

In unserer klinisch-praktischen Tätigkeit als Medizinstudent:innen und Ärzt:innen erleben wir tagtäglich, wie soziale, ökonomische, und politische Ungleichheiten zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen. Die Sozialmedizin integriert diese Determinanten von Gesundheit in die Medizin. Ihr ist eine Skepsis und Ablehnung gegenüber reduktionistisch-technischen Epistemologien zu eigen, die primär das Verhalten des einzelnen Individuums in den Blick nehmen und Erklärungen für Gesundheit und Krankheit in Laborforschung und Molekularbiologie suchen. Dabei stützt sich die Sozialmedizin auf sozialwissenschaftliche Erkenntnisse, um die (ungleiche) Verteilung von Gesundheit und Krankheit zu verstehen und in (soziale, ökonomische und politische) Strukturen einzubetten. Darüber hinaus hat die Sozialmedizin auch einen politischen Anspruch: Vertreter:innen schlagen Veränderungen der krankheitsverursachenden sozialen, politischen und ökonomischen Strukturen vor.¹

Im Gegensatz dazu wird klinische Medizin wiederum als eine „neutral-objektive“ Praxis verstanden, die von evidenzbasierten Erkenntnissen geleitet wird. Dabei wird allerdings oft die Dynamik, die Kontingenz und die kulturelle und kontextuelle Einbettung klinischer Arbeit übersehen, was die Integration sozialmedizinischer Erkenntnisse – mit ihrem Fokus auf upstream liegenden Determinanten von Gesundheit – in der klinischen Praxis erschwert.

Durch die Methode der *Klinischen Ethnografien* versuchen wir, die *Clinical Ethnography Group*, Verbindungen zwischen sozialmedizinischen Inhalten und klinischer Medizin herzustellen sowie die beschriebene Einbettung klinischer Arbeit sichtbar zu machen. Das Konzept der *Clinical Ethnography* vereint dabei multiple und heterogene Ansätze. So kann sie eine Untersuchung klinischer Arbeit mittels ethnografischer Methodik sein, oder das lokale und partikulare Verständnis von Gesundheit und Krankheit im klinischen Kontext ergründen. Beide Ansätze nutzen die aus Anthropologie und Soziologie bekannte Methode qualitativer Datenerhebung der Ethnografie. Dabei werden mittels *teilnehmender Beobachtung* (*participat observation*) oder auch *beobachtender Teilnahme* (*observant participation*) Daten erhoben und Erfahrungen sowie Eindrücke klinisch-praktischer Tätigkeit dokumentiert. Bei der teilnehmenden Beobachtung liegt das Hauptaugenmerk auf der Beobachtung, während mit beobachtender Teilnahme auch die Durchführung klinischer Arbeit mit gleichzeitiger ethnografischer Aufmerksamkeit verbunden sein kann.² Die gemachten Beobachtungen können im Ansatz der klinischen Ethnografie gemeinsam mit Reflektionen über die eigene Rolle während der Beobachtung und dabei auftretenden Gefühlen, Emotionen und Irritationen schriftlich in sogenannten Feldnotizen festgehalten werden.³

Diese Methodik kann in einem Krankenhaus, in ambulanten oder weiteren assoziierten Gesundheitseinrichtungen stattfinden. Ihr Ziel ist, die Interaktionen, Erfahrungen und Reflexionen des klinischen Alltags (Ebene der klinischen Medizin) festzuhalten und diese in soziale, kulturelle und strukturelle Zusammenhänge (Ebene der Sozialmedizin) einzubetten.

In diesem Blogbeitrag beschreiben wir die Arbeit mit *klinischen Ethnografien* als eine Form praktisch-sozialmedizinischem Engagements, welche von Ärzt:innen und Medizinstudent:innen durchgeführt wird. In der *Clinical Ethnography Group* treffen wir uns in regelmäßigen Abständen, um unsere in Feldnotizen festgehaltenen Erfahrungen zu teilen, unsere klinische Arbeit im Kontext sozialmedizinischer Konzepte zu reflektieren, und die Implikationen dieser Diskussionen und Reflektionen für unsere klinische Arbeit festzuhalten.

