

Aus der Missionsärztlichen Klinik
Tropenmedizinische Abteilung
Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. August Stich

**Studierende der Humanmedizin aus Entwicklungsländern
an deutschen Hochschulen -
Bewertung des Medizinstudiums in Deutschland
und der Vorbereitung auf die Bewältigung von
Gesundheitsproblemen in Entwicklungsländern**

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
vorgelegt von
Ruth Strauß
aus Schwabach

Schwabach, im April 2006

Referent: Prof. Dr. Klaus Fleischer
Korreferent: Prof. Dr. Klaus Brehm
Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 20. Juni 2007

Die Promovendin ist Ärztin

Für Herrn Bruno Buff
Tierarzt in Ellingen

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis Text	VI
Tabellenverzeichnis Anhang	VIII
Grafikverzeichnis	IX
Bildverzeichnis	X
Abkürzungsverzeichnis	XI
1 Einleitung	1
1.1 Ausländerstudium in Deutschland	1
1.1.1 Geschichte des Ausländerstudiums, Entwicklung in Deutschland seit dem Ende des 19. Jahrhunderts und aktueller Stand	1
1.1.2 Ziele des Ausländerstudiums	4
1.1.3 Bedingungen des Studiums von Menschen aus Entwicklungsländern in Deutschland	5
1.2 Blick über den Tellerrand	7
1.2.1 Gesundheitssituation in Entwicklungsländern	7
1.2.2 Studium der Krankheiten anstatt des Gesundheitswesens	8
1.2.3 Relativismus der „westlichen Wissenschaft“/ Medizin	9
2 Zielsetzung	11
3 Material und Methoden	13
3.1 Erhebung der statistischen Daten	13
3.2 Zielgruppen und Fragebögen	13
3.3 Auswertung der zurückgesandten Fragebögen	16
4 Deskription der Ergebnisse	17
4.1 Ergebnisse der Datenerhebung bei den Akademischen Auslandsämtern	17
4.2 Ergebnisse der Datenerhebung beim Statistischen Bundesamt	19

4.3	Ergebnisse der Befragung der Studierenden	23
4.3.1	Fragen zur Person	23
4.3.1.1	Geschlecht (Teil F - Frage 1)	23
4.3.1.2	Herkunft (Teil F - Frage 2)	23
4.3.1.3	Berufserfahrung im medizinischen Bereich (Teil F - Frage 3)	25
4.3.1.4	Kontakt mit medizinischen Einrichtungen im Heimatland (Teil F - Frage 4)	25
4.3.1.5	Beweggründe für ein Studium in Deutschland (Teil D - Frage 1)	26
4.3.2	Fragen zum Verlauf des Studiums	28
4.3.2.1	Semesterzahl (Teil A - Frage 1)	28
4.3.2.2	Beginn des Studiums in Deutschland (Teil A - Frage 2)	28
4.3.2.3	Universität (Teil A - Frage 3)	29
4.3.2.4	Gesamtes Studium in Deutschland (Teil A - Frage 4)	29
4.3.2.5	Persönliche Betreuung im Studium (Teil B - Frage 2)	29
4.3.2.6	Weiterbildung auf persönlichem Interessensgebiet (Teil B - Frage 5.1)	30
4.3.2.7	Zusatzveranstaltungen an der Fakultät (Teil B - Frage 6)	31
4.3.2.8	Außeruniversitäre Veranstaltungen (Teil C - Frage 1)	32
4.3.2.9	Arbeitsgruppen oder Aktivitäten zu Entwicklungspolitik oder Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern (Teil C - Frage 2)	33
4.3.2.10	Schwierigkeiten im Studium (Teil D - Frage 2)	33
4.3.2.11	Famulatur/ Praktisches Jahr außerhalb Deutschlands (Teil F - Frage 5)	34
4.3.3	Beurteilung des Studiums	35
4.3.3.1	Beurteilung des Ausbildungssystem (Teil B - Frage 1)	35
4.3.3.2	Bewertung der persönlichen Betreuung (Teil B - Frage 2.3)	37
4.3.3.3	Ausbildung im Ländervergleich (Teil B - Frage 3)	37
4.3.3.4	Bewertung der Pflichtfächer (Teil B - Frage 4)	37
4.3.3.5	Bewertung der Zusatzveranstaltungen an der Universität (Teil B - Frage 6)	39
4.3.3.6	Bewertung der Veranstaltungen außerhalb der Universität (Teil C - Frage 1)	39
4.3.3.7	Wichtigkeit des außeruniversitären Angebotes und von lokalen Gruppen/ Aktivitäten für die Qualität der Ausbildung (Teil C - Frage 3)	39
4.3.3.8	Vorbereitung auf Schwierigkeiten nach der Rückkehr (Teil E - Frage 6)	39
4.3.4	Vorstellungen von einem „idealen“ Studium	40
4.3.4.1	Einschätzung der persönlichen Betreuung (Teil B - Frage 2.4)	40
4.3.4.2	Eigene Interessen im Studium (Teil B - Frage 5)	40
4.3.4.3	Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium in Deutschland (Teil B - Frage 7)	41
4.3.4.4	Maßnahmen zur Vorbereitung auf Schwierigkeiten nach der Rückkehr (Teil E - Frage 6)	42

III

4.3.5	Eigene Pläne für die berufliche Tätigkeit	43
4.3.5.1	Wunsch für künftige Tätigkeit (Teil E – Frage 1)	43
4.3.5.2	Wunsch für den Ort der künftigen Tätigkeit (Teil E – Frage 2)	43
4.3.5.3	Anerkennung des deutschen Studiums (Teil E – Frage 3)	44
4.3.5.4	Vorstellung von der Zeit nach der Rückkehr (Teil E – Frage 4)	44
4.3.5.5	Weiterbildung (Teil E – Frage 5)	45
4.3.5.6	Erwartete Schwierigkeiten nach der Rückkehr (Teil E – Frage 6)	46
4.3.5.7	Pläne für Famulatur/ Praktisches Jahr außerhalb Deutschlands (Teil F – Frage 5.2)	47
4.4	Ergebnisse der Befragung der Ärztinnen und Ärzte	48
4.4.1	Fragen zur Person	48
4.4.1.1	Geschlecht (Teil 2 – Frage 1.1)	48
4.4.1.2	Heimatland (Teil 2 – Frage 1.4)	48
4.4.1.3	Arbeit im Gesundheitssektor vor dem Studium (Teil 1 – Frage 4)	49
4.4.1.4	Grund für Studium in Deutschland (Teil 2 – Frage 5)	50
4.4.2	Fragen zum Verlauf des Studiums	51
4.4.2.1	Dauer des Studiums (Teil 1 – Frage 1)	51
4.4.2.2	Studienort (Teil 1 – Frage 2)	51
4.4.2.3	Gesamtes Studium in Deutschland (Teil 1 – Frage 3)	52
4.4.2.4	Land des Studienabschlusses (Teil 1 – Frage 3.2)	52
4.4.2.5	Finanzierung des Studiums (Teil 1 – Frage 6)	52
4.4.2.6	Persönliche Betreuung (Teil 1 – Frage 8)	53
4.4.2.7	Studienschwierigkeiten (Teil 1 – Frage 9)	53
4.4.2.8	Kenntnis von Zusatzveranstaltungen zur Vorbereitung auf Tätigkeit im Heimatland (Teil 1 – Frage 11)	54
4.4.3	Beurteilung des Studiums	55
4.4.3.1	Einschätzung der persönlichen Betreuung (Teil 1 – Frage 8.2/ 8.3)	55
4.4.3.2	Vorbereitung während des Studiums auf die Probleme bei der täglichen Arbeit (Teil 2 – Frage 9)	55
4.4.3.3	Bewertung der Pflichtveranstaltungen (Teil 1 – Frage 10)	55
4.4.3.4	Bewertung der Zusatzveranstaltungen (Teil 1 – Frage 11.2)	57
4.4.3.5	Erfüllung der Erwartungen an ein Medizinstudium (Teil 1 – Frage 12.2)	57
4.4.3.6	Empfehlung für ein Studium in Deutschland (Teil 1 – Frage 13)	57
4.4.4	Vorstellungen von einem „idealen“ Studium	57
4.4.4.1	Anforderungen an ein Medizinstudium in Deutschland (Teil 1 – Frage 12.1)	57
4.4.4.2	Vorschläge für Veränderungen am Medizinstudium in Deutschland (Teil 1 – Frage 14)	58
4.4.4.3	Vorbereitung auf Probleme der täglichen Arbeit als Aufgabe des Studiums (Teil 2 – Frage 9)	58

IV

4.4.5	Berufliche Reintegration	59
4.4.5.1	Land der Tätigkeit während des Praktischen Jahres und der AiP-Zeit (Teil 1 – Frage 7.1)	59
4.4.5.2	Tätigkeit in Deutschland nach dem Studium (Teil 1 – Frage 7.2)	59
4.4.5.3	Zeitraum, vor dem Deutschland verlassen wurde (Teil 2 – Frage 1.5)	59
4.4.5.4	Tätigkeit nach der Rückkehr (Teil 2 – Frage 2.2)	59
4.4.5.5	Wissen um Arbeitsstelle vor der Rückkehr (Teil 2 – Frage 3)	60
4.4.5.6	Anerkennung des Studiums (Teil 2 – Frage 4)	60
4.4.5.7	Schwierigkeiten bei der beruflichen Wiedereingliederung (Teil 2 – Frage 5)	60
4.4.5.8	Wiedereingliederungshilfe (Teil 2 – Frage 6)	61
4.4.6	Aktuelle Tätigkeit/ berufliche Situation	61
4.4.6.1	aktuelle Tätigkeit (Teil 2 – Frage 2.1)	61
4.4.6.2	Aktueller Tätigkeitsbereich im Gesundheitssystem (Teil 2 – Frage 2.1)	61
4.4.6.3	Kontakt zu deutschen Organisationen/ Institutionen (Teil 2 – Frage 7)	62
4.4.6.4	Hauptprobleme bei der täglichen Arbeit (Teil 2 – Frage 8)	62
4.4.6.5	Weiterbildungsmöglichkeiten in der Heimat (Teil 2 – Frage 10)	63
5	Diskussion	64
5.1	Medizinstudium in Deutschland	64
5.1.1	Studienablauf und Ziele des Medizinstudiums	64
5.1.2	Relevanz des Studiums für die praktische ärztliche Tätigkeit und für Studierende aus Entwicklungsländern	67
5.2	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	70
5.2.1	Rücklauf und Repräsentativität	70
5.2.2	Vollstudium	72
5.2.3	Herkunftsländer	72
5.2.4	Beweggründe für Studium in Deutschland	73
5.2.5	Schwierigkeiten im Studium	76
5.2.6	Betreuung im Studium	79
5.2.7	Zukunftsvorstellungen	81
5.2.7.1	Wunschvorstellung für die künftige Tätigkeit/ Ausbildung	81
5.2.7.2	Vorstellungen für die Zeit nach dem Studium	81
5.2.7.3	Zukunftspläne	83

5.2.8	Bewertung der Ausbildung	83
5.2.8.1	Beurteilung des universitären Ausbildungssystems – eigene Erhebung	83
5.2.8.2	Bewertung der Pflichtfächer – eigene Erhebung	83
5.2.8.3	Zusatzveranstaltungen der Universität – eigene Erhebung	86
5.2.8.4	Zusatzveranstaltungen außerhalb der Universität – eigene Erhebung	86
5.2.8.5	Beurteilung verschiedener Aspekte des Medizinstudiums in der 15. Sozialerhebung	87
5.2.9	Verbesserung des Studiums	88
5.2.9.1	Eigene Interessen im Studium	88
5.2.9.2	Vorbereitung auf die Rückkehr	90
5.2.9.3	Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium	90
5.2.9.4	Verordnungen und Vorschläge für eine Reform des Medizinstudiums	93
5.2.9.5	Entwicklungslandorientierte Studienangebote für MedizinstudentInnen	98
5.3	Bedeutung für die Praxis	101
5.3.1	Notwendigkeit der Reform der medizinischen Ausbildung	101
5.3.2	Notwendigkeit eines entwicklungslandorientierten Studienangebotes im Studium der Humanmedizin	102
5.4	Perspektive	104
6	Zusammenfassung	105
7	Literatur	108
8	Anhang	112
8.1	Fragebögen	112
8.1.1	Fragebogen an die Studierenden	112
8.1.2	Fragebogen an die Ärztinnen und Ärzte	129
8.2	Tabellen 8.2-1 bis 8.2-19	145

Tabellenverzeichnis Text

Tabelle 4.1-1: Wichtigste Herkunftsländer (n größer 10) der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin an den medizinischen Fakultäten in Deutschland (ohne Halle, Jena, Lübeck) im WS 1995/96	18
Tabelle 4.2-1: Ausländische Studierende gesamt und Human-/ Zahnmedizin in Deutschland im WS 2002/03 nach Kontinenten der Staatsangehörigkeit	20
Tabelle 4.3-1: Geschlecht der ausländischen Studierenden	23
Tabelle 4.3-2: Herkunftsländer der Studierenden der realisierten Stichprobe und HDI-Kategorie	24
Tabelle 4.3-3: Studierende in den neuen und alten Bundesländern und HDI-Kategorie des Herkunftslandes	24
Tabelle 4.3-4: Tätigkeitsbereich der medizinischen Berufserfahrung	25
Tabelle 4.3-5: Beweggründe ausländischer MedizinstudentInnen für ein Studium in Deutschland	26
Tabelle 4.3-6: Chiquadratstest: Finanzielle Gründe für Studium in Deutschland und HDI- Kategorie des Herkunftslandes	27
Tabelle 4.3-7: Studienorte der Studierenden (alphabetische Aufzählung)	29
Tabelle 4.3-8: Gelegenheiten persönlicher Betreuung	30
Tabelle 4.3-9: Häufigkeit persönlicher Betreuung	30
Tabelle 4.3-10: Zusatzveranstaltungen an der Universität und Bewertung	31
Tabelle 4.3-11: Veranstalter außeruniversitärer Zusatzangebote und Bewertung	32
Tabelle 4.3-12: positive Urteile für das Ausbildungssystem	35
Tabelle 4.3-13: negative Urteile der Studierenden bzgl. Studienablauf und -organisation	36
Tabelle 4.3-14: negative Urteile der Studierenden bzgl. Studieninhalte	36
Tabelle 4.3-15: eigene Interessen im Studium	40
Tabelle 4.3-16: Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium in Deutschland	41
Tabelle 4.3-17: Vorschläge zur Vorbereitung auf Schwierigkeiten nach der Rückkehr	42
Tabelle 4.3-18: bevorzugter Ort der künftigen Tätigkeit	43
Tabelle 4.3-19: Vorstellung von der Zeit nach der Rückkehr	44
Tabelle 4.3-20: Gründe für das Wunschland der Weiterbildung	45
Tabelle 4.3-21: erwartete Schwierigkeiten bei der Rückkehr ins Heimatland	46
Tabelle 4.4-1: Geschlecht der befragten ÄrztInnen	48
Tabelle 4.4-2: Herkunftsländer der ÄrztInnen mit Studium der Humanmedizin in Deutschland nach HDI-Kategorien der Herkunftsländer	49
Tabelle 4.4-3: Gründe der ÄrztInnen für ein Studium in Deutschland	50

VII

Tabelle 4.4-4: Dauer des Medizinstudiums in Deutschland	51
Tabelle 4.4-5: Studienorte der befragten Ärzte und Ärztinnen	51
Tabelle 4.4-6: Finanzierung des Studiums	52
Tabelle 4.4-7: Gelegenheiten persönlicher Betreuung	53
Tabelle 4.4-8: Zusatzveranstaltungen zur Vorbereitung auf die spätere Tätigkeit im Heimatland	54
Tabelle 4.4-9: Anforderungen der ÄrztInnen an ein Medizinstudium in Deutschland	57
Tabelle 4.4-10: Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium	58
Tabelle 4.4-11: Tätigkeit sofort nach der Rückkehr	59
Tabelle 4.4-12: Probleme bei der Anerkennung des deutschen Medizinstudiums	60
Tabelle 4.4-13: Art der Wiedereingliederungshilfe	61
Tabelle 4.4-14: Aktueller Tätigkeitsbereich im Gesundheitssystem	61
Tabelle 4.4-15: Berufliche Kontakte nach Deutschland	62
Tabelle 4.4-16: Hauptprobleme bei der täglichen Arbeit	62
Tabelle 4.4-17: Gründe, nicht an Weiterbildungen teilzunehmen	63
Tabelle 5.2-1: Beteiligung der Studierenden in den Sozialerhebungen der DSW	70
Tabelle 5.2-2: Vergleich von Geschlecht und Herkunft der Studierenden in der eigenen Stichprobe mit der amtlichen Studentenstatistik	71
Tabelle 5.2-3: Schwierigkeiten beim Studienaufenthalt in Deutschland	78

Tabellenverzeichnis Anhang

Tabelle 8.2-1: Anzahl der von den Akademischen Auslandsämtern versandten Fragebögen und Rücksendungen	145
Tabelle 8.2-2: Kontinent der Herkunft und Anzahl der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin an den medizinischen Fakultäten in Deutschland im WS 1995/96	146
Tabelle 8.2-3: Herkunftsländer der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin im WS 1995/96	147
Tabelle 8.2-4: Zahlen deutscher und ausländischer Studierender der Humanmedizin WS 1972/73 bis WS 2002/03	149
Tabelle 8.2-5: Herkunftskontinente ausländischer Studierender der Medizin (Human- und Zahnmedizin) WS 1987/88 bis WS 2002/03	150
Tabelle 8.2-6: Herkunftsländer der ausländischen Studierenden der Humanmedizin in der ehemaligen DDR bzw. den neuen Bundesländern von 1986 bis 1991	151
Tabelle 8.2-7: lokale Arbeitsgruppen und Aktivitäten zu Themen der Entwicklungspolitik oder der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern	153
Tabelle 8.2-8: Chi-Quadrat-Test: Anerkennung des deutschen Medizinstudiums in der Heimat mit HDI-Kategorie des Herkunftslandes	153
Tabelle 8.2-9: Wunschland für Famulatur/ Praktisches Jahr außerhalb Deutschlands	154
Tabelle 8.2-10: Chi-Quadrat-Test: „neue“ und „alte“ Bundesländer mit HDI-Kategorie des Herkunftslandes	154
Tabelle 8.2-11: sieben Chi-Quadrat-Tests: Gründe der ÄrztInnen für ein Medizinstudium in Deutschland und HDI-Kategorie Herkunftsland	154
Tabelle 8.2-12: Beginn des Medizinstudiums in Deutschland	155
Tabelle 8.2-13: Ende des Medizinstudiums in Deutschland	155
Tabelle 8.2-14: Tätigkeitsland im Praktischen Jahr	155
Tabelle 8.2-15: Land der Tätigkeit im AiP	155
Tabelle 8.2-16: Zeitraum seit dem Verlassen Deutschlands	155
Tabelle 8.2-17: Themen der Weiterbildungsveranstaltungen	155
Tabelle 8.2-18: Veranstalter der Weiterbildungen	156
Tabelle 8.2-19: Herkunftsländer der ausländischen Studierenden der Humanmedizin: Vergleich der Stichprobe der eigenen Befragung mit den Zahlen der Akademischen Auslandsämter	156

Grafikverzeichnis

Grafik 4.1-1: Herkunft ausländischer Medizinstudenten WS 1995/96	17
Grafik 4.2-1: Anteil der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin	19
Grafik 4.2-2: Anteil der Herkunftskontinente ausländischer Medizinstudenten (Human- und Zahnmedizin) WS 1987/88 bis WS 2002/03	21
Grafik 4.2-3: Herkunft der ausländischen Medizinstudenten in der ehemaligen DDR bzw. den neuen Bundesländern nach Kontinenten in den Jahren 1986 bis 1991	22
Grafik 4.3-1: Verteilung der Studierenden der Stichprobe nach Semesteranzahl	28
Grafik 4.3-2: Anzahl Studierende nach dem Jahr des Studienbeginns in Deutschland	28
Grafik 4.3-3: Schwierigkeiten der Studierenden im Studium	33
Grafik 4.3-4: Bewertung des Ausbildungssystems für das Studium der Humanmedizin	35
Grafik 4.3-5: Bewertung des Ausbildungssystems im Ländervergleich	37
Grafik 4.3-6: Bewertung der Pflichtfächer hinsichtlich Praxisnähe und Relevanz für die ärztliche Tätigkeit	38
Grafik 4.3-7: Wichtigkeit der außeruniversitären Angebote	39
Grafik 4.3-8: Wünsche der Studierenden für künftigen Tätigkeitsbereich	43
Grafik 4.3-9: erwartete Schwierigkeiten nach der Rückkehr ins Heimatland	47
Grafik 4.3-10: Pläne für praktische Erfahrung außerhalb Deutschlands	47
Grafik 4.4-1: Studienschwierigkeiten der ÄrztInnen aus der Retrospektive	53
Grafik 4.4-2: mittlere Bewertung der Pflichtfächer durch die ÄrztInnen	55
Grafik 4.4-3: Bewertung der Pflichtfächer durch die Ärztinnen und Ärzte	56
Grafik 4.4-4: Schwierigkeiten der ÄrztInnen bei der beruflichen Reintegration	60
Grafik 5.2-1: Herkunftskontinente der ausländischen Studierenden der Human- und Zahnmedizin im Jahr 1991 in den neuen Bundesländern und im früheren Bundesgebiet	73
Grafik 5.2-2: Beweggründe ausländischer MedizinstudentInnen für ein Studium in Deutschland	74
Grafik 5.2-3: Beweggründe der ÄrztInnen für ein Studium der Humanmedizin in Deutschland	74
Grafik 5.2-4: Gründe für ein Hochschulstudium bei Bildungsausländern aus Entwicklungsländern	75
Grafik 5.2-5: Gründe für ein Studium in Deutschland	76
Grafik 5.2-6: Schwierigkeiten der Studierenden und der ÄrztInnen im Studium	77
Grafik 5.2-7: Schwierigkeiten von Stipendiaten aus Entwicklungsländern im Studium/ Forschungsprojekt	79

