

# Aus der Ferne sieht man besser Erweckungserlebnisse im globalen Süden verändern das Medizinstudium

Tine Hanrieder

**Summary:** An increasing number of medical students are participating in short-term global health study trips to the Global South. The benefits of these „service learning“ experiences are contested. However, an analysis of US study program evaluations shows that these experiences also have a domestic purpose. They serve to enhance future doctors' clinical confidence and make them economically responsible and socially aware physicians who are willing to care for the poor and cultural minorities at home. This experience in the Global South is therefore far from a missionary act of charity: It also corrects negative developments in the students' domestic healthcare system.

**Kurz gefasst:** Immer mehr Studierende der Medizin verbringen Studienaufenthalte in den Ländern des globalen Südens. Der Nutzen dieser Kurzreisen für die Gastgeber ist umstritten. Eine Auswertung von Lehrevaluationen aus den USA zeigt, dass diese globalen Trainingslager auch einen heimischen Zweck erfüllen. Sie sollen angehenden Ärztinnen und Ärzten zu stärkerer klinischer Selbstständigkeit und einem sozialen Gewissen verhelfen, das ihrem Heimatland zugute kommt. Die Erfahrung im globalen Süden wird so nicht zu einer missionarischen Hilfsaktion, sondern zum Korrektiv für Fehlentwicklungen im eigenen Gesundheitssystem.

Ärztinnen und Ärzte aus wohlhabenden Ländern, die Menschen in Krisenregionen zu Hilfe eilen, sind durch Organisationen wie Ärzte ohne Grenzen weithin bekannt. Doch zunehmend verlagern sich dieser Hilfsimpuls und entsprechende Initiativen bereits in die Ausbildungsphase. Medizinstudierende in Ländern wie Deutschland, Großbritannien, Kanada oder den USA absolvieren immer häufiger kürzere Studienaufenthalte in Entwicklungsländern und arbeiten dort in Ausbildungskliniken mit. Der Anteil der Studierenden, die im Laufe ihrer Berufsausbildung eine solche „globale Erfahrung“ machen, wird in den genannten Ländern auf je knapp 30 Prozent geschätzt. Bedenkt man, dass dieser Anteil etwa in den USA noch 1984 nur bei 6 Prozent lag, wird deutlich, wie massiv sich die Medizinausbildung in den letzten Jahrzehnten globalisiert hat.

Dieser Trend hin zur studentischen Auslandserfahrung hängt auch mit der Entwicklung einer kosmopolitischen Fernmoral in europäischen und amerikanischen Bildungseinrichtungen zusammen, die mittlerweile auch die Studienordnungen prägt und hier am Beispiel des Medizinstudiums beschrieben werden soll. Eindringliche Appelle an ein globales Gewissen sind, wie etwa der Historiker David Kuchenbuch argumentiert, im transatlantischen Raum spätestens seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts prägend, gerade auch in der Schulbildung. Schüler, die ihr Pausenbrot wegwerfen, werden an den Hunger in Afrika erinnert, und der Kauf eines Turnschuhs ist kaum mehr zu trennen von der Ausbeutung von Arbeiterinnen in Entwicklungsländern. Es scheint daher nur konsequent, dass auch die (angehenden) Ärztinnen und Ärzte in Europa oder Nordamerika humanitäre Einsätze im globalen Süden in ihre Karrieren einbauen.

Ein genauerer Blick auf die Rolle der globalen Erfahrung im Medizinstudium zeigt jedoch, dass es dabei nicht nur, vielleicht nicht einmal primär um Hilfseinsätze in der Fremde geht. Eine Inhaltsanalyse der umfangreichen medizinischen Fachliteratur zur globalen Medizinausbildung in den USA ergibt, dass gerade die US-Medizin sich durch derlei Trainingslager auch ein Stück weit selbst hilft. Unter den Extrembedingungen von Armut und Fremde sollen angehende Medizinerinnen lernen, wie sie auch im eigenen Land bessere und selbstlosere Ärztinnen und Ärzte werden können. Die zugrunde liegende Fernmoral des Medizinstudiums richtet sich also nicht allein auf ferne Länder, sondern zusätzlich auf Fragen sozialer Ungleichheit im eigenen Land. Sie zeigt, wie sich das Bewusstsein für Ungleichheiten zwischen Ländern des Nordens und des Südens immer mehr mit der Frage nach Ungleichheit im Norden verschränkt.

