzdem geben unsere Ergebnisse einen deutlichen Hinweis darauf, daß zwischen dem theoretischen Anspruch der medizinischen Soziologie und der Vermittelbarkeit dieser Erkenntnisse eine große Lücke klafft.

Für die Lehre der medizinischen Soziologie läßt sich aus den Erkenntnissen der Schluß ziehen, daß ein Interesse an theoretischen Aspekten vorhanden ist. Die einzelnen thematischen Aspekte müssen nur deutlicher als medizinsoziologische Inhalte kenntlich gemacht werden. Insbesondere in Verbindung mit dem Hinweis auf Prüfungsrelevanz müßten hier noch Motivationsreserven aufdeckbar sein. Weiterhin ist wichtig, keine reine Theorie zu lehren, sondern diese auf jeden Fall mit praktischen Aspekten zu verknüpfen, da letztere die höchste Zustimmung erreichen.

Obwohl die Studierenden mehrheitlich positive Rückmeldungen zu den vermittelten Inhalten gaben, scheint der Kurs insgesamt nicht so gut anzukommen. Dies liegt u. E. an einer Reihe von Umständen:

Zum einen ist dies sicherlich auf die Tatsache zurückzuführen, daß es sich hier um einen Pflichtkurs handelt, und zwar in doppelter Hinsicht: regelmäßige Teilnahmeverpflichtung und schriftlicher Leistungsnachweis.

Ein weiteres Grundproblem in der Ausbildung von Ärzten an der Universität (im Gegensatz etwa zur Ausbildung von Sozialwissenschaftlern ist deren Interesse, Arzt werden zu wollen: keine forschenden Wissenschaftler, sondern gute Praktiker (Becker et al. 1961). Studierende der Sozialwissenschaften wünschen zwar auch oft praktische

Anwendbarkeit, aber ihnen ist der Gedanke nicht völlig unbekannt, daß die Universität nicht für ein Berufsbild ausbildet, sondern wissenschaftliche Methoden lehrt, die zur Forschung befähigen.

Medizinstudierende haben hauptsächlich naturwissenschaftliche Interessen, da sie deren unmittelbaren Nutzen für die Therapie einsehen. Im Gegensatz zu Fächern wie Anatomie, dessen Kenntnis den angehenden Ärzten wichtig erscheint, wird unser Fach demgegenüber auch nicht so ernst genommen. Dies wird verstärkt durch die Tatsache, daß es mit weniger Semesterwochenstunden gelehrt wird als die naturwissenschaftlichen Fächer.

Weiterhin spielt eine Rolle, daß Soziologie diskursiv gelehrt wird. Dies ist für naturwissenschaftlich orientierte Studierende schwierig zu verstehen. Die Art und Weise dieser Vermittlung von Stoff kommt bei ihnen oft nur als "Laberei" an.

Außerdem sind die Studierenden der Berufsfelderkundung relativ jung. Da Soziologie in der Schule kein Lehrfach ist, ist ihnen eine soziologische Denkweise bislang unbekannt.

Schließlich könnten auch die Frustration aufgrund der besprochenen schwierigen Berufsaussichten und der Umstand, daß wir den jungen Studierenden die Illusion rauben, als Arzt in Weiß am Krankenbett heilen zu können, eine Rolle spielen. Sowohl der Status der Ärzte als auch der Stellenwert der kurativen Medizin werden im Kurs problematisiert. Daß die Studierenden trotzdem so stark an diesem Bild hängen, kann vielleicht damit in Zusammenhang stehen, daß dieses Bild der in der Gesellschaft dominierenden Vorstellung des Arztstatus entspricht (Becker et al. 1961, die ebenfalls darauf hinweisen, daß Anfangssemester keine von der Laienwelt verschiedenen Erwartungshaltungen bezüglich des Arztberufes aufweisen). Gerade aber hier sehen wir eine Aufgabe der Soziologie in der Medizin: ihre Mitglieder in spe zum Hinterfragen ihrer Rolle in der Gesellschaft anzuregen. Für didaktische Anregungen sind wir offen!

Literatur

- Alber, Jens, 1992: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt a. M.
- Becker, Howard S.; Geer, Blanche; Hughes, Everett C.; Strauss, Anselm, 1961: Boys in White. Student Culture in Medical School. Chicago, London.
- Berendt, Brigitte; Stary, Joachim (Hrsg.), 1993: Evaluation zur Verbesserung der Qualität der Lehre und weitere Maßnahmen. Weinheim.
- Beske, Fritz; Brecht, Josef G.; Reinkemeier, Andrea-Marina, 1993: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur - Leistungen - Weiterentwicklung. Köln.
- Bliesener, Thomas; Köhle, Karl, 1986: Die ärztliche Visite, Chancen zum Gespräch. Opladen.
- Böttcher, Michael; Gramm, Jan, 1994: Lehrevaluation als Lehrrevolution. In: Moosbrugger, Helfried; Frank, Dirk (Hrsg.), Psychologische Evaluationsforschung. Arbeiten aus dem Institut für Psychologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Heft 2. Frankfurt a. M., S. 89-108.