Grafik 5.2-8: Gelegenheiten persönlicher Betreuung	79
Grafik 5.2-9: Beurteilung der Beratung und Betreuung durch Lehrkräfte	80
Grafik 5.2-10: erwartete Schwierigkeiten nach der Rückkehr ins Heimatland	82
Grafik 5.2-11: Bewertung des Ausbildungssystems für das Studium der Humanmedizin	83
Grafik 5.2-12: Bewertung der Pflichtfächer durch Studierende und durch ÄrztInnen bezüglich der Praxisnähe und Relevanz für die ärztliche Tätigkeit	84
Grafik 5.2-14: Beurteilung verschiedener Aspekte des Studiums der Humanmedizin durch deutsche und ausländische Studierende	87
Grafik 5.2-15: eigene Interessen im Studium in Prozent	88
Grafik 5.2-16: Anforderungen der ÄrztInnen an das Medizinstudium	89
Grafik 5.2-17: Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium durch Studierende	91
Grafik 5.2-18: Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium von ÄrztInnen	92

Bilderverzeichnis

Bild 1: Armutsspirale	9
-----------------------	---

Abkürzungsverzeichnis

AAAAA	Arbeitskreis afrikanisch- asiatischer Akademikerinnen und Akademiker
DSE	Deutsche Stiftung für Internationale Entwicklung (wurde mit der Carl Duisberg Gesellschaft e. V. zur InWEnt gGmbH zusammengeführt)
DSW	Deutsches Studentenwerk
ESG	Evangelische Studenten Gemeinde
HDI	Human Development Index; Erläuterung siehe Fußnote Seite 23
HIS	Hochschul-Informations-System
IPPNW	International Physicians for the Prevention of Nuclear War (Internationale Ärzte für die Verhinderung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e. V.)
ITHÖG	Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen
Kamfomedics	Initiative von Medizinstudenten aus Kamerun in Deutschland
KHG	Katholische Hochschulgemeinde
MC	Multiple Choice
SS	Sommersemester
stube	Studienbegleitprogramm für Studierende aus Afrika, Asien und Lateinamerika
TTM	Technologie Transfer Marburg
WS	Wintersemester
wus	world university service

Studierende der Humanmedizin aus Entwicklungsländern an deutschen Hochschulen

Bewertung des Medizinstudiums in Deutschland und der Vorbereitung auf die Bewältigung von Gesundheitsproblemen in Entwicklungsländern

1 Einleitung

1.1 Ausländerstudium in Deutschland

Das Studium kann ein prägender Abschnitt im Leben eines Menschen sein. Neben der Aneignung von fachlichem Wissen als Vorbereitung für eine spätere Berufstätigkeit steht für viele durch die Begegnung mit bisher unbekanntem Menschen während der Studienzeit eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Weltbildern und Lebensphilosophien, oft auch eine Ablösung von der bisher vertrauten Umgebung an. Findet das Studium im Ausland statt, kann davon ausgegangen werden, dass die Auseinandersetzung mit der fremden (und gleichzeitig auch der eigenen) Kultur einen ungleich größeren Raum einnimmt und erhebliche Anpassungsleistungen zur Integration in die Gesellschaft des Gastlandes und zum Erbringen von Studienleistungen vonnöten sind.¹ Je unterschiedlicher Kultur und Alltagsrealität des Heimatlandes von denen des Gastlandes sind, desto größer sind die Herausforderungen, die an den einzelnen Menschen gestellt werden.

Im WS 2002/03 waren gemäß amtlicher Statistik 227.026 Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit an den deutschen Hochschulen immatrikuliert – 85009 (37%) von diesen Studierenden hatten eine Staatsangehörigkeit aus den Kontinenten Afrika, Asien oder Latein- / Mittelamerika. Bei einer Gesamtzahl von 1.939.233 Studierenden in Deutschland ergibt sich für das WS 2002/03 eine Ausländerquote von 11,7%.²

1.1.1 Geschichte des Ausländerstudiums, Entwicklung in Deutschland seit dem Ende des 19. Jahrhunderts und aktueller Stand

Die Ursprünge des Studiums im Ausland gehen bis in die Antike und in die frühen indischen und chinesischen Hochkulturen zurück. Das Studium in einer fremden Kultur trug wesentlich zur Ausbreitung von Kultur und Religion bei.

¹ vgl. Hampel, Dieter (1995), S. 6f.

² Zahlen der amtlichen Studentenstatistik des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden

Mit Gründung der ersten europäischen Universitäten gewann die Auslandsausbildung wesentlich an Bedeutung, denn in wenigen Universitätszentren studierten Angehörige vieler Nationen unter dem Schutz des Kaisers und organisiert in Schutzvereinigungen ausländischer Studenten. Die Nationalisierung der Hochschulbildung setzte mit der Entwicklung der Buchdruckerei und mit der Zunahme der Anzahl der europäischen Universitäten ein.¹

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kamen Studierende vorwiegend aus den Ländern Russland, Vereinigte Staaten von Amerika, Österreich, Schweiz und England ins Deutsche Reich. Die Herkunftsländer ausländischer Studierender veränderten sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts stark: zu beobachten war eine Zunahme jüdischer Studenten aus Russland, die antisemitisch motivierten Studienbeschränkungen zu entgehen suchten. Daneben kam ein relativ großer Anteil der ausländischen Studierenden aus Österreich und der Schweiz. Die Zahl afrikanischer Studierender war von geringerer Bedeutung und ist für das Jahr 1911 mit 27 belegt. Aus Asien und Lateinamerika wurden Anfang des 20. Jahrhunderts außer den Studierenden aus Japan (im Jahr 1911: 149) keine Studenten verzeichnet. Im Deutschen Reich wurde im Gegensatz zu den USA, Frankreich oder England das Studium von Ausländern nicht gezielt gefördert, die Bedeutung des Ausländerstudiums für die Kulturpolitik und für wirtschaftliche Interessen wurde nicht gesehen.²

Nach dem ersten Weltkrieg gewann das Ausländerstudium in Deutschland kulturpolitische Aspekte hinzu – das Ansehen Deutschlands im Ausland musste gepflegt werden. Gleichzeitig wurde das Ausländerstudium zunehmend staatlich kontrolliert und zentralisiert, verschärfte Zulassungsbedingungen führten zu einer Abweisung vieler ausländischer Studienwilliger. Dennoch stieg durch die politische Entspannung und wirtschaftliche Erholung die Zahl der ausländischen Studenten bis 1923 kontinuierlich an, Deutschland war zu Zeiten der Inflation ein „billiges“ Studienland. Nach der Währungsreform im Jahre 1923 reduzierte sich die Zahl der Studierenden drastisch.³

In der Zeit des Nationalsozialismus gingen die Ausländerzahlen an den Hochschulen in Deutschland zurück. Dies ist neben den Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise auch auf politische Faktoren im Zusammenhang mit der nationalsozialistischen Machtergreifung zurückzuführen. Während des zweiten Weltkrieges versank das Ausländerstudium in Deutschland in der Bedeutungslosigkeit – Fördermaßnahmen und Stipendienprogramme wurden eingestellt.

Nach dem Zweiten Weltkrieg stieg die absolute Anzahl ausländischer StudentInnen in Deutschland kontinuierlich an. Die Entwicklung des Ausländeranteils unter den Studierenden

¹ vgl. Ehling, Manfred (1987), S. 10ff.

² vgl. Ehling, Manfred (1987), S. 15ff.

³ vgl. Ehling, Manfred (1987), S. 25ff.

zeigte hingegen zunächst von 1961 bis 1984 einen Rückgang von anfangs 8,9% auf 5,5% im Jahr 1984.¹ Danach setzte eine kontinuierliche Zunahme des prozentualen Anteils ausländischer Studierender ein, die aufgrund der rückläufigen Anzahl der deutschen StudentInnen in den Jahren 1997/98 bis 2000/2001 sprunghaft auf über 10% anstieg.² Anfangs waren die bundesdeutschen Hochschulen bestrebt, bevorzugt politisch, religiös oder rassisch Verfolgte bzw. Angehörige ethnischer Minderheiten, die in ihren Heimatländern keine Möglichkeit einer akademischen Ausbildung hatten, zum Studium zuzulassen. Die Einreisebestimmungen für Studienwillige waren äußerst liberal.³ Bis 1961 war das Studium für Ausländer in der Bundesrepublik in keiner Weise geregelt. Zum Wintersemester 1961/62 wurden Regelungen zur Zulassung ausländischer Studienbewerber erlassen. Diese sollten das Studium von Ausländern in der Bundesrepublik fördern und von Beginn an erfolgreicher gestalten. Sie regelten folgende Bereiche der Zulassung:

- Einteilung in drei Bewertungsgruppen bezüglich der Vorbildung
- Nachweis deutscher Sprachkenntnisse und
- auf Verlangen Nachweis der Echtheit der Hochschulzugangsberechtigung durch die Heimatbehörden.⁴

Eine weitere Stufe der Reglementierung, die viel Kritik und Proteste hervorrief, wurde Anfang der 80er Jahre von der Kultusministerkonferenz verabschiedet. Die Empfehlungen in Form von „Maßnahmen zur Verbesserung der Auswahl von ausländischen Studienbewerbern an Studienkollegs“ im Jahr 1981⁵ verschärfte die Zugangsvoraussetzungen für ausländische Studienbewerber erheblich. Vornehmlich davon betroffen waren die Studienbewerber aus Entwicklungsländern, die aufgrund ethnischer, politischer oder religiöser Zugehörigkeiten im Heimatland kaum Chancen auf ein Studium hatten. Den seit Erlass dieser Maßnahmen erforderlichen Nachweis der Zulassung zur Hochschule im Heimatland zu erbringen, ist für Angehörige dieser Gruppen ungleich schwieriger bzw. unmöglich.

Die Ausländergesetzgebung im Dezember 1982 tat ein Übriges, um für diese Gruppe der ausländischen Studierenden den Zugang an deutsche Hochschulen zu erschweren. Ab dem 1.1.1983 wurde für eine Einreise zu Studienzwecken eine Aufenthaltserlaubnis der jeweiligen Auslandsvertretung **vor der Einreise** zwingend verlangt - die vorher übliche Umwandlung der befristeten Touristenvisa nach Erhalt des Studien- oder Praktikumsplatzes in eine

¹ vgl. Ehling, Manfred (1987), S. 53.

² vgl. Isserstedt, Wolfgang (2002)

³ vgl. Becker, Helmut et al. (1984) S. 117 – 121

⁴ vgl. Ehling, Manfred (1987), S. 63.

⁵ vgl. Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland(1981)

Aufenthaltserlaubnis war nicht mehr möglich. Infolgedessen wurden im Sommersemester 1983 laut einer Umfrage des World University Service rund 37% der ins Ausland verschickten Zulassungen nicht eingelöst.¹

Die entwicklungspolitische Bildungshilfe war das offizielle politische Konzept, das für das Ausländerstudium in den 70er und 80er Jahren bestimmend war. Ende der 80er Jahre fokussierte sich im Rahmen des europäischen Einigungsprozesses der Blick hin zu Europa – die Europäisierung der Bildungsbereiche stand im Vordergrund. Die Transformation der ehemaligen Ostblockstaaten in den 90er Jahren veränderte die Situation der internationalen Hochschulkooperation von Grund auf – die Zusammenarbeit mit den mittel- und ost-europäischen Staaten wurde wichtig.²

Mit Unterzeichnung der Bologna- Erklärung ist Deutschland eingebunden in die europäische Idee, bis 2010 einen einheitlichen Europäischen Hochschulraum mit Konvergenz der jeweiligen Hochschulsysteme in Europa zu verwirklichen. Das Ausländerstudium und das Studium Deutscher im Ausland gewinnen neben anderen Maßnahmen in diesem Prozess an Bedeutung und „werden als tragende Säulen zur Stärkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit des Studienstandortes Deutschland angesehen.“³

Das Aufenthaltsrecht (Visumpflicht) für Studierende aus Nicht-EU-Staaten (ausgenommen Bürger weniger Länder außerhalb der EU: Australien, Honduras, Island, Israel, Japan, Kanada, Liechtenstein, Monaco, Neuseeland, Norwegen, San Marino, Schweiz und USA) und die restriktiven ausländerrechtlichen Bestimmungen stehen jedoch der Attraktivität eines Studiums von Ausländern in Deutschland entgegen. Trotz der Verbesserungen in den letzten Jahren (bessere Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit, Lockerung des Familiennachzugs) sind „weitere substantielle Verbesserungen nötig“⁴, um das Studium von Ausländern, insbesondere aus Entwicklungs- und Schwellenländern, in Deutschland zu fördern.

1.1.2 Ziele des Ausländerstudiums

Das Studium von Ausländern in Deutschland wird durch zahlreiche Aspekte der Politik, Wirtschaft und Gesellschaft beeinflusst und von unterschiedlichsten Interessen geprägt. Neben den Interessen der beteiligten Staaten (Deutschland und das Heimatland der Studierenden) bringt natürlich auch die Person, die zum Studium nach Deutschland kommt, je nach kulturellem Hintergrund und Lebensbedingungen im Heimatland ganz eigene, persönliche Interessen und Vorstellungen ein. Bezüglich der Interessen der Staaten kann

¹ vgl. Becker, Helmut et al. (1984) S. 117 - 121

² vgl. Schnitzer, Klaus (1999) S. 5

³ vgl. Isserstedt, Wolfgang (2002) S. 11

⁴ vgl. Isserstedt, Wolfgang (2002) S. 13

sowohl von kultur-, wissenschafts- und entwicklungspolitischen als auch von ökonomischen Zielen ausgegangen werden.¹

Auswärtige Kultur- und Bildungspolitik gilt als integraler Bestandteil der deutschen Außenpolitik zum Aufbau und zur Pflege von Beziehungsgeflechten in allen Bereichen der Kultur und Bildung.² Das Ausländerstudium ist ein Instrument der auswärtigen Kulturpolitik mit dem Ziel, „zukünftige Führungskräfte und Bildungseliten anderer Länder mit Deutschland vertraut zu machen. Persönliche Bindungen, die in dieser Zeit aufgebaut werden, wirken sich nicht nur positiv auf die akademische Zusammenarbeit aus, sondern fördern die politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Beziehungen zwischen Deutschland und dem jeweiligen Heimatland.“³ Die Studierenden aus anderen Ländern werden als „kulturelle Mittler“ gesehen.⁴

Als Ziel der Entwicklungszusammenarbeit im Hochschulwesen wird genannt, „Hochschulen als Zentren der Bildung, des kulturellen und wissenschaftlichen Lebens zu befähigen, einen signifikanten Beitrag zur Landesentwicklung zu leisten.“⁵ Ein Instrument dieser Entwicklungszusammenarbeit ist unter anderem auch die Förderung von Studienaufenthalten von Menschen aus Entwicklungsländern. Aktuell steht das Ausländerstudium im Zentrum der Diskussion um die Internationalisierung der Hochschulen mit dem Ziel der Stärkung bzw. Sicherung des Hochschul-, Wissenschafts- und Forschungsstandortes Deutschland⁶. In engem Zusammenhang damit sind auch Aspekte der Sicherung des Wirtschaftsstandortes im internationalen technologischen Wettbewerb zu sehen⁷. Nach der Rückkehr der ehemaligen Studierenden ins Heimatland als Fach- und Führungskräfte bzw. Entscheidungsträger erhoffen sich Politik und Wirtschaft in ihnen Freunde, Gesprächspartner und Auftraggeber.⁸ Desgleichen erwarten die Regierungen der Heimatländer durch die Ausbildung hoch qualifizierter Fachkräfte positive Effekte für die wirtschaftliche Entwicklung des Landes.⁹

1.1.3 Bedingungen des Studiums von Menschen aus Entwicklungsländern in Deutschland

Die entwicklungspolitischen Grundsätze sehen vor, das Schwergewicht der personellen Zusammenarbeit im Hochschulbereich vorwiegend auf die Postgraduiertenphase mit möglichst zielgerichteter und kurzer Ausbildung im Gastland und sinnvoller Reintegration zu

¹ vgl. Hampel, Dieter (1995) S. 220

² vgl. Auswärtiges Amt (2002) S. 4

³ vgl. Auswärtiges Amt (2002) S. 20

⁴ vgl. Hampel, Dieter (1995) S. 221

⁵ vgl. BMZ aktuell Nr. 093 (1998) S. 6

⁶ vgl. Isserstedt, Wolfgang (2002) S. 11 und vgl. DAAD (2001) S. 4

⁷ vgl. Jensen, Stefanie (2001)

⁸ vgl. Jensen, Stefanie (2001)

⁹ vgl. Hampel, Dieter (1995) S. 221

legen. Dennoch sind bei unzureichender Verfügbarkeit spezieller Aufbaustudiengänge mit entwicklungspolitischer Ausrichtung und dem Konzept des einstufigen Langstudiums im deutschen Hochschulsystem immer noch viele Studierende aus Entwicklungsländern gezwungen, ein Vollstudium bis zum ersten Abschluss durchzuführen. Daraus entstehen besondere Schwierigkeiten der Finanzierung, der Studiendauer, der sozialen Integration im Gastland und der Reintegration ins Heimatland.¹

Die Ergebnisse der 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks weisen unter anderem folgende gravierende Unterschiede zwischen Studierenden aus Entwicklungsländern und Studierenden aus Industrie- bzw. Schwellenländern auf.² Aus Entwicklungsländern kommen überwiegend Männer (64%) zum Studium nach Deutschland, während aus Schwellen- und Industrieländern überwiegend Frauen 71% bzw. 69% in Deutschland studieren. Dies erklärt sich aus der Wahl des Studienfaches (in Ingenieurwissenschaften studieren anteilmäßig dreimal so viele Männer wie Frauen) – Studierende aus Entwicklungsländern sind mit 24% deutlich häufiger in Fächer der Ingenieurwissenschaften eingeschrieben als Studierende aus Schwellenländern mit 8% bzw. aus Industrieländern mit 13%. Die Alterstruktur der Gäste aus Entwicklungsländern unterscheidet sich mit einem durchschnittlichen Alter von 30,3 Jahren deutlich vom Alter der StudentInnen aus Schwellen- und Industrieländern mit durchschnittlich 26,4 Jahren. Der Anteil der „free-movers“ (Studienaufenthalt in Deutschland selbst organisiert, ohne Stipendium oder Austauschprogramm) beträgt 88% der Studierenden aus Entwicklungsländern; 83% der Studierenden aus Schwellenländern und 78% der Studierenden aus Industrieländern. Von allen Bildungsausländern (Hochschulzugangsberechtigung außerhalb Deutschlands erworben) stammen rund 40% aus Entwicklungsländern, was einem Anteil von 2,5% an allen Studierenden in Deutschland entspricht. Aus Schwellenländern (v. a. ehemalige Ostblockstaaten) stammen rund 29% der Bildungsausländer (1,9% aller Studierenden), aus Industrieländern stammen rund 26% der Bildungsausländer (1,7% aller Studierenden).

Die ausländer- und aufenthaltsrechtlichen Bedingungen sind insbesondere für Studierende aus Entwicklungsländern kompliziert und aufwändig. Studierende benötigen für ihren Studienaufenthalt ein nationales Visum mit dem Zweck des Studienaufenthaltes bzw. der Studienbewerbung. Außerdem müssen die Hochschulzugangsberechtigung, die zum Studium in Deutschland oder zum Besuch eines Studienkollegs berechtigt, ein Krankenversicherungsschutz und ein Finanzierungsnachweis über ausreichende Existenzmittel für ein Jahr erbracht werden. Die Auslegung der Verwaltungsvorschriften kann regional differieren.³

¹ vgl. Isserstedt, Wolfgang (2002) S. 14

² vgl. Isserstedt, Wolfgang (2002) S25ff.

³ vgl. DAAD (2003) S. 8

Auch der Familiennachzug für verheiratete Studierende unterliegt Reglementierungen: nötig sind ein Nachweis der Finanzierung des Lebensunterhaltes des Partners und der Kinder und der Nachweis über genügend Wohnraum. Für Studierende aus Entwicklungsländern im Erststudium ohne Finanzierung durch ein Stipendium ist der Familiennachzug nahezu ausgeschlossen.