## Wem helfen die Studierenden aus dem Norden?

Der Wunsch, über den Tellerrand zu blicken, Gutes zu tun, vielleicht auch Qualifikationen für eine internationale Karriere zu sammeln, motiviert immer mehr Studierende der Medizin, Auslandserfahrung zu sammeln. Kurzaufenthalte in Lateinamerika, Asien oder Afrika sind immer öfter Bestandteil des Medizinstudiums oder der Facharztzubereitung. Gerade in den USA, einem Land, das für die globale Gesundheitsagenda politisch wie wissenschaftlich tonangebend ist, ist die studentische Nachfrage nach Auslandserfahrungen enorm. Über globale Studienprogramme und Universitätspartnerschaften mit Einrichtungen in Entwicklungsländern suchen allen voran die Top-Universitäten, diese Nachfrage zu

bedienen. Auch zahlreiche spezialisierte Vermittlungsagenturen unterstützen Studierende dabei, ihren Traum vom internationalen *service learning* wahr werden zu lassen. Universitäre Dachverbände wie das prominente Consortium of Universities for Global Health vernetzen die unzähligen Initiativen und erarbeiten curriculare Standards.

Dieser „Run“ auf den Süden in der Medizinausbildung ist keineswegs unumstritten. Kritikerinnen an den Universitäten selbst und auch medizinethnologische Beobachterinnen verweisen auf mögliche Schattenseiten medizinischer Studienreisen. Erstens bleibt trotz aller Rhetorik von Partnerschaft und Globalität eine klare Asymmetrie bestehen. Für Besuche beispielsweise afrikanischer Studierender an amerikanischen Universitäten fehlen meist die Mittel. Hinzu kommt, dass Universitäten sich nicht zu Komplizen des Braindrains machen möchten, also auch aus diesem Grund Vorsicht walten lassen, wenn es darum geht, Medizinerinnen aus unterversorgten Ländern die Reise in den globalen Norden zu ermöglichen. Zweitens wird kritisiert, dass Gaststudierende mehr Kosten verursachen als Nutzen bringen. Schließlich befinden sich die jungen Leute noch in der Ausbildung, dürfen eigentlich nur bei wenigen Prozeduren (unter Aufsicht) zur Hand gehen und binden Zeit und Ressourcen der lokalen Fachleute an den Ausbildungskrankenhäusern. Drittens wird immer wieder das unangemessene Verhalten einiger Besucher aus dem Norden moniert, die beim Behandeln lokaler Patientinnen ethische Standards verletzen oder ihre Kompetenzgrenzen überschreiten. So bezeichnet etwa die Medizinethnologin Claire Wendland globale Studiererfahrungen als klinischen Tourismus. Ihre Kollegin Noelle Sullivan spricht von weißer Arroganz und gravierenden Ethik-Verletzungen, die den Nutzen der Mobilitätsprogramme für die Gastgeber in Frage stellen.

Universitäten, Studierende und Vermittlungsagenturen sind vielfach darum bemüht, die Nutzenbilanz zu korrigieren, etwa durch Kompensationszahlungen an die Partnerinstitutionen oder durch vorbereitende und begleitende Seminare für die Absolventinnen und Absolventen globaler Erfahrungen. Doch wenn der Nutzen solcher Programme, zumindest unmittelbar, gar nicht so sehr in Hilfe für die Kranken in Entwicklungsländern liegt, worin könnte er dann liegen? Bereitet er die Studierenden wenigstens langfristig auf eine Funktion in der Entwicklungszusammenarbeit oder humanitären Medizin vor? Um diese Frage zu beantworten, lohnt ein Blick auf die Fülle von Evaluationen, die mittlerweile über diese Ausbildungsprogramme publiziert werden.