Anhand von zwei Fallvignetten, die aus komprimierten Feldnotizen entstanden sind, verdeutlichen wir im Folgenden unsere Arbeit. In der ersten Fallvignette zeigen wir die Verbindung von klinischen Beobachtungen mit der Sozialmedizin auf, mit der zweiten Fallvignette illustrieren wir ihren Anstoß einer nachfolgenden Gruppendiskussion.

Fallvignette 1

Herr B, 1980 geboren, hat eine schwere Leberzirrhose. Wir finden heraus, dass Herr B. im Verlauf seines Lebens viel Alkohol konsumiert hat – was für uns (medizinisch) seine Erkrankung erklärt. Sein Alkoholkonsum ist insbesondere aufgrund seines jungen Alters auf der Station ein Thema, über das viel gesprochen wird. Die Metapher des „schnellen Lebens“ wird von einem Oberarzt herangezogen, um sich den körperlichen Zustand (im Kontext seines Alters) von Herrn B. zu erklären, aber auch um zu erklären, dass „uns [das Behandlungsteam] dabei keine Schuld“ trifft. Auf der Station ist Herr B. oft nicht anwesend, was zu Irritationen und Aversionen gegenüber Herrn B. von Seiten des Teams führt. Mehrfach äußert Herr B. den Wunsch, entlassen zu werden. Wir erfahren, dass er in einer Großwohnsiedlung am Rande der Stadt wohnt. Er hat eine Partnerin und mehrere Kinder, wohnt allerdings nicht mit diesen zusammen. Den Studenten erzählt er, dass er immer viel gearbeitet habe, aber der Alkohol viel kaputt gemacht hat. Sein körperlicher Zustand ist weiterhin schlecht, er ist sehr schwach. Dennoch verlangt er weiterhin, entlassen zu werden. Bei der Visite davor fragt er: „Muss ich in einem Jahr sterben?“. Schließlich findet eine Entlassung „gegen ärztlichen Rat“ statt und Herr B. verspricht, noch am gleichen Tag zu seiner Hausärztin zu gehen.

Wie diese Fallvignette verdeutlicht, dienen zur Erklärung der Erkrankung von Herrn B. biologisch-medizinische Zusammenhänge: Der Alkoholkonsum zerstörte die Leber. Dieses Konsumverhalten wird im behandelnden Team individualistisch erklärt; *upstream* liegende Faktoren, wie Wohnort, Einkommen, oder auch Arbeit, die damit im Zusammenhang stehen, werden in der beobachteten klinischen Praxis nicht zur Erklärung des Gesundheitszustands des Patienten herangezogen. Mit der Metapher des „schnellen Lebens“ drückt der Oberarzt dieses individualisierende Narrativ aus. Jedoch scheint er sich verantwortlich für den Zustand des Patienten zu fühlen, sieht sich aber nicht in der Lage mit den Mitteln der Medizin zu intervenieren. So kann er mit dem Verweis auf individuelles „Fehlverhalten“ seine wahrgenommene Verantwortung von sich weisen. Die Diskussion des Falls von Herrn B. in einem ruhigen und solidarischen Raum der *Clinical Ethnography Group* ermöglichte es,

sozialmedizinische Erklärungsansätze für seine Erkrankung in den Blick zu nehmen. So regt dieser Ansatz u.a. eine Diskussion über ungleiche (Gesundheits-)Chancen, die mit dem Wohnen in unterschiedlichen Stadtvierteln assoziiert sind, an. Auch ermöglicht er Reflexionen über die eigene Sozialisation, und wie diese mit der Rolle als Medizinstudent:in und Ärzt:in verbunden sein könnte. Zurück in der klinischen Praxis kann versucht werden, für diesen und andere Fälle eine „[strukturelle Differentialdiagnose](#)“ zu vergeben: So ist die im Fall beschriebene Leberzirrhose nicht (nur) durch den schädliche Alkoholkonsum bedingt, sondern die strukturelle Differentialdiagnose „strukturelle Deprivation“ zu stellen. Darüber hinaus können Interventionen über die klinische Praxis hinaus in Betracht gezogen werden, z.B. durch soziales Engagement im Stadtteil bei Initiativen zu den Themen Suchtberatung oder Wohnen.⁴