1.2 Blick über den Tellerrand

1.2.1 Gesundheitssituation in Entwicklungsländern

Bei allen nationalen und regionalen Verschiedenheiten ist die Gesundheitssituation in südlichen Entwicklungsländern insgesamt völlig unterschiedlich zur Gesundheitssituation in Industrieländern und vorrangig in folgenden Aspekten spezifisch:

- **Krankheitsspektrum**

Tropenkrankheiten - Infektionskrankheiten, deren menschen- oder tierpathogene Erreger zur Vollendung ihres Entwicklungszyklus außerhalb des Hauptwirts entweder tropische Klimabedingungen benötigen oder deren tierische Überträger oder tierische oder pflanzliche Zwischenwirte an tropische Biotope gebunden sind

Krankheiten der Armut: Erkrankungen, die in engem Zusammenhang mit unhygienischer Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallbeseitigung, engen Wohnverhältnissen und schlechten Hygienebedingungen stehen wie z. B. Säuglingsdysenterien, Pneumonien, Poliomyelitis, Hepatitis A, Tuberkulose und verschiedene Arten sexuell übertragener Erkrankungen

Krankheiten, deren Altersgipfel in der produktiven Bevölkerungsgruppe liegt (AIDS, Tuberkulose, Lepra, Erblindung durch Masern, Trachom, Vitamin-A-Mangel, Onchozerkose) und mit **Häufigkeitsgipfel in Zeiten landwirtschaftlicher Aktivität** (Malaria)

- **Gesundheitsindikatoren**

Dualismus im Versorgungsgrad mit moderner Medizin (mangelnder Zugang weiter Bevölkerungsteile zu moderner medizinischer Versorgung), hohe Erkrankungs- und Frühsterblichkeitsziffern (in Entwicklungsländern sterben 100 mal mehr Kinder unter einem Jahr als in Industrieländern), hohe Müttersterblichkeit (in EL 100 mal höher als in IL), geringe Lebenserwartung, hohes Bevölkerungswachstum

- **sozioökonomische, politische und kulturelle Rahmenbedingungen**

Armut und Verschuldung, Mangelernährung, niedrige Produktivität, hohe Arbeitslosigkeit, Urbanisierung und Industrialisierung, Krieg, Migration, Flucht, Vertreibung, fehlender Zugang zu Bildung, Traumatisierung durch hohe Krankheits- und Sterblichkeitszahlen.

In der stichpunktartigen Darstellung sind die vielfältigen Zusammenhänge dieser unterschiedlichen Faktoren, die die Gesundheitssituation in Entwicklungsländern bestimmen, nicht berücksichtigt. Hierzu sei auf die angegebene Literatur verwiesen.¹

1.2.2 Studium der Krankheiten anstatt des Gesundheitswesens

Der Schwerpunkt des Medizinstudiums in Deutschland liegt auf der Lehre der Diagnostik und Therapie von Krankheiten, die im Großen und Ganzen als „Zivilisationskrankheiten“ bezeichnet werden können. Das Krankheitsspektrum, das die Mehrheit der Weltbevölkerung betrifft und die politischen, wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Determinanten von Gesundheit haben in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland einen sehr geringen Stellenwert. Tropenkrankheiten werden, wenn überhaupt, bestenfalls im Unterricht des Medizinstudiums erwähnt. Veranstaltungen an deutschen medizinischen Fakultäten zu dem Themenkomplex „Gesundheitsprobleme in Entwicklungsländern“ sind äußerst selten. Der übergeordnete Begriff des Gesundheitswesens mit seinen vielfältigen und komplexen Zusammenhängen – in Industrieländern und besonders offensichtlich in so genannten Entwicklungsländern – wird im deutschen Medizinstudium nicht oder nur in Einzelfällen behandelt. In Zeiten von Globalisierung und zunehmender Mobilität ist diese einseitige Ausrichtung der Ausbildung einerseits Ausdruck der Ignoranz gegenüber der Situation der Mehrheit der Menschheit und andererseits eine nicht ungefährliche Lücke in der fachlichen Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.

Die Abhängigkeiten zwischen Gesundheit und Bildung, Geschlecht, Migration, Krieg, Flucht, Urbanisierung, mangelhafter Ernährung, minimalen sozialen Sicherungssystemen, landwirtschaftlichen Produktionsmethoden, Wirtschaft, Politik und Umwelt werden nicht in das Bewusstsein der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte gebracht. Diesfeld stellte diese vielfältigen Bezüge, die Determinanten von Gesundheit und Krankheit, in der Armutsspirale eindrucksvoll dar:

¹ vgl. Diesfeld, Hans Jochen (1989a), und vgl. Nohlen, Dieter (2002)

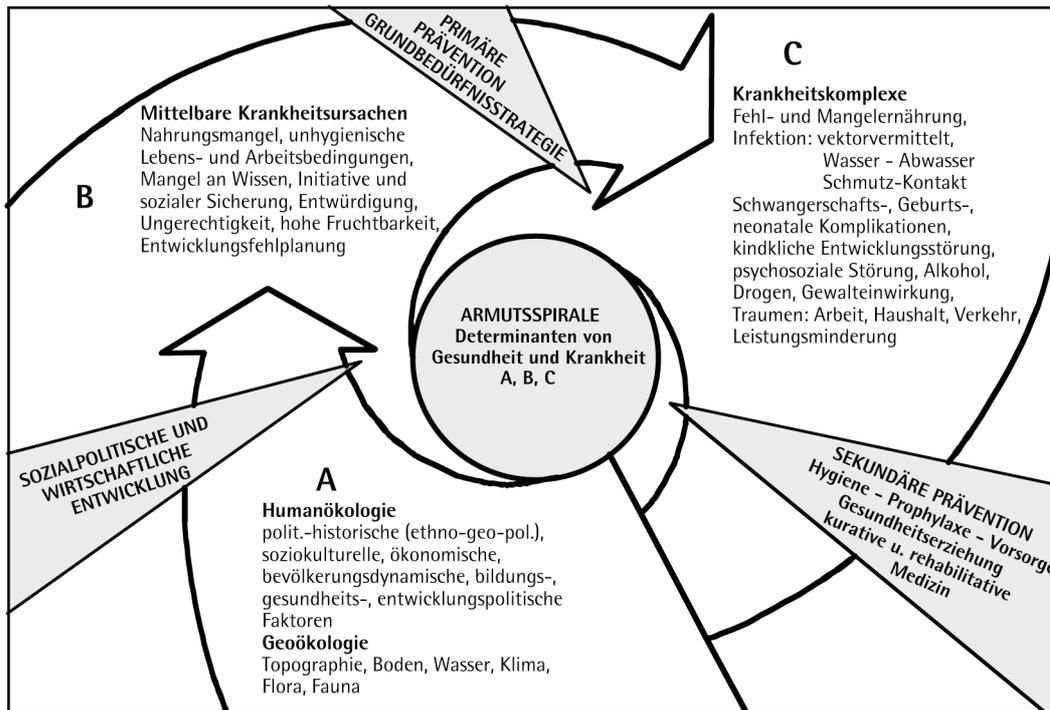


Bild 1: Armutsspirale; Quelle: Diesfeld (1989a) S. 14

1.2.3 Relativismus der „westlichen Wissenschaft/ Medizin“

Die Entwicklung der „westlichen Medizin“ (als Synonym für naturwissenschaftliche Medizin in Abgrenzung zur traditionellen Medizin, Volksmedizin oder der Medizin nichtwestlicher Kulturen) fand auf der Grundlage der abendländischen Kultur und Zivilisation und auf der naturwissenschaftlichen und industriellen Entwicklung der letzten 200 Jahre in Europa und Nordamerika statt¹. Im Zuge der machtvollen Einflussnahme westlicher Kulturen fand die naturwissenschaftliche Medizin – auch durch ihre in vielen Teilen hohe Wirksamkeit – Eingang in nichtwestliche Kulturen. Durch die Standardisierungsbemühungen der Weltgesundheitsorganisation und durch die alten bilateralen Beziehungen wurde die westliche Medizin in der postkolonialen Phase zum offiziell akzeptierten System medizinischer Versorgung².

Gesundheit und Krankheit sind jedoch nicht auf die nur körperliche Ebene reduzierbar, vielmehr betreffen sie den Menschen in seiner Leib-Seele-Einheit und in seinen sozialen Bezügen. Dementsprechend muss Diagnose, Therapie und Vorbeugung vor neuen Krankheiten diese drei Ebenen umfassen³ – im Falle der westlichen Medizin in Entwicklungsländern bedeutet dies oft eine Auseinandersetzung mit traditionellen Heilsystemen und Vorstellungen über Krankheitsentstehung. Je nach Art der Erkrankung ist eine Behandlung mit

¹ vgl. Diesfeld, Hans Jochen (1989a), S. 2f.

² vgl. Diesfeld, Hans Jochen (1998a) S. 91f.

³ vgl. Diesfeld, Hans Jochen (1998a) S. 80f.

naturwissenschaftlicher Medizin oder aber eine traditionell magisch-religiöse Intervention vonnöten¹.

„Jede Kultur hat zu jeder Zeit ihr spezifisches Medizinsystem entwickelt.“² Das Netz nicht-naturwissenschaftlicher Medizinsysteme ist in den nichtwestlichen Kulturen der Verbreitung, Verfügbarkeit und Akzeptanz der westlichen Medizin weit überlegen. Die Versorgung der Bevölkerung mit traditionellen Heilinstanzen in einer Relation von 1:100 bzw. 1:500 entspricht dem Versorgungsgrad Mitteleuropas mit westlich ausgebildeten Ärzten. Eine Versorgungsrelation mit westlich ausgebildeten Ärzten von 1: 10.000 bzw. 1: 100.000 ist in vielen Entwicklungsländern keine Seltenheit.

„Der Universalitätsanspruch der naturwissenschaftlichen Medizin verliert seine Wirksamkeit jedoch dort, wo die für ihre Anwendbarkeit und Verfügbarkeit notwendigen ökonomischen, sozial- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen fehlen.“³

¹ vgl. Diesfeld, Hans Jochen (1998a) S. 84f.

² vgl. Diesfeld, Hans Jochen (1998a) S. 86

³ vgl. Diesfeld, Hans Jochen (1989a), S. 4

2 Zielsetzung

In den Jahren 1995 bis 1997 untersuchte das Missionsärztliche Institut Würzburg im Auftrag der Wissenschaftlichen Arbeitsgruppe für weltkirchliche Aufgaben der Deutschen Bischofskonferenz die Frage, in wie weit deutsche Hochschulen für Humanmedizin einen Beitrag zur Bearbeitung und Lösung von Gesundheitsproblemen in Entwicklungsländern leisten¹. Vorausgegangen war eine Anfrage des Katholischen Akademischen Ausländerdienstes, KAAD, der sich Mitte der 90er Jahre vor die Entscheidung gestellt sah, ob ein Medizinstudium in Deutschland noch eine sinnvolle Förderung für Stipendiaten aus Entwicklungsländern darstellen würde.

Von besonderem Interesse war, wie der tatsächliche bzw. der mögliche Beitrag der deutschen Hochschulen für Humanmedizin zu einer Kompetenzverbesserung der Mitarbeiter des medizinischen Betriebes in Entwicklungsländern aussieht bzw. aussehen könnte. Dabei erstreckt sich das notwendige Wissen und Können vom medizinischen Fachwissen über das Erkennen und Behandeln von Krankheiten bis hin zu Kompetenzen in der Organisation eines regionalen oder überregionalen Gesundheitswesens.

Die vierköpfige Arbeitsgruppe des Missionsärztlichen Instituts stand unter der Leitung von Professor Dr. Klaus Fleischer und wurde von einem wissenschaftlichen Beirat begleitet². Der Umfang der Fragestellung erforderte eine Aufteilung in vier verschiedene Arbeitsfelder:

- **Arbeitsfeld 1:**
Aktivitäten der deutschen medizinischen Fakultäten zu Fragen der Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern
- **Arbeitsfeld 2:**
Bewertung des deutschen Medizinstudiums und der Vorbereitung auf die Bewältigung von Gesundheitsproblemen in Entwicklungsländern durch Studierende aus Entwicklungsländern

¹ Forschungsprojekt WA 45/94 – A – III/7/1

² Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates (in alphabetischer Reihenfolge):
 Prof. Dr. Hans-Jochen Diesfeld, Institut für Tropenhygiene und öffentl. Gesundheitswesen (ITHÖG), Heidelberg
 Dieter Hampel, Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen (ITHÖG), Heidelberg
 Karl-Heinz Hein-Rothenbücher, Missionsärztliches Institut, Würzburg
 Dr. A. H. van Soest, Deutsches Institut für Ärztliche Mission e. V. (Difäm), Tübingen
 Prof. Monika Treber, Katholische Stiftungshochschule, Berlin

- **Arbeitsfeld 3:**
Beurteilung der eigenen Berufsausbildung durch Medizinische Fachkräfte der Nothilfe und Entwicklungszusammenarbeit
- **Arbeitsfeld 4:**
Informationen zum Thema „Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern“ aus der frei zugänglichen Literatur und im internationalen Vergleich.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Teilbereich des zweiten Arbeitsfeldes. Dazu wurden Studierende der Humanmedizin aus Entwicklungsländern an allen medizinischen Fakultäten in Deutschland und ehemalige Studierende, die nach dem Studium in Deutschland wieder in ihren Heimatländern arbeiten, mittels Fragebogen kontaktiert.

Die Zielsetzung der Fragebögen war, zu folgenden Aspekten des Medizinstudiums in Deutschland die Perspektive der Studierenden aus Entwicklungsländern zu eruieren:

- 1) Bewertung des Medizinstudiums in Deutschland
- 2) Einschätzung der Vorbereitung auf die Bewältigung von Gesundheitsproblemen in Entwicklungsländern
- 3) Vorschläge zur Verbesserung der Qualität des deutschen Medizinstudiums.

3 Material und Methoden

3.1 Erhebung des statistischen Daten

Erhebung bei den Akademischen Auslandsämtern

Die Datenerhebung zu den Zahlen ausländischer Studierender im Fach Humanmedizin im Wintersemester 1995/96 an den einzelnen Fakultäten erfolgte durch eine schriftliche Befragung der Akademischen Auslandsämter im Januar 1996. Neben der Gesamtzahl der ausländischen Studierenden der Medizin erfragten wir auch die Herkunftsländer und die jeweilige Anzahl der Studierenden aus den einzelnen Ländern.

Eine Unterscheidung zwischen so genannten „Bildungsinländern“ (Hochschulzugangsberechtigung in Deutschland erworben) und „echten“ ausländischen Studierenden wurde dabei nicht vorgenommen. Einige Universitäten erwähnten explizit, die Bildungsinländer seien in den Zahlen enthalten (Göttingen, Greifswald, Köln und Rostock); die Universität Giessen erwähnte ausdrücklich, die Zahlen würden ohne Bildungsinländer ausgewiesen.

Daten des Statistischen Bundesamtes

Das Statistische Bundesamt in Wiesbaden befragten wir zu folgendem Datenmaterial:

- Gesamtzahlen der deutschen und der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin: Datenmaterial von 1972 bis SS 1992 früheres Bundesgebiet, danach Deutschland
- Herkunftsländer der ausländischen Medizinstudenten (Human- und Zahnmedizin): Datenmaterial vom WS 1986/87 bis WS1991/92 früheres Bundesgebiet, danach bis WS 2002/03 Deutschland

Die Zweigstelle Berlin des statistischen Bundesamtes stellte folgende Daten zur Verfügung:

- Auflistung der Herkunftsländer ausländischer Studierender in der ehemaligen DDR von den Jahren 1986 bis 1991 im Fach Humanmedizin.

3.2 Zielgruppen und Fragebögen

Zielgruppen der Befragungen

Die Zielgruppen der Befragung sind die „Betroffenen“ selbst. Dies sind einerseits Studierende aus Entwicklungsländern, die in Deutschland Humanmedizin studieren, und andererseits ehemalige MedizinstudentInnen, die als ÄrztInnen in ihren Heimatländern arbeiten.

In Abstimmung mit dem wissenschaftlichen Beirat legten wir folgende Einschlusskriterien für die MedizinstudentInnen fest:

- ausländische Studierende ab dem 7. Fachsemester
- Studierende aus allen Ländern Afrikas und Lateinamerikas
- Studierende aus Asien **ohne** die Länder Türkei, Japan und **ohne** alle Staaten der ehemaligen Sowjetunion

Die Studierenden aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion, der Türkei und Japan wurden nicht berücksichtigt, da der Fokus auf den klassischen Entwicklungs- und Schwellenländern liegen sollte. Eine Anzahl von mindestens sieben Fachsemestern erschien sinnvoll, da so eine gewisse Erfahrung im Studienablauf vorausgesetzt werden kann und die anfängliche Orientierungsphase abgeschlossen sein müsste.

Die Art der Versendung der Fragebögen an die Gruppe der ÄrztInnen (ehemalige Studierende in Deutschland) bedingte eine Vorauswahl von Anfang an, weil nur ÄrztInnen kontaktiert werden konnten, die in der Adressenliste des Ärzteprogramms verzeichnet sind. Dadurch kam eine Auswahl im Hinblick auf Kontakte zu bestimmten Organisationen (ITHÖG, dse) zustande. Die Befragung dieser Zielgruppe erschien trotz dieser Einschränkung von Interesse, da die Erfahrungen der Realität im Heimatland nach dem Studium in Deutschland die Einschätzung des Studiums bezüglich der Praxisorientierung und der Vorbereitung auf Gesundheitsprobleme in Entwicklungsländern beeinflussen bzw. verändern könnten.

Zielsetzung der Fragebögen

Durch die Fragebögen sollte es den beiden oben genannten Zielgruppen ermöglicht werden, ihr Studium an den medizinischen Fakultäten in Deutschland zu bewerten. Dabei waren die Bewertung der Pflichtfächer, die Bewertung des Ausbildungssystems an sich und die Frage nach Verbesserungsvorschlägen für die Ausbildung zum Arzt/ zur Ärztin von zentraler Bedeutung. Im Fragebogen an die Studierenden wurden folgenden Bereiche abgedeckt:

- 1) Fragen zur bisherigen Studienzeit
- 2) Bewertung der Ausbildung in Deutschland
- 3) Fragen zur Aus- und Weiterbildung **außerhalb** der Universität
- 4) Allgemeine Fragen zum Leben und Studieren in Deutschland
- 5) Raum für persönliche Pläne und Wünsche für die Zukunft
- 6) Fragen zur Person und zur medizinischen Vorbildung

Die ÄrztInnen erhielten einen Fragebogen in ähnlicher Form, der jedoch mehr die Bewertung des Studiums aus der Retrospektive betonte und stärker auf die aktuellen Problembereiche in der täglichen Arbeit einging.

Die Art der Fragestellungen in beiden Fragebögen wechselte zwischen offenen, halboffenen und geschlossenen Fragen, um einen akzeptablen Mittelweg zwischen der statistischen Auswertbarkeit und den authentischen Äußerungen der Befragten zu erreichen. Beide Fragebögen sind im Anhang abgedruckt.

Erstellen der Fragebögen

Die Fragebögen erstellten wir in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates. Zusätzlich baten wir Frau Dr. Imme Haubitz, Statistikerin am Rechenzentrum der Universität Würzburg um ihre Mithilfe und fachliche Korrektur.

Einen Testlauf des Fragebogens für die Studierenden führten wir bei einem Seminar des Ärzteprogramms von DSE und ITHÖG vom 31.05.1996 bis 02.06.1996 durch. Daran nahmen ausländische Studierende, zumeist aus Entwicklungsländern, teil. Wir konnten dadurch besser abschätzen, wie gut oder schlecht der Fragebogen zu bearbeiten ist und welche Änderungen vor einer Versendung noch einfließen sollten.

Versendungsmodalitäten der Fragebögen

Bei der Versendung von Fragebögen an ausländische Studierende musste selbstverständlich der Datenschutz gewährleistet sein. Die einzige realisierbare Möglichkeit war ein Versand über die akademischen Auslandsämter. Diese adressierten die von uns fertig verpackten und frankierten Briefe und schickten sie ab. Als Absender tauchten jeweils die Auslandsämter auf, damit bei eventuellen Rücksendungen keine Adressen ohne Einwilligung zu uns gelangen konnten. So war sichergestellt, dass nur Rückantworten bei uns eingingen, die von den Befragten direkt an uns gesendet wurden.

Die Fragebögen an die Medizinstudentinnen und -studenten wurden im Juli 1996 verschickt. Laut Rückmeldungen von bzw. Nachfragen bei den Akademischen Auslandsämtern wurden insgesamt circa 1487 Fragebögen an ausländische Studierende versendet. Tabelle 8.2-1 im Anhang zeigt die Anzahl der Fragebögen, die das jeweilige Akademische Auslandsamt versenden konnte und die Rücksendungen aus den Studienorten.