## Das verborgene Curriculum der globalen Gesundheit

Im Bestreben, internationale Lernerfahrungen zu professionalisieren und ihren Nutzen zu messen, führen immer mehr US-Universitäten und Gesundheitsforscherinnen Studien durch, die den Kompetenzzuwachs der Beteiligten auswerten. Eine Stichwortsuche in der medizinischen PubMed-Datenbank zeigt, dass gerade in den letzten Jahren eine rege Fachdebatte um globale Lerneffekte entstanden ist. Auf 64 der so gefundenen Artikel trifft zu, dass sie empirisch zu dokumentieren versuchen, was US-Studierende durch ihren Kurzaufenthalt im globalen Süden gelernt haben. Nicht alle diese Studien sind bereits wasserdicht. Dennoch ist der Blick auf die Evaluationskriterien, die hier angelegt werden, soziologisch aufschlussreich: Welche Kompetenzen versuchen die Ausbilderinnen und Ausbilder überhaupt zu messen? Die Inhaltsanalyse dieser Bewertungskriterien hat ergeben, dass fast alle dieser Texte Kompetenzen messen, die nicht nur, oder nicht einmal primär in armen Ländern relevant sind. Kaum eine Evaluation geht der Frage nach, ob die Studierenden nach ihrer Reise besser über fremde Gesundheitssysteme Bescheid wissen oder Krankheiten behandeln können, die einzig das Gastland betreffen. Die häufigsten dokumentierten Lerneffekte lassen sich vielmehr als die vier „K“ der globalen Lernerfahrung zusammenfassen: klinisches Handwerkszeug, Kultursensibilität, Kostenbewusstsein und Karriereveränderungen.

*Klinisches Handwerkszeug:* Zwei Drittel der ausgewerteten Texte betonen, dass Lernerfahrungen in armen Ländern die klinischen Fähigkeiten der Teilnehmenden befördern. Bei einem Lernaufenthalt in einer Einrichtung mit weniger tech-



Tine Hanrieder leitet die Nachwuchsgruppe Globale Humanitäre Medizin. Sie forscht zu Institutionen internationaler Gesundheitspolitik und zu transnationaler Wissensproduktion. Ihre Monografie zur Reformgeschichte der Weltgesundheitsorganisation „International Organization in Time: Fragmentation and Reform“ erschien 2015 bei Oxford University Press. (Foto: David Ausserhofer)

[tine.hanrieder@wzb.eu](mailto:tine.hanrieder@wzb.eu)

nischen Hilfsmitteln sind die Studierenden stärker auf Patientengespräche und direkte physische Untersuchungen angewiesen als in einer US-Klinik, wo ihnen umfassende Labortests und bildgebende Verfahren zur Verfügung stehen. Ressourcenknappheit wirkt sich also positiv auf die Entwicklung medizinischer Grundtugenden aus, die in Hightech-Umgebungen zu verkümmern drohen.

*Kulturkompetenz:* Zwei Drittel der Studien heben hervor, dass sich ein Auslandsaufenthalt im Ausland positiv auf die Kulturkompetenz der Beteiligten auswirkt. Sie gehen offener, sicherer und bewusster mit Fremden im eigenen Land um und entwickeln ein Gespür für die kulturellen Hintergrundbedingungen ihrer Krankheit oder ihrer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Gerade in den USA wird diese Fähigkeit als zentral erachtet, um Medizinversorgung in einer multikulturellen Gesellschaft zu verbessern und die kulturelle Distanz zwischen Ärzten und Patientinnen zu überbrücken.