Fallvignette 2

Herr N. ist 86 Jahre alt. Bei ihm wurde vor Kurzem eine Tumorerkrankung diagnostiziert. Bevor er ins Krankenhaus kam, lebte Herr N. zuhause und kümmerte sich um seine demente Ehefrau. Er berichtet, dass diese aber nun ins Pflegeheim müsse, da er selbst krank ist. Aufgrund seines fortgeschrittenen Alters möchte Herr N. keine weitere Diagnostik und Therapie in Anspruch nehmen. Allerdings möchte er gerne in das gleiche Pflegeheim wie seine Ehefrau, um mit dieser zusammen sein zu können. Ein Facharzt auf der Station erklärt Herrn N., dass auch aus „medizinischer Sicht“ keine weiteren Handlungen mehr nötig seien. Dem Studenten gegenüber meint der Facharzt, dass es hier nicht mehr viel zu tun gäbe, um das Pflegeheim würde sich der Sozialdienst kümmern.

Diese Fallvignette nahmen wir zum Anlass, in der Gruppe das Thema der „sozialen Indikation“ zu besprechen. Wir stellten fest, dass es unterschiedliche Aufgabenbereiche klinischer Tätigkeit gibt, denen auch möglicherweise unterschiedlich viel Wert beigemessen wird. So gibt es hier für den Facharzt „nicht mehr viel zu tun“, was für ein Verständnis klinischer Arbeit spricht, in dem biologisch-technische Interventionen zentral und soziale Tätigkeiten eher am Rand zu finden sind. Zudem wurde anhand dieses Falls und weiterer Fälle diskutiert, wie unterschiedliche Patient:innen als „Arbeitsaufträge“ vom Klinikpersonal verstanden werden. In der Fallvignette scheint es für den Facharzt keinen konkreten Handlungsauftrag mehr zu geben. Darüber hinaus wurde der Zusammenhang von ökonomischen Überlegungen und „sozialer Indikation“ diskutiert. Diese Beispiele machen kontextuelle und kulturelle Dynamiken innerhalb des klinischen Alltags sichtbar.

Klinische Ethnografien verändern den Blick auf unsere Arbeit: Diese nehmen wir als weniger starr, sondern veränderbar wahr. Sozialmedizinische Konzepte unterstützen uns hierbei, indem wir diese mit den dokumentierten Erfahrungen von Patient:innen und unseren Beobachtungen in Beziehung setzen. Die Einblicke in unsere klinischen Ethnografien zeigen, wie die Dynamiken und Kontingenzen klinischer Tätigkeit durch die Arbeit mit Feldnotizen in der *Clinical Ethnography Group* sichtbar gemacht werden können. Klinische Ethnografien machen Mut, uns eine andere – eine kontingenzoffene und mit Patient:innen solidarische – klinische Arbeit vorzustellen, trotz multipler struktureller Probleme wie Zeitmangel, Stress und Personalnot.

Darüber hinaus denken wir, dass die vorgestellte Arbeit mit *klinischen Ethnografien* auf individueller Ebene und in der Gruppe ein emanzipatorisches Interesse an klinisch-praktischer Arbeit von Ärzt:innen und Medizinstudent:innen wecken kann.⁵ Für die Förderung eines emanzipatorischen Interesses ist nicht primär der Erwerb bestimmter inhaltlicher Kompetenzen entscheidend, sondern die Entwicklung eines neuen Bewusstseins oder einer neuen Vorstellung davon, wie eine sozial gerechtere und solidarische klinische Tätigkeit aussehen kann. Die Entwicklung dieses neuen Bewusstseins wird durch die spezifisch ethnografische Haltung gefördert; durch Beobachtung, Reflexion und mit einem Fokus auf die alltäglichen Erfahrungen von Menschen – [stauend, fragend und mit nie endender Bewunderung für menschliche Komplexität](#).