Die Zielgruppe der **ehemaligen** Studierenden, die aus Entwicklungsländern zum Studium nach Deutschland gekommen waren und jetzt als ÄrztInnen in ihren Heimatländern arbeiten, konnte nur über die Kontakte des Ärzteprogramms erreicht werden. Es muss also berücksichtigt werden, dass dadurch bereits eine Vorauswahl stattgefunden hat. Die Fragebögen wurden der Post beigelegt, die die MitarbeiterInnen des Ärzteprogramms in regelmäßigen Abständen an interessierte ÄrztInnen in Entwicklungsländern schicken. Auch hier wurde der Datenschutz gewahrt und wir hatten keinerlei Zugang zu den Adressen der Zielpersonen. Der Versand dieser Fragebögen erfolgte ebenfalls im Juli 1996. Insgesamt wurden 477 Fragebögen ins Ausland gesendet. Die Versendung der Fragebögen durch diese Kontakte erfolgte auch an Personen, die nur ihre Facharztausbildung in Deutschland absolvierten und nie hier studierten, also nicht zu unserer Zielgruppe gehören. Die Fragebögen dieser Personen werden aus der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse ausgeschlossen.

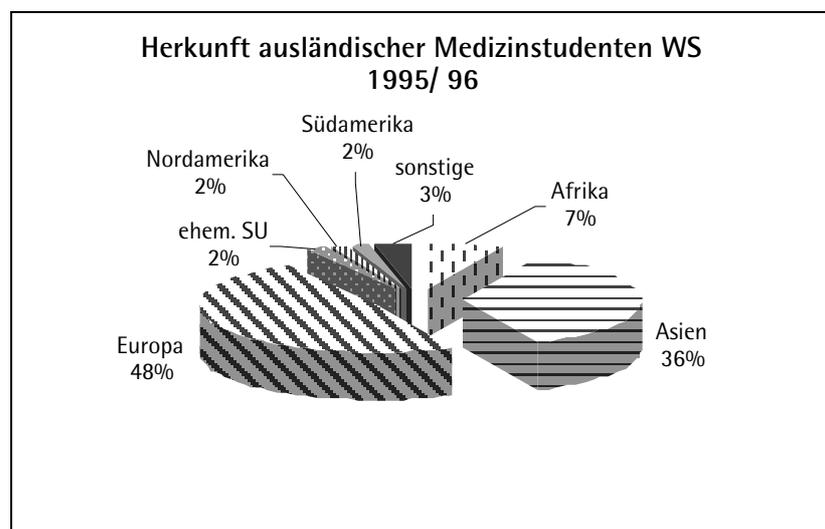
3.3 Auswertung der zurückgesandten Fragebögen

Die statistische Auswertung der zurückgesandten Fragebögen erfolgte in enger Zusammenarbeit mit Frau Dr. Imme Haubitz am Rechenzentrum der Universität Würzburg mit dem Statistikprogramm „medas“.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse der Datenerhebung bei den Akademischen Auslandsämtern

Die Angaben der Akademischen Auslandsämter (ohne Halle, Jena, Lübeck) zu Anzahl und Herkunftsländern der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin im Wintersemester 1995/96 ergeben folgende Verteilung der Herkunft nach Kontinenten. Von den Akademischen Auslandsämtern der Universitäten in Halle, Jena und Lübeck konnten diese Daten nicht ermittelt werden.



Grafik 4.1-1: Herkunft ausländischer Medizinstudenten WS 1995/96
Quelle: Befragung der Akademischen Auslandsämter

Tabelle 8.2-2 im Anhang zeigt die Herkunftskontinente und Anzahl der Studierenden an den einzelnen medizinischen Fakultäten.

Die wichtigsten Herkunftsländer (Anzahl der Studierenden größer 10) ausländischer MedizinstudentInnen in Deutschland im WS 1995/96 nach den Angaben der Akademischen Auslandsämter (ohne Halle, Jena, Lübeck) sind in der folgenden Tabellen dargestellt. Eine vollständige Auflistung der Herkunftsländer mit der jeweiligen Anzahl der Studierenden ist in den Tabellen 8.2-3 im Anhang zu finden.

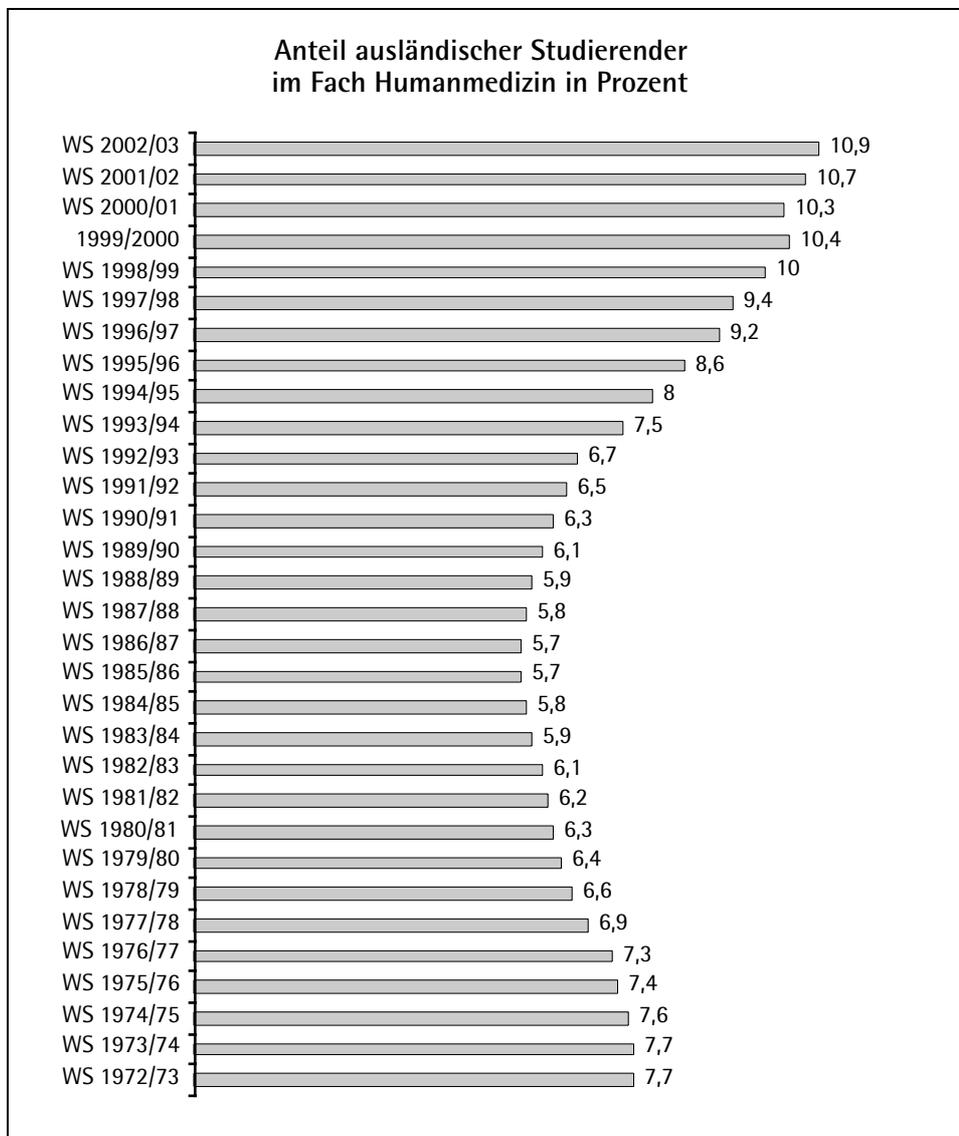
Herkunftsland	Anzahl Studierenden im Fach Humanmedizin WS 1995/ 96	Herkunftsland	Anzahl Studierenden im Fach Humanmedizin WS 1995/ 96
Afrika			
Kamerun	123	Ghana	28
Sudan	81	Äthiopien	25
Ägypten	35	Nigeria	12
Marokko	34		
Amerika (Nord- und Südamerika)			
USA	100		
Brasilien	22	Peru	11
Asien			
Iran	1235	Jemen	25
Afghanistan	158	Indonesien mit Irian Jaya	24
Jordanien	142	China, VR Tibet	24
Israel	140	China, Rep. Taiwan	21
Syrien	96	Libanon	21
Süd Korea, Rep.	80	Korea	15
Volksrepublik China	56	Sri Lanka (Ceylon)	15
Vietnam	56	Irak	14
Indien, Sikkim, Goa	50	Japan	11
ehem. Sowjetunion			
Russland	58	Ukraine	20
ehem.Sowjetunion	25	Kasachstan	11
Europa			
Türkei	1021	Bulgarien	39
Griechenland	552	Niederlande	38
Norwegen	322	Schweden	37
Jugoslawien	138	Serbien/Montenegro	36
Österreich	106	Frankreich	35
Polen	88	Bosnien Herzegowina	31
Italien	82	Luxemburg	27
Kroatien	68	Schweiz	24
Spanien	64	Zypern	24
Finnland	54	Belgien	23
Ungarn	45	Tschechische Republik	23
Rumänien	42	Portugal	22
Großbritannien, Nordirland	40	Albanien	11
sonstige			
Staatenlos	128	Asylflüchtling	20
Ungeklärt	73		

Tabelle 4.1-1: Wichtigste Herkunftsländer (n größer 10) der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin an den medizinischen Fakultäten in Deutschland (ohne Halle, Jena, Lübeck) im WS 1995/96

Quelle: Befragung der Akademischen Auslandsämter

4.2 Ergebnisse der Datenerhebung beim Statistischen Bundesamt

Die Zahlen der deutschen und ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin und der jeweilige Frauenanteil seit dem WS 1972/73¹ sind in Tabelle 8.2-4 im Anhang aufgeführt. Die Ausländerquote unter den Medizinstudenten sank von 7,7% im WS 1972/73 auf minimal 5,7% in den Semestern 1985/86 und 1986/87 und stieg danach auf derzeit 10,9% an. Vergleiche Grafik 4.2-1. Der Frauenanteil nahm sowohl unter deutschen wie auch unter den ausländischen Studierenden seit 1972 stetig zu und fällt bei den ausländischen Studierenden stets etwas geringer aus. Unter den deutschen Studierenden stieg dieser von minimal 25% im WS 1972/73 auf aktuell knapp 57%, unter den ausländischen Studierenden waren 1972/73 Frauen zu einem Anteil von 22% und 2002/03 zu 50% vertreten. Vergleiche Tabelle 8.2-4.



Grafik 4.2-1: Anteil der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin
Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

¹ Die amtlichen Statistiken des Statistischen Bundesamtes sind ab dem WS 1972/73 verfügbar.

Die derzeit aktuellsten Daten des Statistischen Bundesamtes bezüglich der Staatsangehörigkeit der ausländischen Studierenden der Medizin (Human- und Zahnmedizin) beziehen sich auf das WS 2002/2003:

Herkunft	Anzahl ausl. Stud. aller Fächer	% der ausl. Stud.	Anzahl der ausl. Stud. Medizin ¹	% der ausl. Stud. Medizin
Afrika	22024	9,7%	842	8,2%
Asien	56441	24,9%	3057	29,6%
Australien/ Ozeanien	360	0,2%	9	0,1%
Europäische Union	44017	19,4%	1866	18,1%
übriges Europa	92272	40,6%	3950	38,2%
Nordamerika/ Kanada	3884	1,7%	130	1,3%
Süd- und Mittelamerika	6544	2,9%	195	1,9%
sonstige	1484	0,7%	279	2,7%
gesamt	227026		10328	
davon Bildungsinländer	63813	28,1%	3706	35,9%

Tabelle 4.2-1: Ausländische Studierende gesamt und Human-/ Zahnmedizin in Deutschland im WS 2002/03 nach Kontinenten der Staatsangehörigkeit

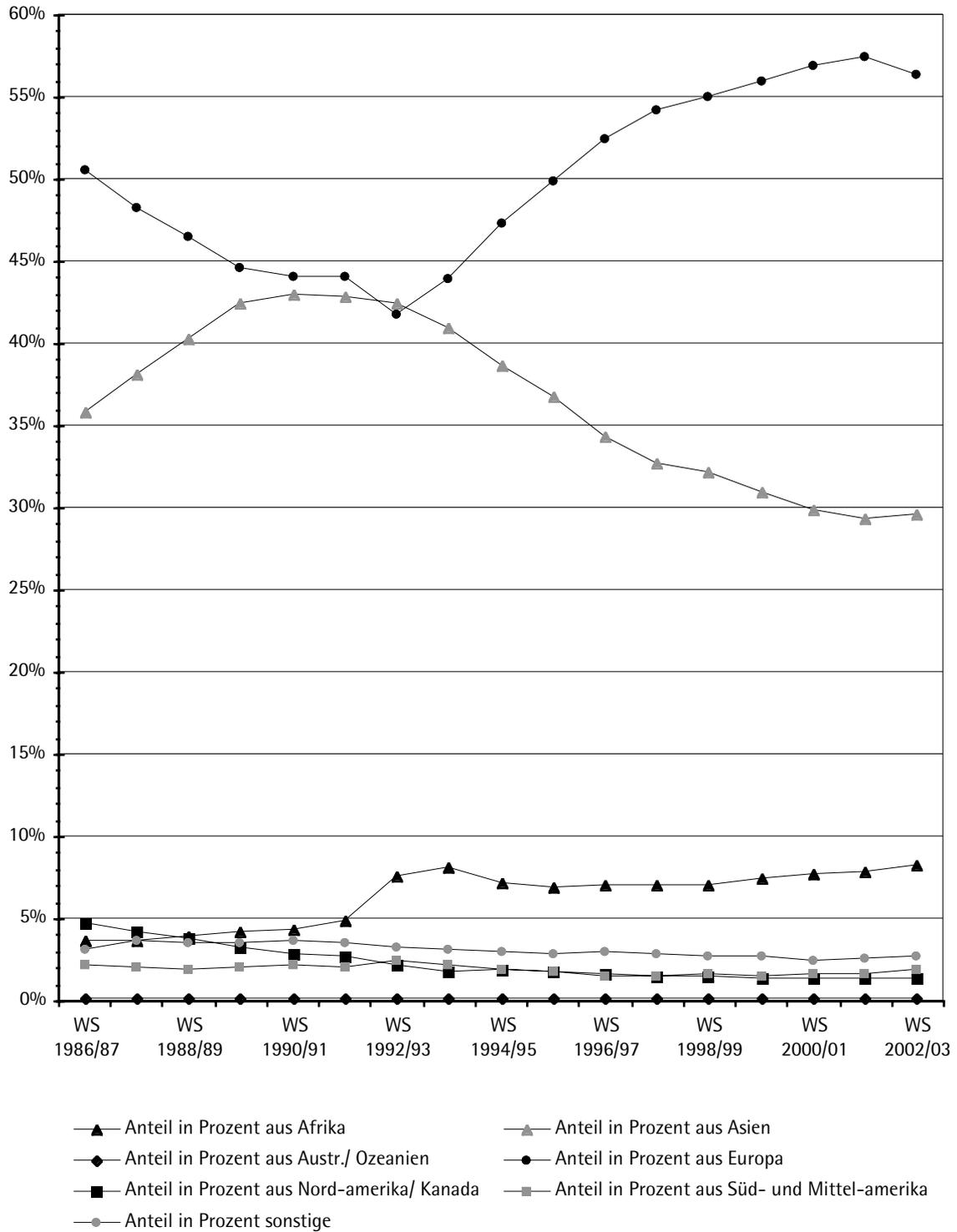
Quelle: Statistische Bundesamt und eigene Berechnungen

Die Entwicklung des Anteils ausländischer Medizinstudenten aus den einzelnen Kontinenten seit 1986 zeigt die Grafik 4.2-2. Seit der Öffnung der osteuropäischen Länder ist eine starke Zunahme der ausländischen StudentInnen aus Europa zu verzeichnen. Im gleichen Zeitraum ist auch eine relativ sprunghafte Zunahme des Anteils der afrikanischen Studierenden zu beobachten. Der Anteil asiatischer MedizinstudentInnen ist seit dem WS 1992/93 rückläufig und der Anteil der nordamerikanischen Studierenden sank über den angegebenen Zeitraum von 4,7% auf 1,3%. Die Anteile der Studierenden aus Süd- und Mittelamerika und aus Australien bleiben von leichten Schwankungen abgesehen relativ konstant. Vergleiche dazu auch Tabelle 8.2-5 im Anhang.

Die Herkunftsländer und Anzahl der ausländischen Studierenden der Humanmedizin in der ehemaligen DDR sind in Tabelle 8.2-6 im Anhang aufgelistet. Grafik 4.2-3 zeigt die Verteilung der Herkunftskontinente der ausländischen Medizinstudierenden in der ehemaligen DDR bzw. den neuen Bundesländern in den Jahren 1986 bis 1991.

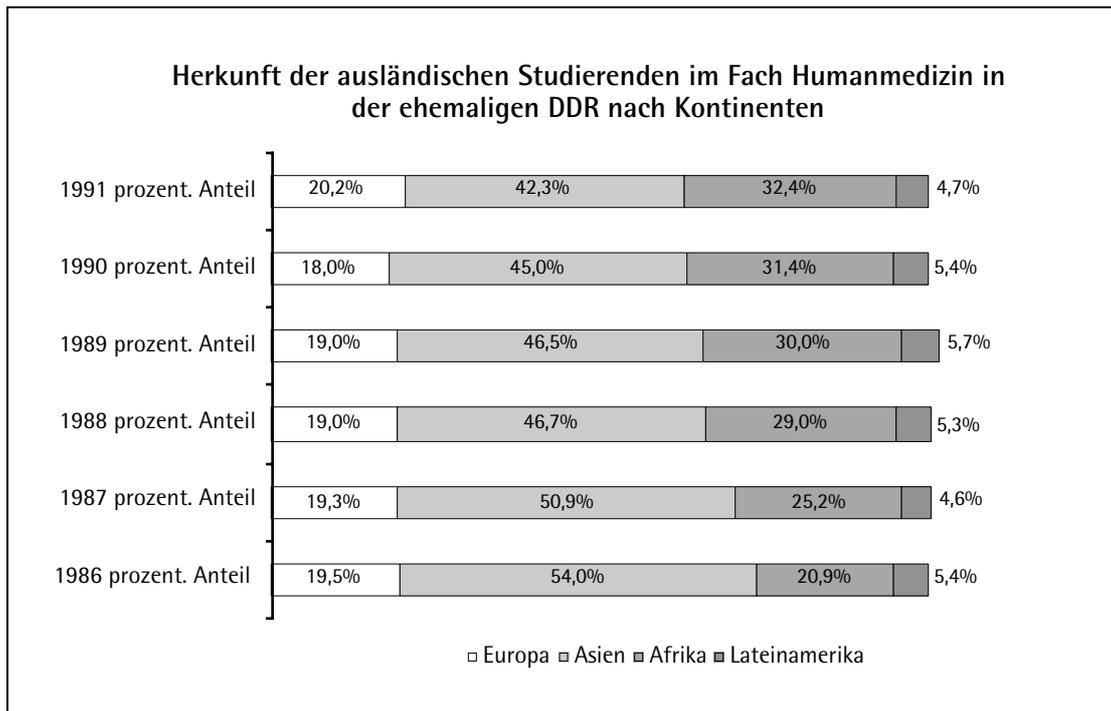
¹ die Zahlen sind für Human- und Zahnmedizinstudenten ausgewiesen, wie sie beim Statistischen Bundesamt ohne zusätzliche Sonderauswertung verfügbar sind.

Herkunftskontinente ausländischer Studierender der Medizin (Human- und Zahnmedizin) von 1986 bis 2003



Grafik 4.2-2: Anteil der Herkunftskontinente ausländischer Medizinstudenten (Human- und Zahnmedizin)
WS 1987/88 bis WS 2002/03

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen



Grafik 4.2-3: Herkunft der ausländischen Medizinstudenten in der ehemaligen DDR bzw. den neuen Bundesländern nach Kontinenten in den Jahren 1986 bis 1991

Quelle: Statistische Bundesamt – Zweigstelle Berlin

4.3 Ergebnisse der Befragung der Studierenden

Von den 1487 Fragebögen, die von den Akademischen Auslandsämtern versandt wurden, schickten 132 Studierende ihren Fragebogen ausgefüllt an uns zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 8,9%. Unter den 132 Fragebögen tauchten 14 auf, die aus offensichtlichen Fehlversendungen stammten (anderes Land als die angegebene Zielgruppe, zu geringe Semesteranzahl). Nach Abzug dieser Fehlversendungen gehen 118 Fragebögen in die Auswertung ein. Der Rücklauf aus Fehlversendungen stammte von Studierenden aus sechs Universitäten: Bochum 6; Lübeck 4; Berlin HU 1; Gießen 1; Heidelberg 1; Köln 1. Die jeweilige Anzahl der von den Akademischen Auslandsämtern verschickten Fragebögen und der Rücklauf aus den Studienorten sind in Tabelle 8.2-1 im Anhang dargestellt.