*Kostensensibilität:* Konfrontiert mit extremer Armut, mit Menschen, die sich medizinische Versorgung kaum leisten können, und ausgestattet mit einem größeren Selbstbewusstsein in Hinblick auf ihre Kompetenzen im klinischen Bereich, legen die Heimkehrerinnen eher als Daheimgebliebene Skepsis an den Tag, wenn es um teure technische Lösungen oder lebensverlängernde Maßnahmen geht. Dieses Kostenbewusstsein begrüßen die Ausbilder als wichtige medizinische Tugend in einem Land, das mit explodierenden Gesundheitsausgaben bei bescheidenen Gesundheitsergebnissen zu kämpfen hat.

*Karriereveränderungen:* Ausgehend von der Überlegung, dass junge Menschen noch idealistischer an ihre Karriere herangehen, beobachten ihre Ausbilder, dass die globale Erfahrung diesen Idealismus verstärkt oder bewahrt. Fast drei Viertel der analysierten Texte weisen einen solchen Effekt nach – ein Drittel davon mit spezifischem Blick auf Karrieren in den USA. Die Heimkehrenden tendieren daher eher dazu, statt etwa einer lukrativen Laufbahn in der Dermatologie oder Radiologie in der Allgemeinmedizin und/oder in unterversorgten Gebieten zu arbeiten.

Diese und weitere Lerneffekte – etwa ein stärkeres Bewusstsein für die sozialen Bedingungen von Gesundheit wie Armut, Ernährungssicherheit oder Bildung – zeigen, dass medizinische Studienreisen mit ganz spezifischen Erwartungen für die Kompetenzen der Studierenden verknüpft sind. Die Lehrstation in Afrika wird gleichermaßen zum Trainingslager für das heimische Gesundheitssystem, wenn nicht gar ein Korrektiv für Fehlentwicklungen wie Kostenexplosion, Technikgläubigkeit und soziale Ungleichheit.

## Ein Tugendkatalog für das globale Gewissen

### Literatur

Hanrieder, Tine: „How Do Professions Globalize? Lessons from the South in US Medical Education“ (working paper).

Kuchenbuch, David: „‚Fernmoral‘: Zur Genealogie des globalen Gewissens“. In: *Merkur*, 2016, Jg. 70, H. 807, S. 40–51.

Sullivan, Noelle: „International Clinical Volunteering in Tanzania: A Postcolonial Analysis of a Global Health Business“. In: *Global Public Health* 2018, Jg. 13, H. 3, S. 310–324.

Wendland, Claire L.: „Moral Maps and Medical Imaginaries: Clinical Tourism at Malawi’s College of Medicine“. In: *American Anthropologist*, 2012, Jg. 114, H. 1, S. 108–122.

Das entstehende Curriculum für globale Gesundheit strahlt weit über die USA hinaus, und die beobachteten Lerneffekte werden auch von Verfechtern einer Globalisierung des deutschen Medizinstudiums zitiert. So verbreitet sich ein als „global“ markiertes medizinisches Gewissen, das keineswegs nur von Verantwortung für ferne Länder geprägt ist. Vielmehr wird das „Globale“ zum Kürzel für (krankmachende) Ungleichheit und für soziale und kulturelle Exklusion und damit für diejenigen Bedingungen von Gesundheit, die im westlichen Medizinstudium sonst wenig Beachtung finden. Aus der Ferne sieht man manchmal besser, auch die Ungleichheit im eigenen Land. So werden in den USA mittlerweile immer mehr Freiwilligendienste in heimischen Problemvierteln als „Global Health“-Leistung anerkannt – und damit der Süden im Norden kenntlich gemacht. Und aus der Entwicklungszusammenarbeit bekannte Versorgungsmodelle, die mit Nichtmedizinerinnen – sogenannten *community health workers* – arbeiten, werden zunehmend in den USA erprobt. Letztlich verweisen diese Trends auf die Vielschichtigkeit und die vielen Ungleichzeitigkeiten der Globalisierung, die keine Einbahnstraße ist. Bei aller Ungleichheit und Asymmetrie zwischen Nord und Süd wirkt internationale Mobilität auch auf die Länder zurück, die sich historisch als Exporteure von Wissen und Fortschritt gerierten.