Autor:innenhinweise:

Larissa Chandra und Jonathan Bay studieren Medizin an der Universität Halle und beschäftigen sich wissenschaftlich, insbesondere mit qualitativen Methoden, mit sozialmedizinischen Fragen. Sie organisieren die *Clinical Ethnography Group*, die aktuell alle 6 Wochen online stattfindet. Wir freuen uns immer über neue Teilnehmer:innen! Anmeldung unter Larissa.ChandraChowdhary@uk-halle.de; Jonathan.Bay@uk-halle.de

Zitiervorschlag: Bay, Jonathan & Chandra, Larissa, *Klinische Ethnographien als gelebte Sozialmedizin: Die Arbeit der Clinical Ethnography Group*, *Uncovering Medicine*, 2026-04-16, online: <https://www.uni-giessen.de/de/fbz/fb11/institute/histor/blog/klinische-ethnografien/klinische-ethnografien>, DOI: <https://doi.org/10.22029/jlupub-20813>.

¹ Die hier dargestellten Charakteristika der Sozialmedizin können als grundlegende Gemeinsamkeiten betrachtet werden. Jedoch hat sie Sozialmedizin eine reiche, globale, und kontroverse Geschichte, die sich nicht diesen Gemeinsamkeiten erschöpft. Vgl. dazu [Lie et al. 2025](#); Obwohl es einige Überschneidungen gibt, unterscheidet sich die Sozialmedizin von Public Health (grob vereinfacht) insbesondere in diesem radikal-politischen Anspruch, sowie der kritischen Bewertung epidemiologischer Daten und des Risiko-Paradigmas (vgl. Abadía-Barrero 2022, S.45). Die Sozialepidemiologie schlägt (möglicherweise) zwischen beiden Konzepten eine Brücke (vgl. Krieger 2011)

² In Krankenhäusern gestaltet sich die teilnehmende Beobachtung schwierig, da eine Teilnahme im Krankenhaus überwiegend nur für Mitarbeiter:innen, Patient:innen und Angehörige möglich ist. Somit erscheint in der Auffassung klinischer Ethnografien der Begriff der *observant participation* passender, da wir durch unsere Rolle als Mitarbeiter:innen oder Student:innen eine formal teilnehmende Rolle in der Klinik einnehmen. Vgl. dazu u.a. [Mazumdar 2025](#).

³ Feldnotizen sind in Worte transformierte Ereignisse, die selektiv von der Ethnograf:in ausgewählt werden. Sie stellen immer eine „partiale Perspektive“ ([Haraway 1996](#)) dar.

⁴ Hier sei auf das Konzept von „Structural humility“, zu deutsch strukturelle Bescheidenheit, verwiesen. Wir als medizinisch tätige Personen brauchen diese Bescheidenheit aufgrund der Limitationen medizinischer

Fähigkeiten, aber auch unseres Engagements, Partnerschaften und Bündnisse mit (staatlichen und zivilgesellschaftlichen) Organisationen und sozialen Bewegungen, um gegen strukturelle Determinanten von Gesundheit vorgehen zu können. Vgl. [Metzl und Hansen 2014](#).

⁵ Emanzipatorisches Interesse steht neben technischem und praktisch-kommunikativem Wissen, das alles für die klinische Arbeit unerlässlich ist. Jedoch fokussiert die medizinische Ausbildung durch die Vermittlung von Kompetenzen primär technische und praktisch-kommunikative Aspekte. Kritisches Denken, das durch emanzipatorisches Interesse gefördert wird, kann allerdings weniger als Kompetenzen vermittelt werden, sondern Bedarf andere Formen der Vermittlung. Vgl. [Kumagai 2014](#).