4.3.1 Fragen zur Person

4.3.1.1 Geschlecht (Teil F – Frage 1)

Von 118 Studierenden, die den Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet hatten, beantworteten 108 die Frage nach dem Geschlecht:

Geschlecht der Studierenden	Anzahl (in %)
männlich	62 (57%)
weiblich	46 (43%)
gesamt	108 (100%)

Tabelle 4.3-1: Geschlecht der ausländischen Studierenden

4.3.1.2 Herkunft (Teil F – Frage 2)

In 102 der zurückgesandten Fragebögen beantworteten die Studierenden die Frage nach der Herkunft, dabei ergibt sich folgende Verteilung nach Herkunftsländern, dem jeweiligen Human Development Index¹ (HDI) 1993 und den danach eingeteilten Kategorien aus dem Human Development Report 1996:

¹ „HDI human Development Index, erstmals 1990 im vom UNDP publizierten Human Development Report (HDR) vorgeschlagener Index, der sich aus Indikatoren für <wesentliche Elemente des Lebens> zusammensetzt und den Stand menschlicher Entwicklung (human development, HD) aufgrund angemessenerer Kriterien als die bis dahin vorherrschende Bewertung nach dem Pro-Kopf-Einkommen (PKE) bestimmen soll. Die den HDI konstituierenden Komponenten sind LE (Lebenserwartung, Anm. der Verfasserin), Wissen und Lebensstandard. ... Die Werte von 130 Ländern mit je über 1 Mio. Ew. werden für diese Indikatoren auf eine Skala von 0 bis 1 projiziert.“ (Nohlen, Dieter (Hrsg.); Lexikon Dritte Welt - Länder, Organisationen, Theorien, Begriffe, Personen, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg, 2000)

Land	Anzahl der Studierenden	% der Studierenden	HDI- Wert 1993	HDI- Kategorie
Mali	1	1,0 %	0,223	
Afghanistan	3	2,9 %	0,229	
Äthiopien	1	1,0 %	0,237	
Sudan	3	2,9 %	0,359	HDI niedrig < 0.500
Jemen	2	2,0 %	0,366	
Indien	3	2,9 %	0,436	
Pakistan	2	2,0 %	0,442	
Kamerun	8	7,8 %	0,481	
Zwischensumme	23	22,5 %		HDI niedrig
Vietnam	2	2,0 %	0,523	
Nicaragua	2	2,0 %	0,568	
Bolivien	1	1,0 %	0,584	
Irak	1	1,0 %	0,599	
China	4	3,9 %	0,609	HDI mittel 0,500 – 0,799
Indonesien	3	2,9 %	0,641	
Syrien	2	2,0 %	0,690	
Jordanien	1	1,0 %	0,741	
Iran	52	51,0 %	0,754	
Zwischensumme	68	66,8 %		HDI mittel
Venezuela	1	1,0 %	0,859	
Ver. Arab. Emirate	1	1,0 %	0,859	
Süd- Korea	2	2,0 %	0,886	HDI hoch > 0,800
Israel	3	2,9 %	0,908	
Palästina	4	3,9 %	nicht bestimmt	
Zwischensumme ¹	11	10,8 %		HDI hoch
Gesamtzahl	102	100 %		

Tabelle 4.3-2: Herkunftsländer der Studierenden der realisierten Stichprobe und HDI-Kategorie

Chi-Quadrat-Test² der HDI-Kategorie der Herkunftsländer mit den Studienorten, eingeteilt in die Kategorien „neue Bundesländer“ und „alte Bundesländer“:

Herkunft	Studierende in den alten Bundesländern (Zeilenprozentuierung)	Studierende in den neuen Bundesländern (Zeilenprozentuierung)	Zeilen summe
hoher HDI	11 (100%)	0	11
mittlerer HDI	64 (95,6%)	3 (4,4%)	67
niedriger HDI	16 (69,6%)	7 (30,4%)	23
Spaltensumme	91 (90,2%)	10 (9,8%)	101

Tabelle 4.3-3: Studierende in den neuen und alten Bundesländern und HDI-Kategorie des Herkunftslandes

¹ Die Ergebnisse aus der Zeile „Zwischensumme“ werden bei in Gesamtsumme nicht berücksichtigt.

² Der Chi-Quadrat-Test überprüft, ob zwischen den beiden getesteten Variablen signifikant auffällige Kategoriekombinationen zu beobachten sind. Das heißt für den oben dargestellten Test, ob die Zeilenprozentuierung der Spaltensumme (erwartete Verteilung) auch in den getesteten Kategorien (hier: HDI-Kategorien) zu finden ist, oder ob signifikant auffällige Abweichungen von der erwarteten Verteilung bestehen.

Der Chiquadrat-Test der HDI-Kategorie der Herkunftsländer mit den Studienorten, die in die Kategorien „neue Bundesländer“ und „alte Bundesländer“ eingeteilt werden, ergibt bei einer statistischen Wahrscheinlichkeit von $p=0,0020$ eine höchst signifikant häufigere Herkunft Studierender in den „neuen“ Bundesländern aus einem Land mit niedrigem HDI.

4.3.1.3 Berufserfahrung im medizinischen Bereich (Teil F – Frage 3)

Von den 114 Studierenden, die diese Frage beantworten, geben 42 (37%) an, im medizinischen Bereich bereits Berufserfahrung gesammelt zu haben; 72 (63%) beantworten diese Frage mit „nein“. Das Spektrum der unterschiedlichen Tätigkeiten reicht von Aushilfstätigkeit (z. B. im Pflegebereich, Labor) über Ausbildungsberufe (Krankenpflege, Arzthelferin, Physiotherapie, Laborassistent) bis hin zu ärztlichen Tätigkeiten. (z. B. als AiP, Arzt/ Ärztin, Zahnarzt). Es werden jedoch auch Tätigkeiten während des Studiums (Famulatur, PJ) angegeben, die grundsätzlich nahezu alle Studierenden angegeben werden müssten. Dies zeigt, dass die Frage sehr unterschiedlich verstanden wurde und diese Antworten deshalb nur eingeschränkt verwertbar sind. Alle 42 Studierenden, die Berufserfahrung im medizinischen Bereich angeben, erläutern mit mindestens einer Tätigkeit ihre berufliche Erfahrung:

Tätigkeitsbereich	Häufigkeit der Nennungen (in % von 42 Studierenden)
Tätigkeit im pflegerischen Bereich (Aushilfe in der Pflege, Krankenschwester, -pfleger)	20 (48%)
Tätigkeit im Rahmen des Studiums (Famulatur/ Praktische Jahr)	16 (38%)
Ärztliche Tätigkeit (Arzt/ Ärztin im Praktikum, Arzt/ Ärztin)	9 (21%)
Tätigkeit im paramedizinischen Bereich (Laborantin, Aushilfe im Labor, Physiotherapeut, Arzthelferin)	7 (17%)

Tabelle 4.3-4: Tätigkeitsbereich der medizinischen Berufserfahrung

Die Berufserfahrung im ärztlichen Bereich wurde zu 48% in Deutschland und zu 36% im Heimatland erworben – in 16% der Fälle geben die Studierenden kein Land an. Die Tätigkeit im pflegerischen/ paramedizinischen Bereich fand zu 63% in Deutschland und zu 37% im Heimatland statt.

4.3.1.4 Kontakt zu medizinischen Einrichtungen im Heimatland (Teil F – Frage 4)

Von 112 antwortenden Studierenden geben 28 (25%) an, Kontakt zu medizinischen Einrichtungen im Heimatland zu haben, 84 (75%) haben keine derartigen Kontakte ins Heimatland.

4.3.1.5 Beweggründe für ein Studium in Deutschland (Teil D – Frage 1)

In allen der 118 ausgefüllten Fragebögen werden Beweggründe für ein Studium in Deutschland genannt. Folgende Tabelle zeigt, wie häufig die ausländischen Studierenden die unterschiedlichen Gründe, in Deutschland Humanmedizin zu studieren, nennen:

Beweggründe für ein Studium in Deutschland	Anzahl der Antworten (in % von 118 Studierenden)
Entscheidung für Deutschland als Studienort wegen äußerer Zwänge im Heimatland (Kein Studienplatz im Heimatland; keine Erlaubnis, im Heimatland zu studieren; Studium im Heimatland nicht möglich aufgrund politischer oder religiöser Verfolgung 9x)	48 (41%)
Kennen lernen einer fremden Kultur	47 (40%)
Freunde/ Verwandte/ familiäre Gründe	39 (33%)
gute Ausbildung in Deutschland	27 (23%)
finanzielle Gründe (Stipendium für ein Studium in Deutschland 17x/ keine Studiengebühren 6x)	23 (20%)
aktueller Lebensmittelpunkt in Deutschland (Bildungsinländer 13x/ als Flüchtling bzw. anerkannter Asylbewerber in Deutschland 9x)	22 (19%)
bessere Berufschancen in der Heimat nach einem Studium in Deutschland	15 (13%)
kein Platz in einem anderen Land	6 (5%)

Tabelle 4.3-5: Beweggründe ausländischer MedizinstudentInnen für ein Studium in Deutschland

Konfigurationsfrequenzanalyse der Beweggründe für ein Studium in Deutschland

Die Konfigurationsfrequenzanalyse der Beweggründe für ein Studium der Humanmedizin in Deutschland vergleicht die erwarteten Kombinationen von Beweggründen mit den tatsächlich genannten Kombinationen und zeigt statistisch signifikante Abweichungen auf. Folgende Ergebnisse aus der Konfigurationsfrequenzanalyse sind erwähnenswert:

- **19 Studierende (16%)** benennen bei einer statistisch erwarteten Anzahl von 2,7 als alleinigen Grund, dass der **aktuelle Lebensmittelpunkt in Deutschland** sei, d. h. diese Studierenden sind Bildungsinländer oder leben als Flüchtling bzw. anerkannter Asylbewerber in Deutschland. Dieser Beweggrund ist mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit von **p= 0,00001** höchst signifikant.

- **16 Studierende** (14% - erwartete Anzahl 8,1) geben **äußere Zwänge im Heimatland** (kein Studienplatz im Heimatland; keine Erlaubnis, im Heimatland zu studieren; Studium im Heimatland aufgrund politischer oder religiöser Verfolgung nicht möglich) als einzigen Grund für das Studium in Deutschland an. Mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit von $p= 0,0069$ zeigt sich hier eine **hoch signifikante** Abweichung von der erwarteten Normalverteilung.
- **10 Studierende** (9% - erwartete Anzahl 5,8) nennen als ihren einzigen Beweggrund für das Studium in Deutschland **die familiären Gründe bzw. Freunde/ Verwandte in Deutschland**. Mit einem Wert von 0,067 liegt rechnerisch keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung vor, jedoch kann bei einem $p \leq 0,1$ die **Tendenz zur Signifikanz** postuliert werden.

Die übrigen Kombinationen – zum Teil liegt rechnerisch Signifikanz vor – sind aufgrund der geringen Häufigkeiten ($n= 1$ bis 4) nicht von erwähnenswerter Bedeutung.

Chiquadrat-Test¹ der Beweggründe für das Studium in Deutschland mit HDI-Kategorie des Herkunftslandes

Im Chiquadrat-Test nennen Studierende aus Herkunftsländern mit niedrigem Human Development Index (HDI) mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit von $p= 0,000023$ finanzielle Aspekte (Stipendium, keine Studiengebühren) höchst signifikant häufiger als erwartet als Grund für ihre Entscheidung, in Deutschland Humanmedizin zu studieren:

finanzielle Aspekte als Beweggrund	hoher HDI Herkunftsland (Zeilenprozentuierung)	mittlerer HDI Herkunftsland (Zeilenprozentuierung)	niedriger HDI Herkunftsland (Zeilenprozentuierung)	Zeilen summe
nein	7 (8,2%)	65 (76,5%)	13 (15,3%)	85
ja	4 (23,5%)	3 (17,6%)	10 (58,8%)	17
Spaltensumme	11 (10,8%)	68(66,67%)	23 (22,5%)	102

Tabelle 4.3-6: Chiquadratstest: Finanzielle Gründe für Studium in Deutschland und HDI- Kategorie des Herkunftslandes

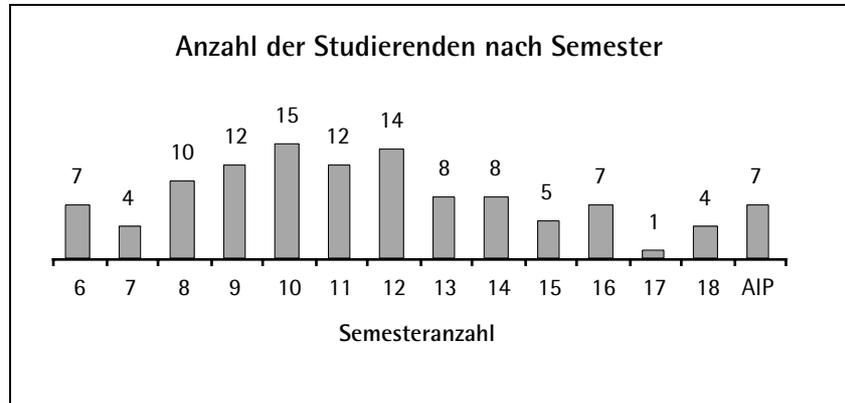
Die übrigen, oben genannten Beweggründe, in Deutschland Humanmedizin zu studieren, zeigen hinsichtlich der statistischen Verteilung nach der HDI-Kategorie der Herkunftsländer keine wesentlichen Abweichungen von der erwarteten Verteilung.

¹ Erklärung des Chiquadrat-Tests siehe Fußnote 2 auf Seite 24.

4.3.2 Fragen zum Verlauf des Studiums

4.3.2.1 Semesterzahl (Teil A – Frage 1)

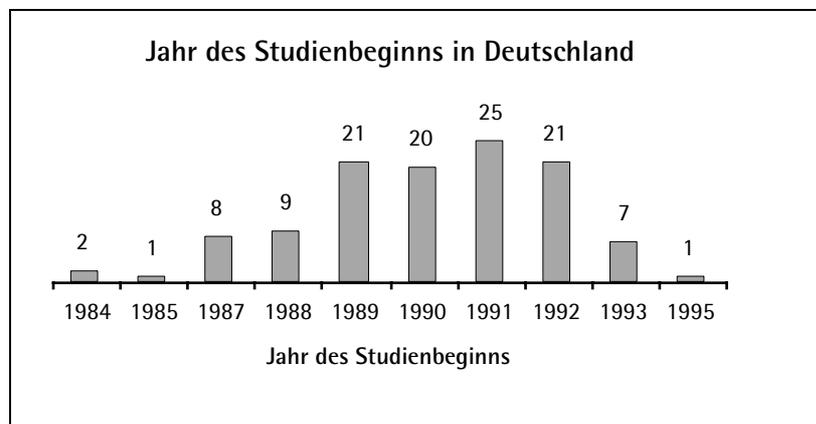
Angaben zur Semesterzahl machen 114 Studierende, dabei zeigt sich folgende Verteilung:



Grafik 4.3-1: Verteilung der Studierenden der Stichprobe nach Semesteranzahl

4.3.2.2 Beginn des Studiums in Deutschland (Teil A – Frage 2)

115 der befragten Studierenden geben eine Jahreszahl für den Beginn ihres Studiums in Deutschland an; der Zeitraum reicht von 1984 bis 1995. Folgende Verteilung zeigt sich für das Jahr des Studienbeginns in Deutschland:



Grafik 4.3-2: Anzahl Studierende nach dem Jahr des Studienbeginns in Deutschland

4.3.2.3 Universität (Teil A – Frage 3)

In 117 der 118 zurückgesandten Fragebögen nennen die Studierenden folgende Studienorte in der angegebenen Häufigkeit:

Universität	Anzahl der Studierenden	Universität	Anzahl der Studierenden
Aachen	4	Heidelberg	3
Bochum	2	HU Berlin	3
Bonn	6	Köln	8
Düsseldorf	8	Leipzig	6
Erlangen	4	LMU München	3
Essen	1	Lübeck	3
Frankfurt	8	Mainz	8
Freiburg	1	Marburg	6
FU Berlin	1	Münster	8
Gießen	4	Saarbrücken/ Homburg	3
Göttingen	5	TU München	2
Greifswald	3	Ulm	3
Hamburg	10	Witten- Herdecke	1
Hannover	1	Würzburg	2

Tabelle 4.3-7: Studienorte der Studierenden (alphabetische Aufzählung)

4.3.2.4 Gesamtes Studium in Deutschland (Teil A – Frage 4)

117 Studierende beantworten diese Frage: 106 (91%) davon absolvieren ihr gesamtes Medizinstudium in Deutschland, 10 (9%) studierten auch in anderen Ländern. Sieben Studierende nennen als zweiten Studienort jeweils einmal folgende Länder: Afghanistan, China, ehemalige CSSR, ehemalige Sowjetunion, Spanien, Peru, Polen. Eine Person nennt als dritten Studienort die USA.

4.3.2.5 Persönliche Betreuung im Studium (Teil B – Frage 2)

Die Frage, ob persönlichen Betreuung im Studium stattfindet, bejahen 48 Studierende (42%), während 47 Studierende (41%) diese Frage mit „nein“ beantworten; 20 Studierende (17%) beantworten diese Frage ebenfalls mit „nein“, machen dann jedoch Angaben zu den weiteren Fragen in diesem Bereich. Personen, die die persönliche Betreuung leisten (z. B. Hochschullehrer, Assistenten und sonstige Lehrbeauftragte) spezifizieren 12 Studierende, dabei werden Assistenten am häufigsten (10 mal) genannt, Hochschullehrer 6 mal und sonstige Lehrbeauftragte 5 mal. Die Tabelle zeigt die Angaben zu der Frage, bei welchen Gelegenheiten persönliche Betreuung stattfindet. Insgesamt äußern sich dazu 70 Studierende, wobei mehr als 80% eine persönliche Betreuung im Rahmen der Doktorarbeit nennen.

persönlichen Betreuung im Rahmen von:	Anzahl der Antworten (in % von 70 Studierenden)
Doktorarbeit	59 (84%)
Kurse/ Praktika	19 (27%)
Stipendienvergabe	7 (10%)
Studienberatung	5 (7%)

Tabelle 4.3-8: Gelegenheiten persönlicher Betreuung

Zur Häufigkeit der persönlichen Betreuung im Studium äußern sich 67 Studierende wie folgt:

Häufigkeit der persönlichen Betreuung	Anzahl der Antworten (in %)
mindestens 1 mal wöchentlich	13 (19%)
mindestens 1 mal monatlich	22 (33%)
weniger als 1 mal monatlich	13 (19%)
ca. 1 mal im Semester	10 (15%)
sehr selten	9 (13%)
Gesamtzahl	67 (100%)

Tabelle 4.3-9: Häufigkeit persönlicher Betreuung

4.3.2.6 Weiterbildung auf dem persönlichen Interessensgebiet (Teil B – Frage 5.1)

Die Möglichkeiten, sich an der Fakultät auf dem eigenen Interessensgebiet weiterzubilden, eruierten wir im Zusammenhang mit der Frage nach den eigenen besonderen Interessen, die die Studierenden im Studium ausbilden wollen (siehe dazu Punkt 4.3.4.1). Von 113 Studierenden sehen 31 (27%) Möglichkeiten, sich auf dem eigenen Interessensgebiet weiterzubilden, 41 (36%) sehen dazu keine Möglichkeit und weitere 41 (36%) sind darüber nicht informiert.

4.3.2.7 Zusatzveranstaltungen an der Fakultät (Teil B – Frage 6)

Die Frage nach den zusätzlichen, freiwilligen Veranstaltungen an der Fakultät bezog sich auf Veranstaltungen in folgenden Gebieten:

- Praxisorientierung und Relevanz für die spätere Tätigkeit im Heimatland
- Eigenes Interessensgebiet
- Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern

Von 106 Studierenden kennen 36 (34%) Veranstaltungen in den o. g. Gebieten, 46 (43%) kennen solche nicht und 24 (23%) sind darüber nicht informiert („weiss ich nicht“).

Als zusätzliche, freiwillige Veranstaltungen an der Universität zu den oben genannten Gebieten nennen 30 Studierende Veranstaltungen in folgenden Themenbereichen in der angegebenen Häufigkeit:

Themenbereich der Veranstaltung	Häufigkeit der Nennungen (in %)	Bewertungen (0 bis 4 Punkte)
Tropenmedizin	20 (32%)	7x keine Bewertung 2x 4 Punkte 8x 3 Punkte 3x 2 Punkte
Diagnostik	16 (26%)	7x keine Bewertung 4x 4 Punkte 2x 3 Punkte 3x 2 Punkte
Pflicht-/ Prüfungsfächer	14 (23%)	3x keine Bewertung 5x 4 Punkte 4x 3 Punkte 2x 2 Punkte
Paramedizin/ sonstige (physikalische Therapie, Massage, Akupunktur, Trad. Chinesische Medizin, Ethik, Philosophie)	7 (11%)	3x keine Bewertung 1x 4 Punkte 1x 3 Punkte 2x 2 Punkte
studentische Initiativen (Selbst-Untersuchungs-Kurs, Anamnese-gruppe, Vorlesung „Medizin der Armut“)	3 (5%)	2x keine Bewertung 1x 3 Punkte
aktuelle Forschung	2 (3%)	1x keine Bewertung 1x 4 Punkte
gesamt	62 (100%)	-

Tabelle 4.3-10: Zusatzveranstaltungen an der Universität und Bewertung

65 Studierende antworten auf die Frage, ob ihnen genügend Freiraum zur Teilnahme an den Zusatzveranstaltungen zur Verfügung stünde; dabei haben 29 (45%) der Studierenden genügend Freiraum dafür, während 36 (55%) diesen Freiraum nicht sehen.