- Buchholz, Edwin H. (Hrsg.), 1988: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Vorge stellt von Repräsentanten seiner wichtigsten Einrichtungen. Berlin, Heidelberg.
- Cassell, Eric J., 1985: Talking with Patients. Cambridge, Mass., London.
- Cicourel, Aaron V., 1983: Language and the Structure of Belief in Medical Communication. In: Fisher, S.; Todd, A. (Hrsg.): The Social Organization of Doctor-Patient Communication. Washington, D. C., S. 221-239.
- Durkheim, Emile, 1973: Der Selbstmord. Neuwied, Berlin.
- Fabrega, Horatio J., 1972: Concepts of Disease: Logical Features and Social Implications. In: Perspectives in Biology and Medicine, Jg. 15, S. 583-616.
- Ferber, Christian von, 1975: Soziologie für Mediziner. Eine Einführung. Berlin, Heidelberg.
- Freidson, Eliot, 1970: Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart.
- Garfinkel, Harold, 1967: Studies in Ethnomethodology. Englewood Cliffs, New York.
- Gerhardt, Uta, 1991: Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Frankfurt a. M.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm, 1967: The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago.
- Göbel, Eberhard; Remstedt, Sven (Hrsg.), 1993: Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Schweiz, Schweden, USA. Frankfurt a. M.
- Goffman, Erving, 1973: Asyl. Frankfurt a. M.
- Hollingshead, August B.; Redlich, Frederik, 1958: Der Sozialcharakter psychischer Störungen. Eine sozialpsychiatrische Untersuchung mit 72 Tabellen und 9 Abbildungen. Frankfurt a. M.
- Holtkamp, Rolf; Schnitzer, Klaus (Hrsg.), 1992: Evaluation des Lehrens und Lernens: Ansätze, Methoden, Instrumente. Evaluationspraxis in den USA, Großbritannien und den Niederlanden. Hannover.
- Kleinman, A. 1988: The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. New York.
- Kromrey, Helmut, 1994: Evaluation der Lehre durch Umfrageforschung? Methodische Fallstricke bei der Messung von Lehrqualität durch Befragung von Vorlesungsteilnehmern. In: Mohler, Peter Ph. (Hrsg.), 1994: Universität und Lehre: Ihre Evaluation als Herausforderung an die empirische Sozialforschung. Münster, New York, S. 91-114.
- Maschewsky-Schneider, Ulrike, 1986: Gesundheitshandeln und Lebensweisen von Frauen - Ein Projektentwurf. In: Frauenforschung, Jg. 4, Heft 3, S. 83-96.
- Mielck, Andreas (Hrsg.), 1993: Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen.
- Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen, 1991: Aktionsprogramm "Qualität der Lehre" (Abschlußbericht). Düsseldorf.
- Parsons, Talcott, 1951: Struktur und Funktion der modernen Medizin. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, S. 10-57.
- Robert-Bosch-Stiftung (Arbeitskreis Mediziner Ausbildung), 1989: Das Arztbild der Zukunft: Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Gerlingen.
- Rockenbauch, Beate, 1995: Einleitung in das Begleitbuch zur Berufsfelderkundung. In: Rockenbauch, Beate; Borgetto, Bernhard (Hrsg.), 1995: Begleitbuch zur Berufsfelderkundung. Gießen, S. 2-5.
- Siegrist, Johannes, 1995: Medizinische Soziologie. 5., neu bearbeitete Auflage, München, Wien, Baltimore.

- Spiegel, 1990: Studieren heute. Welche Uni ist die beste? Spiegel-Spezial Nr. 1. Hamburg.
- Straus, Robert, 1957: The Nature and Status of Medical Sociology. In: American Sociological Review, Jg. 22, S. 200-204.
- Webler, Wolff-Dietrich; Otto, Hans-Uwe (Hrsg.), 1991: Der Ort der Lehre in der Hochschule. Lehrleistungen, Prestige und Hochschulwettbewerb. Weinheim.

Beate Rockenbauch, M. A.
Dipl.-Soz. Martina Klein
Dipl.-Soz. Michel Mbida
Universität Gießen
Medizinische Soziologie
Friedrichstraße 24
D-35392 Gießen
Tel.: 0641 / 7 02 24 95