4.3.2.8 Außeruniversitäre Veranstaltungen (Teil C – Frage 1)

Außeruniversitäre Veranstaltungen zu entwicklungspolitischen Themen oder zu Fragen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern kennen 29 (25%) der 115 Studierenden, die diese Frage beantworten. Nähere Angaben zu außeruniversitären Veranstaltungen machen 22 verschiedene Personen. Dabei sind, soweit angegeben, Seminare die am häufigsten genannte Form (36x), danach folgen Vorträge (3x), Kurs (1x) und Praktikum (1x). Als veranstaltende Organisationen wurden am häufigsten ITHÖG und DSE genannt:

Organisation/ Veranstalter ¹	Häufigkeit der Nennungen (in %)	Bewertungen (0 bis 4 Punkte)
ITHÖG	22 (47%)	9x keine Bewertung 6x 4 Punkte 6x 3 Punkte 1x 2 Punkte
DSE	7 (15%)	4x keine Bewertung 1x 3 Punkte 2x 2 Punkte
wus	4 (9%)	1x keine Bewertung 1x 4 Punkte 2x 2 Punkte
stube	4 (9%)	1x keine Bewertung 1x 4 Punkte 1x 3 Punkte 1x 2 Punkte
Kamfomedics	3 (6%)	3x 3 Punkte
AAAAA	3 (6%)	1x 4 Punkte 1x 3 Punkte 1x 2 Punkte
unspezifische kirchliche Organisation	2 (4%)	1x keine Bewertung 1x 3 Punkte
Gesellschaft für Tropenchirurgie	1 (2%)	1x 3 Punkte
Gesellschaft für Tropenpädiatrie	1 (2%)	1x 3 Punkte
Gesamt	47 (100%)	-

Tabelle 4.3-11: Veranstalter außeruniversitärer Zusatzangebote und Bewertung

¹ Erklärung der Abkürzungen siehe Abkürzungsverzeichnis

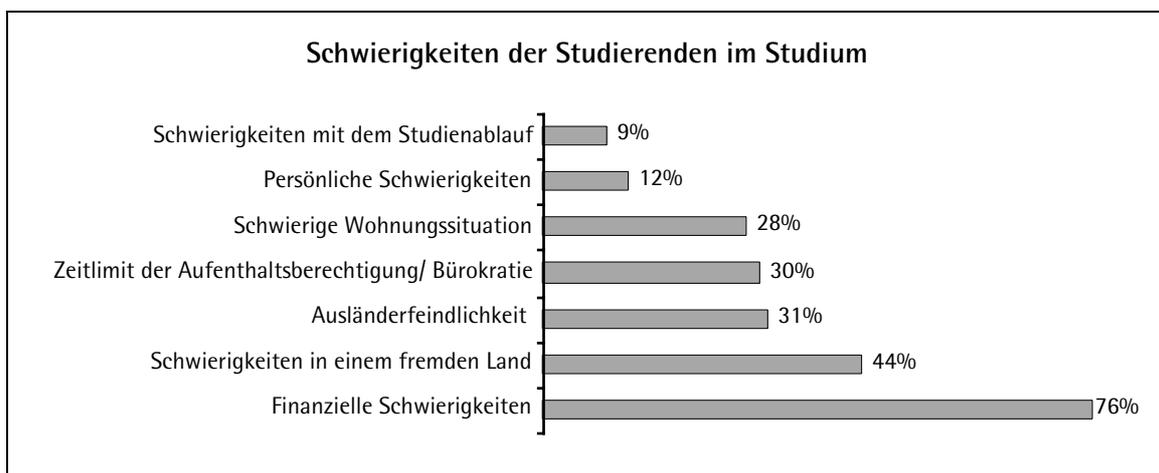
² Initiative von Medizinstudenten aus Kamerun in Deutschland

4.3.2.9 Arbeitsgruppen oder Aktivitäten zu Entwicklungspolitik oder Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern (Teil C – Frage 2)

Lokale Arbeitsgruppen oder Aktivitäten zu Entwicklungspolitik bzw. zu Fragen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern kennen 12 (11%) der 113 antwortenden Studierenden – 101 (89%) sind solche Aktivitäten nicht bekannt. 9 der 12 Studierenden, die die Frage mit „Ja“ beantwortet hatten, machen nähere Angaben zu diesen Gruppen und Aktivitäten. In der Tabelle 8.2-7 im Anhang sind diese nach Städten geordnet unter Angabe des jeweiligen Themenschwerpunktes dargestellt.

4.3.2.10 Schwierigkeiten im Studium (Teil D – Frage 2)

Von 115 antwortenden Studierenden sehen 101 (88%) Schwierigkeiten, die das Studium behindern, während 14 (12%) keine Studienschwierigkeiten angeben. 101 Studierende erläutern diese Schwierigkeiten näher in einer halboffenen Frage. Die im offenen Teil der Frage genannten Aspekte lassen sich zum Teil in bereits genannte Antwortmöglichkeiten einordnen (z. B. ist es sinnvoll, „Schwierigkeiten bei der sozialen Integration“ und „Schwierigkeiten mit der Kultur“ mit den „Sprachschwierigkeiten“ zusammenzufassen und als „Schwierigkeiten im fremden Land“ zu bezeichnen). Aus den anderen Aussagen, die unter „sonstige Schwierigkeiten“ aufgeführt werden, ergeben sich im wesentlichen zwei neuen Kategorien von Studienproblemen: „persönliche Schwierigkeiten“ und „Schwierigkeiten mit dem Studienablauf“. Die Ergebnisse sind in folgender Grafik dargestellt:



Grafik 4.3-3: Schwierigkeiten der Studierenden im Studium

Die Clusteranalyse der Antworten zu der Frage nach den Problemen im Studium ergibt im Wesentlichen eine Aufteilung der Studierenden in 5 Gruppen.

Gruppe 1 (44 Studierende) ist durch Schwierigkeiten im fremden Land (Sprachschwierigkeiten, Schwierigkeiten bei der sozialen Integration und mit der Kultur) und finanzielle Probleme charakterisiert

Gruppe 2 (26 Studierende) gibt vorrangig Schwierigkeiten mit der Aufenthaltsberechtigung und finanzielle Probleme an

Gruppe 3 (12 Studierende) hat Schwierigkeiten mit Ausländerfeindlichkeit und finanzielle Schwierigkeiten

Gruppe 4 (10 Studierende) nennt stets persönliche und zusätzlich finanzielle Schwierigkeiten

Gruppe 5 (9 Studierende) klagt über Schwierigkeiten beim Studienablauf und über finanzielle Probleme

Jede Gruppe gibt zu den Problemen finanzieller Art, die von allen Gruppen häufig genannt werden, einen jeweils anderen Schwerpunkt an. Die schwierige Wohnsituation als Studienhindernis wird in o. g. Gruppen in gleicher Verteilung, jedoch nicht auffällig häufig angegeben und bildet somit keine eigene charakteristische Gruppe aus.

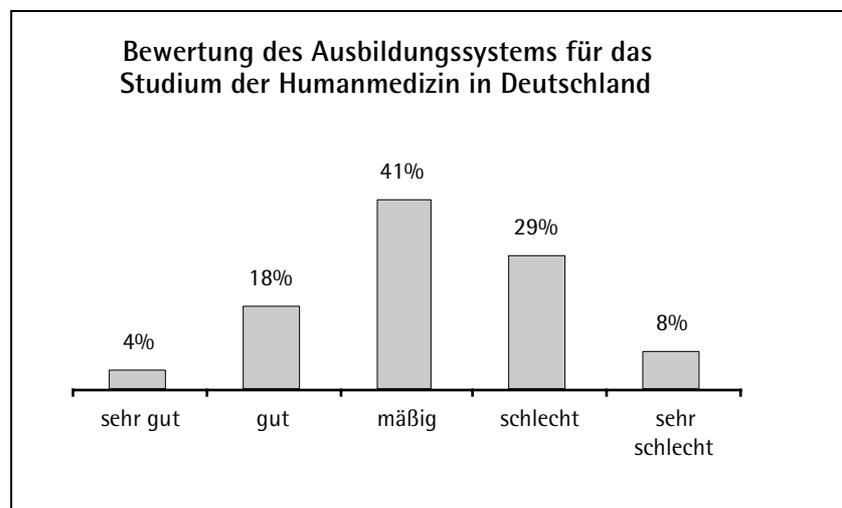
4.3.2.11 Famulatur/ Praktisches Jahr außerhalb Deutschlands (Teil F – Frage 5)

Auf die Frage, ob eine Famulatur oder ein Teil des Praktischen Jahres außerhalb Deutschlands abgeleistet worden sei, antworten 115 Studierende. 53 (46%) hatten eine Famulatur/ einen Teil des Praktischen Jahres außerhalb Deutschlands absolviert, 62 (54%) hatten bis zum Zeitpunkt der Befragung keinen praktischen Studienabschnitt außerhalb Deutschlands absolviert. Die Famulaturen dauerten in der Regel ein bis zwei Monate, die Teile des Praktischen Jahres zwischen ein und vier Monaten. 72% der ausländischen Studierenden aus Entwicklungsländern, die praktische Erfahrung außerhalb Deutschlands gesammelt hatten, verbrachten diese Abschnitte ihrer Ausbildung in ihren Heimatländern, 19% verbrachten diese Zeit in einem Industrieland, 9% in einem anderen Entwicklungsland.

4.3.3 Beurteilung des Studiums

4.3.3.1 Beurteilung des Ausbildungssystems (Teil B – Frage 1)

Die Frage nach der Beurteilung des Ausbildungssystems in Deutschland bezog sich auf den Studienablauf von ca. 11 Semestern Studium an der Universität und den anschließenden Zeitraum von über zwei Jahren für das Praktische Jahr (PJ) und die Zeit als AiP/ ÄiP (Arzt/ Ärztin im Praktikum). Von den Fragebögen sind 111 bezüglich dieser Frage verwertbar. Aus den Angaben ergibt sich folgendes Bild der Beurteilung des Ausbildungssystems für das Studium für Humanmedizin in Deutschland:



Grafik 4.3-4: Bewertung des Ausbildungssystems für das Studium der Humanmedizin

Die Begründungen für dieses Urteil konnten in dem offenen Teil der Frage völlig frei artikuliert werden. Dabei geben 93 Studierende eine Bandbreite von ca. 16 verschiedenen Begründungen für das jeweilige Urteil an. Diese können in drei große Gruppen aufgeteilt werden:

Positive Urteilsbegründungen

Positive Urteilsbegründungen	Häufigkeit der Nennungen (in % von 93 Studierenden)
Theorie und Praxis einigermaßen verbunden	6 (7%)
gute theoretische Wissensvermittlung	4 (4%)
gesamt	10 (11%)

Tabelle 4.3-12: positive Urteile für das Ausbildungssystem

Negative Urteilsbegründungen bezüglich des Studienablaufs und der -organisation

Negative Urteilsbegründungen bezüglich des Studienablaufs und der Organisation	Häufigkeit der Nennungen (in % von 93 Studierenden)
PJ/ AiP ist Ausbeutung, sollte abgeschafft werden	20 (22%)
Theorie und Praxis sind im Studium zu strikt getrennt	17 (18%)
Dauer des Studiums ist zu lang	17 (18%)
praktische Erfahrung sehr spät im Studium	12 (13%)
zu wenig Betreuung von Ärzten und Lehrenden	9 (10%)
zu viel Freiraum/ zu lange Semesterferien, zu wenig Kontrolle der Leistung und Anwesenheit	3 (3%)
mangelhafte Organisation bei Praktika/ Studiums	3 (3%)
zu viele Studenten	1 (1%)
Ausbildung wird im Ausland nicht anerkannt	1 (1%)
gesamt	83 (89%)

Tabelle 4.3-13: negative Urteile der Studierenden bezüglich Studienablauf und -organisation

Negative Urteilsbegründungen bezüglich der Studieninhalte

Negative Urteilsbegründungen bezüglich der Studieninhalte	Häufigkeit der Nennungen (in % von 93 Studierenden)
zu wenig praktische Erfahrung	45 (48%)
Vernachlässigung ethisch moralischer Aspekte	1 (1%)
Fehlen von Ausbildung, die auf Entwicklungsländern bezogen ist	1 (1%)
mangelhafte Wissensvermittlung	1 (1%)
gesamt	48 (52%)

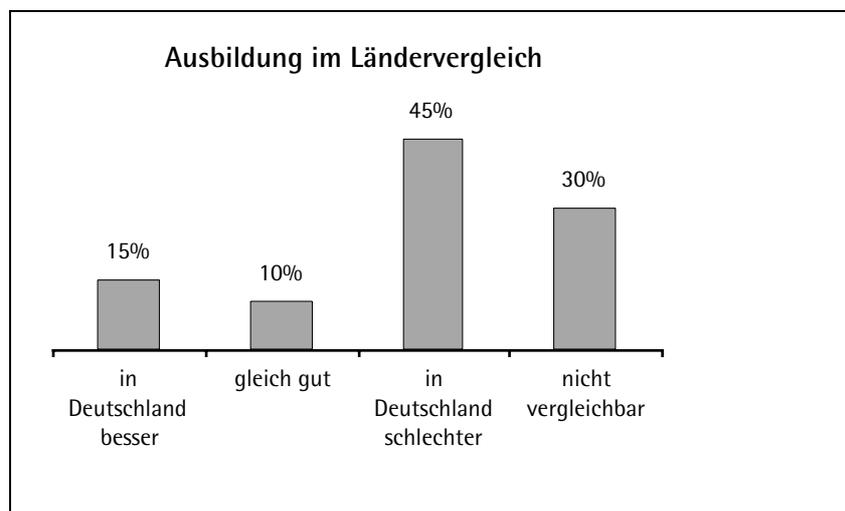
Tabelle 4.3-14: negative Urteile der Studierenden bzgl. Studieninhalte

4.3.3.2 Bewertung der persönlichen Betreuung

67 Studierende bewerten die persönliche Betreuung im Studium, dabei beurteilen rund 45% die persönliche Betreuung positiv (hilfreich, gut und ausreichend), rund 45% negativ (mangelhaft, eher verunsichernd, unzureichend) und 10% indifferent (befriedigend, variabel).

4.3.3.3 Ausbildung im Ländervergleich (Teil B – Frage 3)

Falls eine der befragten Personen bereits im Ausland studiert haben sollte, war der Vergleich mit anderen Studienländern interessant. Diese Frage beantworten aufgrund des hohen Anteils an Studierenden, die ihr gesamtes Studium in Deutschland absolvieren, nur 20 Personen, wobei nur 6 davon eigene Studienerfahrungen im Ausland sammelten.



Grafik 4.3-5: Bewertung des Ausbildungssystems im Ländervergleich

Interessant sind die Begründungen, die für dieses Urteil angeführt werden:

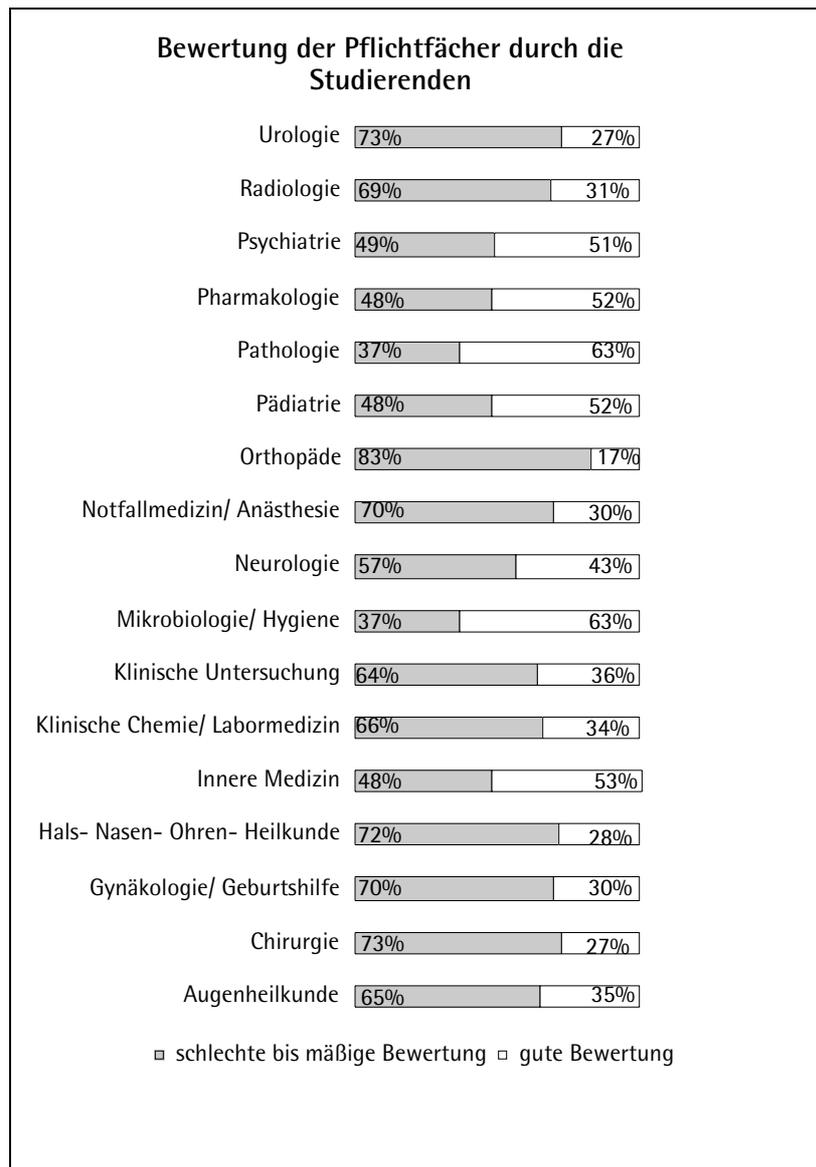
- im Ausland mangelhafte Ausrüstung der Universität
- Bezug zur Praxis im Studium (im Ausland mehr und früher Praxiserfahrung und Verantwortung; in Deutschland Mangel an Patienten-Kontakt und bedside-teaching)
- im Ausland intensivere Lehrbegleitung (gute Betreuung der Studierenden durch Hochschullehrer; intensivere Prüfung des Wissens)

4.3.3.4 Bewertung der Pflichtfächer (Teil B – Frage 4)

Für die Bewertung der Pflichtfächer hinsichtlich Praxisnähe und Relevanz für die ärztliche Tätigkeit sollten für jedes Fach Punkte vergeben werden:

4 Punkte – sehr gut; 3 Punkte – gut; 2 Punkte – mäßig; 1 Punkt – schlecht; 0 Punkte – sehr schlecht.

Aus der Zusammenfassung der Bewertungen in die Kategorien „gut“ (3 und 4 Punkte) und „schlecht bis mäßig“ (0 bis 2 Punkte) ergibt sich Grafik 4.3-6.



Grafik 4.3-6: Bewertung der Pflichtfächer hinsichtlich Praxisnähe und Relevanz für die ärztliche Tätigkeit

Fast zwei Drittel der Pflichtfächer (11 von 17) werden von der Mehrzahl der Studierenden hinsichtlich der Praxisnähe und der Relevanz für die ärztliche Tätigkeit mit „schlecht“ oder „mäßig“ bewertet. Nur ca. ein Drittel der Pflichtfächer bewerten mehr als die Hälfte der ausländischen Studierenden mit „gut“. Dabei nehmen die Fächer Pathologie und

Mikrobiologie/ Hygiene mit 63% positiven Bewertungen die Spitzenposition ein. Innere Medizin, Pädiatrie, Pharmakologie und Psychiatrie erreichen mit 51% bis 53% nur knapp die 50%-Marke positiver Bewertungen. Die Fächer Orthopädie (17% positive Bewertungen), Chirurgie und Urologie (je 27% positive Bewertungen) schneiden am schlechtesten ab.

4.3.3.5 Bewertung der Zusatzveranstaltungen an der Universität (Teil B – Frage 6)

Zur Bewertung der Zusatzveranstaltungen an der Universität wird auf Tabelle 4.3-10 unter Punkt 4.3.2.7 verwiesen. Es wird lediglich die jeweilige Häufigkeit der Bewertungen genannt, da eine weitere Aufarbeitung dieser Daten aufgrund der relativ geringen Anzahl nicht sinnvoll ist. Die Bewertung der Zusatzveranstaltungen erfolgte nach dem gleichen System wie die Bewertung der Pflichtfächer:

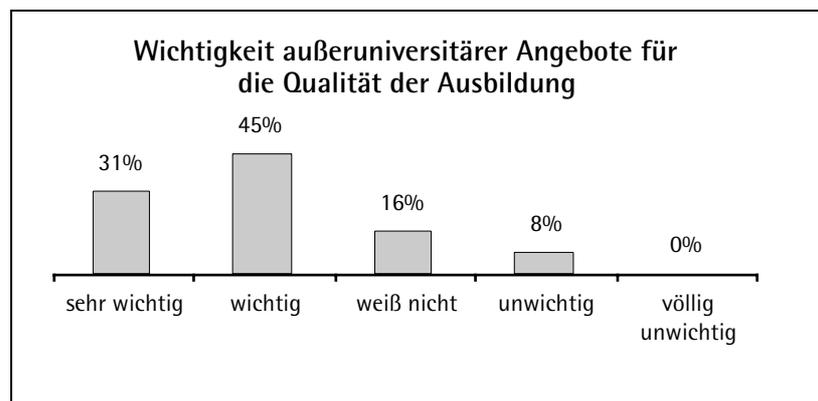
4 Punkte – sehr gut; 3 Punkte – gut; 2 Punkte – mäßig; 1 Punkt – schlecht; 0 Punkte – sehr schlecht.

4.3.3.6 Bewertung der Veranstaltungen außerhalb der Universität (Teil C – Frage 1)

Die Bewertung des außeruniversitären Angebotes weist ebenso geringe Fallzahlen auf, so dass auch hier nur die Häufigkeit der Bewertungen der Veranstaltungen unter Punkt 4.3.2.8 dargestellt werden. Das Bewertungsschema entspricht dem oben genannten.

4.3.3.7 Wichtigkeit des außeruniversitären Angebotes und von lokalen Gruppen/ Aktivitäten für die Qualität der Ausbildung (Teil C – Frage 3)

Die Wichtigkeit der Veranstaltungen außerhalb der Universität und der lokalen Gruppen und Aktivitäten für die Qualität der Ausbildung schätzen 105 Studierende ein.



Grafik 4.3-7: Wichtigkeit der außeruniversitären Angebote

4.3.3.8 Vorbereitung auf Schwierigkeiten nach der Rückkehr (Teil E – Frage 6)

Von 100 antwortenden Studierenden sehen sich 9% während ihrer Ausbildung in Deutschland auf die Schwierigkeiten vorbereitet, die sie nach der Rückkehr in ihr Heimatland erwarten. 91% der Studierenden fühlen sich im Medizinstudium auf derartige Schwierigkeiten nicht vorbereitet.

4.3.4 Vorstellungen von einem „idealen“ Studium

4.3.4.1 Einschätzung der persönlichen Betreuung

Die Einschätzung der Wichtigkeit der persönlichen Betreuung für die Qualität des Medizinstudiums war eine Teilfrage im Themenbereich „persönliche Betreuung“. 70 Studierende äußern sich dazu: 69% halten die persönliche Betreuung für die Qualität des Studiums für wichtig, während 31% sie für unwichtig hält.

4.3.4.2 Eigene Interessen im Studium (Teil B – Frage 5)

Erwartungen und Ansprüche an das Medizinstudium in Deutschland von Seiten der ausländischen Studierenden eruierten wir in der Frage nach den eigenen, besonderen Interessen, die die Studierenden während ihres Studiums in Deutschland ausbilden wollen. Die halboffene Frage beinhaltet fünf vorgegebene Antwortvarianten, die sechste Option für eine Antwort, die den offenen Teil der Frage repräsentiert, war mit „sonstige Interessen“ bezeichnet und ließ Raum für persönliche Bemerkungen. In Tabelle 4.3- sind die Angaben der 117 antwortenden Studierenden dargestellt.

eigene Interessen im Studium	Anzahl der Antworten (in % von 117 Studierenden)
fundierte praktische Ausbildung für die spätere Tätigkeit als Arzt/ Ärztin	106 (91%)
Erlernen von technischen Methoden der Diagnostik und Therapie	89 (76%)
Erlernen des grundlegenden theoretischen Wissens auf den wesentlichen Gebieten der Medizin	71 (61%)
grundlegende Ausbildung für eine spätere Tätigkeit im Heimatland	64 (55%)
wissenschaftliches Arbeiten in ausgewählten Gebieten der Medizin	34 (29%)
sonstige (5x keine weiteren Bemerkungen; 3x mehr und früherer Praxisbezug; 1x Krankenhausmanagement und Informationsverarbeitung in der Medizin; 1x Verbindung mit Naturheilmethoden)	10 (9%)

Tabelle 4.3-15: eigene Interessen im Studium

4.3.4.3 Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium in Deutschland (Teil B – Frage 7)

Die Studierenden wurden in einer offenen Frage gebeten, Verbesserungsvorschläge für die Ausbildung zum Arzt/ zur Ärztin zu machen. 97 Studierende benennen mindestens einen Aspekt, den sie für verbesserungswürdig halten. Die folgende Tabelle zeigt die Verbesserungsvorschläge geordnet nach der Häufigkeit der Nennung.

Verbesserungsvorschläge	Häufigkeit der Nennungen (in % von 97 Studierenden)
mehr und früher praktische Erfahrung/ Verantwortung für Studierende	67 (69%)
intensivere Kombination von Theorie und Praxis (bed-side-teaching, Praxisbezug in Vorlesungen und Praktika, Blockunterricht)	49 (51%)
mehr und bessere persönliche Betreuung (durch Professoren, Ärzte, Assistenten)	37 (38%)
Prüfungssystem ändern (Multiple-Choice abschaffen, mündliche und praxisorientierte Prüfungen, stärkere Prüfung der einzelnen Fächer/ Pflichtkurse, nur drei Examina)	24 (25%)
weniger Theorie im Studium (grundlegendes Wissen stärker berücksichtigen, Betonung der wichtigen Fächer und weniger Gewicht für kleine Fächer, gründliches Erlernen und Üben der Untersuchungstechniken)	16 (16%)
unnötigen „Ballast“ aus dem Studium streichen (AIP/ PJ abschaffen, Doktorarbeit abschaffen, bestimmte Fächer streichen: Biologie, Physik, Biomathematik)	15 (15%)
Verbesserung der Pädagogik (Kontrolle der Lehrtätigkeit der Hochschullehrer, Verbesserung der pädagogischen Ausbildung der Lehrenden, Ausbildung zur Teamarbeit)	13 (13%)
kleinere Studiengruppen	12 (12%)
besondere Betreuung ausländischer Studierender (z. B. Rücksicht in Prüfungen, zusätzliche Lehrveranstaltungen, besondere persönliche Betreuung, Förderung der Ausbildung in der Heimat)	11 (11%)
Verkürzung der Studiendauer	8 (8%)
zusätzliche Lehrinhalte (ethisch-moralische Aspekte des Arztberufes, alternative Heilmethoden, praxisorientierte Sprachkurse)	7 (7%)
Veranstaltungen spezifisch für/ über Entwicklungsländer	6 (6%)
Organisation des Studiums verbessern	6 (6%)
größerer Spielraum für eigene Interessen	6 (6%)
Kurse in technischer Diagnostik und Therapie (z. B. Sonographie, Endoskopie, EKG)	5 (5%)
Weiterbildung für ausländische Studierende ermöglichen	4 (4%)
Struktur des Praktischen Jahres verändern (Bezahlung im PJ, mehr Fächer)	3 (3%)

Tabelle 4.3-16: Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium in Deutschland

Die Fülle der verschiedenen Angaben kann zu drei Gruppen mit Verbesserungsvorschlägen zusammengefasst werden, die sich auf ähnliche Bereiche beziehen:

- **Studieninhalte ändern – gesamt 150 Nennungen**
mehr und früher praktische Erfahrung und Verantwortung, Kombination von Theorie und Praxis, weniger Theorie im Studium, zusätzliche Inhalte, Veranstaltungen für/ über Entwicklungsländer, Kurse für technische Diagnostik und Therapie
- **strukturelle Veränderungen des Studiums – gesamt 79 Nennungen**
Prüfungssystem ändern, „Ballast“ aus dem Studium streichen, Verbesserung der Pädagogik, Verkürzung der Studiendauer, Spielraum für eigene Interessen, Organisation des Studiums, Weiterbildung für ausländische Studierende, Struktur des Praktischen Jahres
- **Studium persönlicher gestalten – gesamt 60 Nennungen**
persönliche Betreuung, kleinere Studiengruppen, besondere Betreuung ausländischer Studierender

4.3.4.4 Maßnahmen zur Vorbereitung auf Schwierigkeiten nach der Rückkehr (Teil E – Frage 6)

Im Zusammenhang mit den Fragen nach den Schwierigkeiten, die die Studierenden nach der Rückkehr in ihr Heimatland erwarten, eruierten wir in einer offenen Frage, was die Studierenden für wichtig erachten, um auf die erwarteten Schwierigkeiten nach der Rückkehr vorbereitet zu sein. Zu dieser Fragestellung nennen 62 Studierende 82 Aspekte, die in drei Kategorien mit jeweils ähnlichen Aspekten zusammengefasst werden können:

Aspekte zur Vorbereitung auf Schwierigkeiten nach der Rückkehr	Häufigkeit der Nennungen (in % von 62 Studierenden)
Studieninhalte (praxisorientierte Ausbildung und mehr Verantwortung für Studierende; mehr grundlegende Ausbildung und weniger Apparatemedizin; bestimmte medizinische Fächer: Chirurgie, Gynäkologie, Genetik, Infektiologie, Innere, Neurologie, Radiologie)	54 (87%)
entwicklungsländerspezifischer Studieninhalte (tropenmedizinische Ausbildung, Seminare zu Themen über Entwicklungsländer, Seminare über das Arbeiten unter einfachen Bedingungen, Aufenthalt in der Heimat für praktische Erfahrung)	20 (32%)
Strukturen der Aus- und Weiterbildung (Weiterbildung zum Facharzt ermöglichen; Ausbildung in englischer Sprache)	8 (13%)

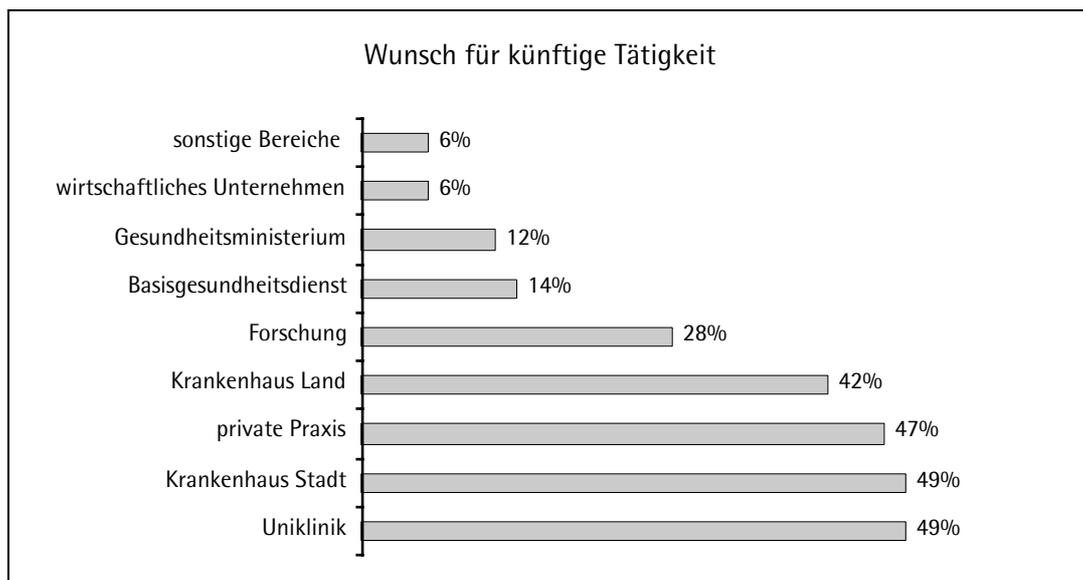
Tabelle 4.3-17: Vorschläge zur Vorbereitung auf Schwierigkeiten nach der Rückkehr

Die Vorbereitung während des Studiums in Deutschland auf Schwierigkeiten, die nach der Rückkehr ins Heimatland auftreten, erachten 70% der Studierenden für wichtig, 26% für unwichtig und 4% der Studierenden sind diesbezüglich unentschlossen.

4.3.5 Eigene Pläne für die berufliche Tätigkeit

4.3.5.1 Wunsch für künftige Tätigkeit (Teil E – Frage 1)

Die Frage nach dem bevorzugten Tätigkeitsbereich in der Zukunft beantworten alle 118 Studierenden:



Grafik 4.3-8: Wünsche der Studierenden für künftigen Tätigkeitsbereich

4.3.5.2 Wunsch für den Ort der künftigen Tätigkeit (Teil E – Frage 2)

Über den bevorzugten Ort der künftigen Tätigkeit geben 117 Studierende folgende Auskunft:

bevorzugter Ort der künftigen Tätigkeit	Häufigkeit der Nennungen (in % von 117 Studierenden)
je nach Stellenangebot	56 (48%)
Heimatland	40 (34%)
anderes Land: Industrieland (davon in USA: 11)	18 (15%)
anderes Land: Entwicklungsland	14 (12%)
Deutschland	12 (10%)

Tabelle 4.3-18: bevorzugter Ort der künftigen Tätigkeit

4.3.5.3 Anerkennung des deutschen Studiums (Teil E – Frage 3)

Die Frage nach der Anerkennung des deutschen Medizinstudiums im Heimatland beantworteten 117 Studierende, 43 (37%) davon wissen, dass ihr Studium in Deutschland anerkannt wird, 50 (43%) haben die Information, dass das Studium nicht anerkannt wird und 24 (20%) sind diesbezüglich nicht informiert. Der Chi-Quadrat-Test für diese Frage mit den HDI- Kategorien der Herkunftsländer zeigt ein statistisch höchst signifikantes Ergebnis ($p=0,000072$) für Studierende aus Ländern mit niedrigem HDI: hoch signifikant häufiger als erwartet geben diese an, dass das deutsche Medizinstudium im Heimatland anerkannt wird. Vergleiche Tabelle 8.2-8 im Anhang.

4.3.5.4 Vorstellung von der Zeit nach der Rückkehr (Teil E – Frage 4)

„Haben Sie bereits eine konkrete Vorstellung, wie die beiden ersten Jahre nach Ihrer Rückkehr aussehen werden?“

Von 113 bejahen 32 (28%) der Studierenden diese Frage, während 81 (72%) angeben, keine Vorstellung von der Zeit nach der Rückkehr zu haben.

29 Studierende machen nähere Angaben zu der Vorstellung, die sie von den ersten beiden Jahren nach der Rückkehr haben:

Vorstellung von der Zeit nach der Rückkehr	Häufigkeit der Nennungen (in % von 29 Studierenden)
Schwierigkeiten bei der Anerkennung des Studiums/ Schwierigkeiten bei der Weiterbildung (Prüfung oder Bürokratie oder Anerkennungsjahr zur Anerkennung des Studiums nötig, keine Möglichkeit zur Facharztausbildung)	14 (48%)
Schwierigkeiten mit der anderen Lebenssituation, Gesellschaft, Arbeitswelt	10 (34%)
„Schwierig“ ohne weitere Erklärung	7 (24%)
„Gut“ ohne weitere Erklärung	1 (3%)
eigene Praxis	1 (3%)
Militärdienst	1 (3%)

Tabelle 4.3-19: Vorstellung von der Zeit nach der Rückkehr

4.3.5.5 Weiterbildung (Teil E – Frage 5)

Bezüglich der Weiterbildung befragten wir die Studierenden zunächst, ob sie eine Weiterbildung nach dem Studium anschließen wollten. Von 117 Studierenden wollen 99 (84%) eine Weiterbildung nach dem Studium absolvieren, 2 (2%) wollen dies nicht und 16 (14%) sind im Hinblick darauf unentschieden. Im Anschluss daran erfragten wir den gewünschten Ort für die Weiterbildung und den Grund für diese Wahl – 96 Studierende geben darüber Auskunft:

Gründe für Wunsch der Weiterbildung	Anzahl der Antworten (in % von 96 Studierenden)
in Deutschland	
Ausbildungsgründe (gute bzw. bessere Qualität; bessere fachliche und technische Möglichkeiten; Vervollständigung des Studiums; bessere Chancen nach Weiterbildung; bequemere Ausbildung)	25 (26%)
persönliche Gründe (familiäre Gründe; Vertrautheit der Sprache und des Landes; Wunsch, dort zu sein; internationale Erfahrung)	24 (25%)
nein	23 (24%)
einzigste Möglichkeit (darf nicht in die Heimat zurück; Weiterbildung ist in der Heimat nicht möglich)	15 (16%)
unspezifische Gründe	12 (13%)
in der Heimat	
Ausbildungsgründe (Ergänzung des Studiums)	3 (3%)
persönliche Gründe (Wunsch, dort zu sein; Neues kennen lernen)	2 (2%)
nein	81 (84%)
einzigste Möglichkeit (Facharztausbildung in Deutschland nicht möglich)	4 (4%)
unspezifische Gründe	5 (5%)
in einem anderen Land	
Ausbildungsgründe (gute Qualität der Ausbildung)	12 (13%)
persönliche Gründe	7 (7%)
nein	57 (59%)
einzigste Möglichkeit	10 (10%)
unspezifische Gründe	10 (10%)

Tabelle 4.3-20: Gründe für das Wunschland der Weiterbildung

4.3.5.6 Erwartete Schwierigkeiten nach der Rückkehr (Teil E – Frage 6)

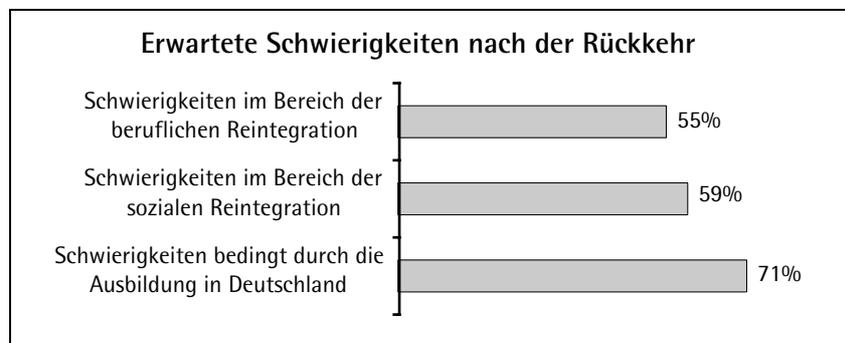
Die Studierenden wurden zu den von ihnen erwarteten Schwierigkeiten, falls sie sofort nach dem Ende der Ausbildung in ihr Heimatland zurückkehren würden, befragt. Diese Frage war offen formuliert und 104 Studierende machen Angaben dazu. Die folgende Tabelle zeigt die Vielfalt der Antworten, die 12 verschiedene Aspekte beleuchten.

Schwierigkeiten bei Rückkehr ins Heimatland sofort nach der Ausbildung	Häufigkeit der Nennungen (in % von 104 Studierenden)
Schwierigkeiten mit dem anderen und ärmeren Gesundheitssystem (z. B. Versorgungssituation/ technische Ausstattung/ ärztlicher Tätigkeitsbereich)	33 (32%)
andere Lebenssituation (Sprache, Mentalität, Religion, Armut der Bevölkerung, Bürokratie, Kultur, Mangel an Freiheit, politische Situation)	30 (29%)
Mangel an Erfahrung in der Praxis/ im Umgang mit den Patienten	30 (29%)
andere Fachsprache	30 (29%)
finanzielle Schwierigkeiten	16 (15%)
mangelndes landesbezogenes Fachwissen	14 (14%)
Schwierigkeiten bei der Anerkennung des Studiums	12 (12%)
Schwierigkeiten bei der sozialen Anerkennung (Neid von Landsleuten, Anerkennung als Arzt, Integration und Vertrauen aufbauen)	12 (12%)
schwierige Zukunftsperspektive (Stellenknappheit, keine Stelle ohne Facharztausbildung)	10 (10%)
persönliche Sicherheit	2 (2%)
Erwartungsdruck aufgrund des Studiums in Deutschland	2 (2%)
politische Schwierigkeiten	1 (1%)

Tabelle 4.3-21: erwartete Schwierigkeiten bei der Rückkehr ins Heimatland

Diese Aspekte können zu drei Kategorien mit ähnlichen Merkmalen zusammengefasst werden:

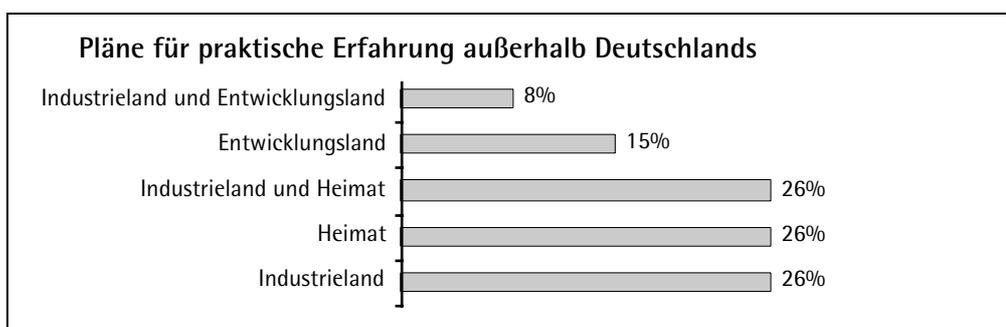
- **Schwierigkeiten bedingt durch die Ausbildung in Deutschland:** Mangel an praktischer Erfahrung/ im Umgang mit Patienten, andere Fachsprache, mangelndes landesbezogenes Wissen
- **Schwierigkeiten im Bereich der sozialen Reintegration:** andere Lebenssituation, finanzielle Schwierigkeiten, soziale Anerkennung, persönliche Sicherheit, politische Schwierigkeiten
- **Schwierigkeiten im Bereich der beruflichen Reintegration:** Schwierigkeiten mit anderem/ ärmerem Gesundheitssystem, Anerkennung des Studiums, berufliche Zukunftsperspektive, Erwartungsdruck im Beruf



Grafik 4.3-9: erwartete Schwierigkeiten nach der Rückkehr ins Heimatland

4.3.5.7 Pläne für Famulatur/ Praktisches Jahr außerhalb Deutschlands (Teil E – Frage 5.2)

Von 85 wollen 46 (54%) der Studierenden praktische Erfahrungen in der Heimat/ außerhalb Deutschlands sammeln; 39 (46%) beabsichtigen dies nicht. Nähere Angaben zu den Ländern, in denen die Studierenden diese praktischen Erfahrungen sammeln wollen, machen 42 Personen, diese sind in Tabelle 8.2-9 im Anhang aufgeführt. Als Wunschland werden neben dem Heimatland auch andere Industrie- oder Entwicklungsländer angegeben, wie eine Verknüpfung der Angaben mit den Herkunftsländern zeigt:



Grafik 4.3-10: Pläne für praktische Erfahrung außerhalb Deutschlands

4.4 Ergebnisse der Befragung der Ärztinnen und Ärzte

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Befragung der ÄrztInnen ist es wichtig, die durch den Versendungsmodus entstandene Vorauswahl der befragten Personengruppe (Kontakte zum Ärzteprogramm) zu berücksichtigen. Von den zurückgesandten Fragebögen werden nur die in die Auswertung miteinbezogen, die von Personen ausgefüllt wurden, die zum Studium nach Deutschland kamen (36 der zurückgesandten Fragebögen); Personen, die zur Facharzt-ausbildung nach Deutschland kamen, werden in der Darstellung der Ergebnisse nicht berücksichtigt, da sie nicht zur Zielgruppe einer Befragung zur Bewertung des Medizin-studiums in Deutschland gehören.

4.4.1 Fragen zur Person

4.4.1.1 Geschlecht (Teil 2 – Frage 1.1)

In 33 von 36 Fragebögen an die ÄrztInnen ist die Frage nach dem Geschlecht beantwortet:

Geschlecht der Studierenden	Anzahl (in %)
männlich	27 (82%)
weiblich	6 (18%)
gesamt	108 (100%)

Tabelle 4.4-1: Geschlecht der befragten ÄrztInnen

4.4.1.2 Heimatland (Teil 2 – Frage 1.4)

In 33 zurückgesandten Fragebögen beantworten die ÄrztInnen die Frage nach der Herkunft. Dabei ergibt sich folgende Verteilung nach Herkunftsländern, dem jeweiligen HDI-Wert des Jahres 1993 und nach Kategorien des Human Development Index¹ (HDI) aus dem Human Development Report 1996:

¹ „HDI human Development Index, erstmals 1990 im vom UNDP publizierten Human Development Report (HDR) vorgeschlagener Index, der sich aus Indikatoren für <wesentliche Elemente des Lebens> zusammensetzt und den Stand menschlicher Entwicklung (human development, HD) aufgrund angemessenerer Kriterien als die bis dahin vorherrschende Bewertung nach dem Pro-Kopf-Einkommen (PKE) bestimmen soll. Die den HDI konstituierenden Komponenten sind LE (Lebenserwartung, Anm. der Verfasserin), Wissen und Lebensstandard. ... Die Werte von 130 Ländern mit je über 1 Mio. Ew. werden für diese Indikatoren auf eine Skala von 0 bis 1 projiziert.“ (Nohlen, Dieter (Hg.); Lexikon Dritte Welt – Länder, Organisationen, Theorien, Begriffe, Personen, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg, 2000)

Land	Anzahl der Ärzte/ Ärztinnen	% der Ärzte/ Ärztinnen	HDI- Wert 1993	HDI- Kategorie
Äthiopien	3	9,1%	0,237	
Tschad	1	3,0%	0,291	
Guinea Bissau	1	3,0%	0,297	
Uganda	2	6,1%	0,326	HDI niedrig < 0.500
Jemen	7	21,2%	0,366	
Ghana	3	9,1%	0,467	
Kamerun	2	6,1%	0,481	
Zwischensumme ¹	19	57,6%		HDI niedrig
Simbabwe	2	6,1%	0,534	
Indonesien	1	3,0%	0,641	HDI mittel 0,500 – 0,799
Iran	2	6,1%	0,754	
Zwischensumme	5	15,2%		HDI mittel
Süd- Korea	1	3,0%	0,886	
Israel	4	12,1%	0,908	HDI hoch > 0,800
Palästina	4	12,1%	nicht bestimmt	
Zwischensumme	9	27,2%		HDI hoch
Gesamtzahl	33	100%		

Tabelle 4.4-2: Herkunftsländer der ArztInnen mit Studium der Humanmedizin in Deutschland nach HDI-Kategorien der Herkunftsländer

Der Chiquadrat-Test² der HDI-Kategorie der Herkunftsländer mit den Studienorten, die wir in die Kategorien „neue Bundesländer“ und „alte Bundesländer“ aufteilten ergibt bei einer statistischen Wahrscheinlichkeit von $p=0,0003$ eine höchst signifikant seltenere Herkunft der ÄrztInnen, die in den „neuen“ Bundesländern studiert hatten, aus einem Land mit hohem HDI; vgl Tabelle 8.2-10 im Anhang

4.4.1.3 Arbeit im Gesundheitssektor vor dem Studium (Teil 1 – Frage 4)

34 der 36 Personen, die zum Medizinstudium in Deutschland weilten, beantworteten diese Frage. Von diesen arbeiteten 2 (6%) der Studierenden bereits vor dem Studium im paramedizinischen Gesundheitsbereich, beide in ihrem Heimatland.

¹ Die Angaben aus der Zeile „Zwischensumme“ gehen nicht in die Gesamtsumme mit ein.

² Der Chiquadrat-Test überprüft, ob zwischen den beiden getesteten Variablen signifikant auffällige Kategoriekombinationen zu beobachten sind. Das heißt für den oben dargestellten Test, ob die Zeilenprozentuierung der Spaltensumme (erwartete Verteilung) auch in den getesteten Kategorien (hier: HDI-Kategorien) zu finden ist, oder ob signifikant auffällige Abweichungen von der erwarteten Verteilung bestehen.

4.4.1.4 Grund für Studium in Deutschland (Teil 2 – Frage 5)

35 ehemalige Studierende machen Angaben zu ihren Gründen für das Medizinstudium in Deutschland, deren Häufigkeit der Nennung in der folgenden Tabelle dargestellt ist.

Studiengründe	Anzahl der Antworten (in % von 35 Studierenden)
gute Ausbildung	29 (83%)
fremde Kultur/ anderes Land kennen lernen	19 (54%)
Stipendium für Deutschland	15 (43%)
hohes Ansehen nach Studium in Deutschland	14 (40%)
kein Studienplatz im Heimatland	10 (29%)
Freunde, Bekannte, Verwandte in Deutschland	8 (23%)
keine Studiengebühren	7 (20%)

Tabelle 4.4-3: Gründe der ArztInnen für ein Studium in Deutschland

Die Chi-Quadrat-Tests der Beweggründe für ein Studium in Deutschland, mit den HDI-Kategorien der Herkunftsländer ergeben hinsichtlich zweier Gründe signifikante Abweichungen von der statistisch erwarteten Verteilung. Die übrigen Beweggründe werden in etwa in der erwarteten Normalverteilung genannt. Vergleiche dazu auch Tabelle 8.2-11 im Anhang.

- Freunde, Bekannte, Verwandte in Deutschland waren für ehemalige Studierende aus Ländern mit niedrigem HDI signifikant seltener als statistisch erwartet ($p=0,033$)
Beweggrund für das Studium in Deutschland
- ein Stipendium für ein Studium in Deutschland war für ehemalige Studierende aus Ländern mit niedrigem HDI signifikant häufiger als statistisch erwartet ($p=0,00047$)
Beweggrund für das Medizinstudium in Deutschland.

4.4.2 Fragen zum Verlauf des Studiums

4.4.2.1 Dauer des Studiums (Teil 1 – Frage 1)

34 von 36 Ärztinnen und Ärzten beantworten die Frage nach Beginn und Ende des Studiums, vgl. Tabellen 8.2-12 und 8.2-13 im Anhang. Die daraus berechnete Studiendauer ergibt folgende Ergebnisse:

Dauer des Studiums	Anzahl (in %)
6 Jahre	9 (26,5%)
7 Jahre	15 (44,1%)
8 Jahre	7 (20,6%)
10 Jahre	2 (5,9%)
12 Jahre	1 (2,9%)
gesamt	34 (100%)

Tabelle 4.4-4: Dauer des Medizinstudiums in Deutschland

4.4.2.2 Studienort (Teil 1 – Frage 2)

Die Frage nach dem Studienort wurde von 35 Personen beantwortet. 33 der 35 Ärztinnen und Ärzte studierten mindestens 10 Semester an einem Studienort (2 Personen wechselten nach 8 bzw. 6 Semestern die Universität). Aufgrund dieser Tatsache sind jeweils nur die Hauptstudienorte angegeben:

Universität	Anzahl der Studierenden	Universität	Anzahl der Studierenden
Aachen	1	Kiel	1
Berlin FU	4	Köln	2
Berlin HU	3	Leipzig	6
Frankfurt	2	Mainz	1
Gießen	1	Marburg	1
Halle/ Wittenberg	3	Münster	1
Hamburg	1	Rostock	4
Heidelberg	1	Saarbrücken/ Homburg	1

Tabelle 4.4-5: Studienorte der befragten Ärzte und Ärztinnen

4.4.2.3 Gesamtes Studium in Deutschland (Teil 1 – Frage 3)

Von 35 ÄrztInnen absolvierten 34 (97%) ihr gesamtes Studium in Deutschland, 1 Person (3%) hatte auch in einem anderen Land studiert.

4.4.2.4 Land des Studienabschlusses (Teil 1 – Frage 3.2)

Von 36 Ärztinnen und Ärzten, die zum Studium nach Deutschland kamen, hatte 1 Person auch außerhalb Deutschlands studiert – das Studium wurde jedoch von allen 36 befragten ehemaligen Studierenden in Deutschland abgeschlossen.

4.4.2.5 Finanzierung des Studiums (Teil 1 – Frage 6)

35 der befragten Ärztinnen und Ärzte antworten auf die Frage nach der Finanzierung ihres Studiums in Deutschland.

Finanzierung des Studiums	Anzahl (in %)
nur selbst	0
nur Eltern	2 (6%)
nur Stipendium	20 (57%)
selbst und Eltern	5 (14%)
Eltern und Stipendium	6 (17%)
selbst und Eltern und Stipendium	2 (6%)
gesamt	35 (100%)

Tabelle 4.4-6: Finanzierung des Studiums

Folgende Stipendiengeber wurden genannt:

- **Stipendium für einen Teil des Studiums:** ESG, eigene Regierung, Maria-Pesch-Stiftung (private Stiftung für die Medizinische Fakultät Köln), Friedrich-Naumann-Stiftung (politische Stiftung), Comboni-Missionare
- **Stipendium für ganzes Studium:** eigene Regierung, DDR-Regierung (z. T. kombiniert mit DAAD – wohl vom DAAD übernommene Stipendien nach dem Ende der DDR), DAAD, Comboni-Missionare, Otto-Benecke-Stiftung

4.4.2.6 Persönliche Betreuung (Teil 1 – Frage 8)

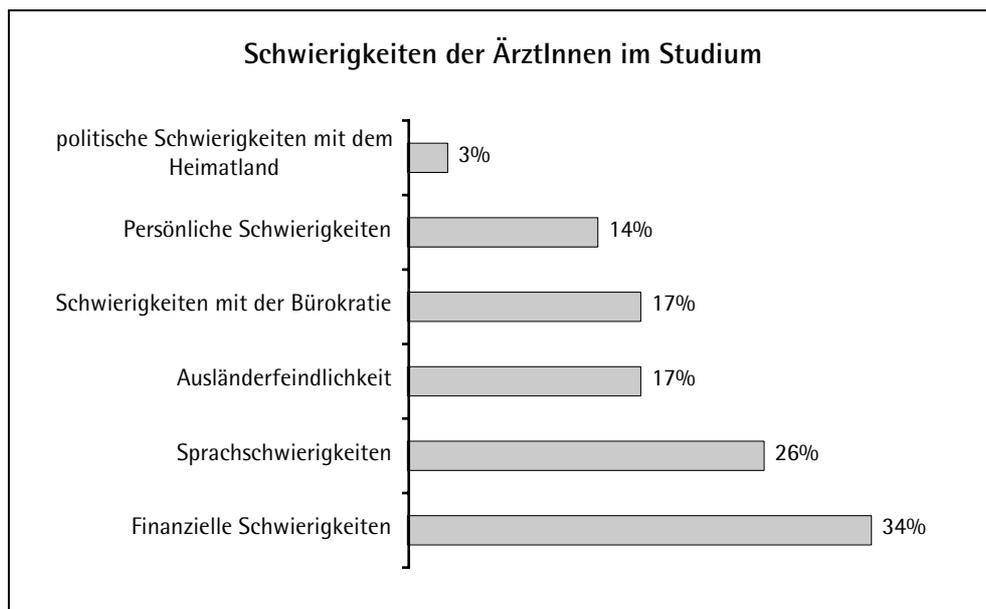
Die Frage nach der persönlichen Betreuung im Studium beantworteten 34 der ehemaligen Studierenden. Von diesen geben 18 (53%) an, persönliche Betreuung im Studium erhalten zu haben; 16 (47%) erhielten keine persönliche Betreuung. Acht ÄrztInnen führen Personen auf, die die persönliche Betreuung leisteten. Dabei werden Assistenten am häufigsten (5x), Hochschullehrer 2x und sonstige Lehrbeauftragte 4x genannt. Die Tabelle zeigt die Angaben zur Frage, bei welchen Gelegenheiten die persönliche Betreuung stattfand; insgesamt äußern sich dazu 18 Studierende.

persönlichen Betreuung im Rahmen von:	Anzahl der Antworten (in % von 18 Studierenden)
Kursen/ Praktika	10 (56%)
Doktorarbeit	8 (44%)
Stipendienvergabe	5 (28%)
Studienberatung	5 (28%)
außeruniversitären Kursen	1 (6%)

Tabelle 4.4-7: Gelegenheiten persönlicher Betreuung

4.4.2.7 Studienschwierigkeiten (Teil 1 – Frage 9)

Von 35 ÄrztInnen benennen 21 (60%) Schwierigkeiten, die das Studium behinderten; 14 (40%) sehen keine hinderlichen Schwierigkeiten. In einer halboffenen Frage konnten die ehemaligen Studierenden die Art der Schwierigkeiten spezifizieren. Die Ergebnisse aus dieser Frage sind in folgender Grafik dargestellt:



Grafik 4.4-1: Studienschwierigkeiten der ÄrztInnen aus der Retrospektive

4.4.2.8 Kenntnis von Zusatzveranstaltungen zur Vorbereitung auf die Tätigkeit im Heimatland (Teil 1 – Frage 11)

Die Befragten waren in dieser Frage aufgefordert, sich an zusätzliche Veranstaltungen während des Studiums oder vor der Rückkehr zu erinnern, die auf die spätere Tätigkeit im Heimatland vorbereiteten. Von 35 ÄrztInnen kennen 24 (69%) solche Veranstaltungen, 11 (31%) kennen derartige Angebote nicht. Auf die Frage, ob ihnen genügend Freiraum zur Teilnahme an den Zusatzveranstaltungen zur Verfügung gestanden sei, antworten 28 Personen – 10 (36%) von ihnen mit „ja“ und 18 (64%) mit „nein“. Folgende zusätzliche Veranstaltungen zur Vorbereitung auf die spätere Tätigkeit im Heimatland nennen 23 ehemalige Studierende in der angegebenen Häufigkeit:

Themenbereich der Veranstaltung		Bewertung (0 bis 4 Punkte)	Häufigkeit der Nennung (in %)
Tätigkeit unter einfachen Bedingungen			
1) Laborkurs, Würzburg	Nennung 9x	1) 6 x 4 Pkte. 3 x 3 Pkte.	25 (40%)
2) Pharmakurs, Heidelberg	Nennung 7x	2) 4 x 4 Pkte. 3 x 3 Pkte.	
3) Chirurgie, Homburg	Nennung 5x	3) 2 x 4 Pkte. 3 x 3 Pkte.	
4) Anästhesie und Notfallmedizin	Nennung 4x	4) 4 x 3 Pkte.	
Tropenmedizin			
1) Diplomkurs Community Health and Tropical Medicine, Heidelberg/ Berlin	Nennung 8x	1) 6 x 4 Pkte. 2 x 3 Pkte.	14 (27%)
2) Kurs für Tropenmedizin, Universität Leipzig	Nennung 3x	2) 1 x 4 Pkte. 2 x 3 Pkte.	
3) Tropenmedizin, Kinderklinik Rostock	Nennung 2x	3) 2 x 4 Pkte.	
4) Tropenmedizin, F. U. Berlin	Nennung 1x	4) 1 x 3 Pkte.	
studienbegleitende Kurse von DSE/ ITHÖG/ wus (z. B.: AIDS in Entwicklungsländern, Mutter-Kind-Vorsorge, Gesundheitsprogramme in Entwicklungsländern, länderspezifische Seminare, AIP, Ausgleichsbank, Rückkehr)		3 x 4 Pkte. 4 x 3 Pkte. 5 x 2 Pkte.	12 (19%)
sonstige Themen (Fortbildungen in der Inneren Medizin 9x, jährliche Veranstaltung des Vereins für arabische Mediziner in Europa 1x alternative Pharmakologie 1x)		4 x 4 Pkte. 7 x 3 Pkte.	11 (18%)
gesamt			62 (100%)

Tabelle 4.4-8: Zusatzveranstaltungen zur Vorbereitung auf die spätere Tätigkeit im Heimatland

4.4.3 Beurteilung des Studiums

4.4.3.1 Einschätzung der persönlichen Betreuung (Teil 1 – Frage 8.2 und 8.3)

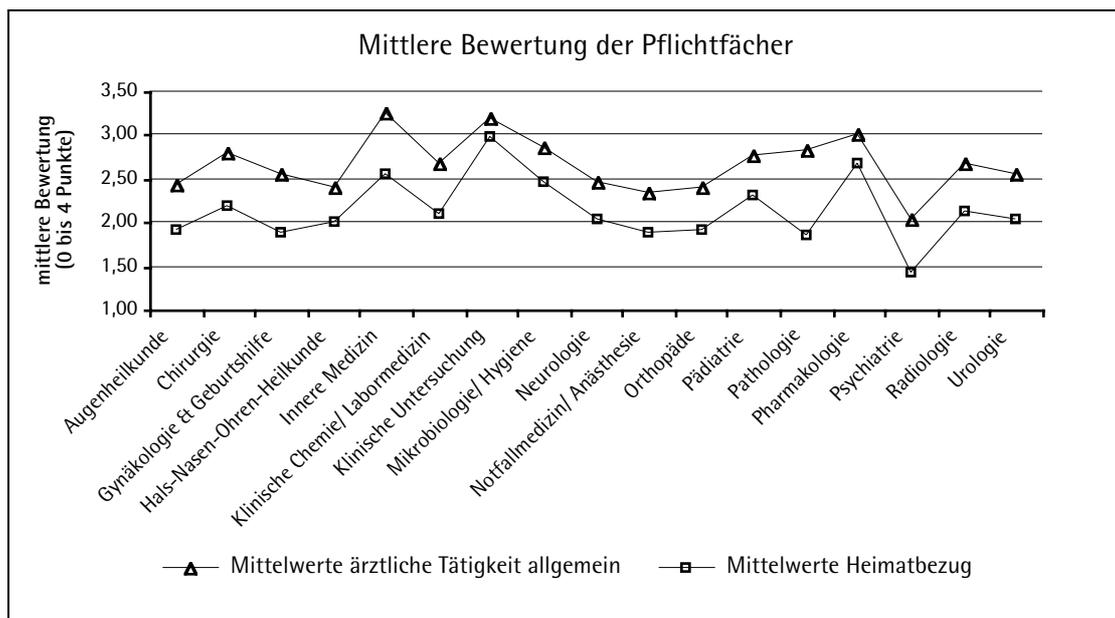
17 ehemalige Studierende geben ihre Einschätzung zur persönlichen Betreuung im Studium in einer geschlossenen Frage ab, von diesen bezeichnen 10 Personen (59%) die persönliche Betreuung als ausreichend. 15 ÄrztInnen (88%) von 17 erachten die persönliche Betreuung im Studium für wichtig.

4.4.3.2 Vorbereitung während des Studiums auf die Probleme bei der täglichen Arbeit (Teil 2 – Frage 9)

Von 34 ehemaligen Studierenden fühlen sich 25 (74%) während des Studiums nicht auf die Probleme, die bei der täglichen Arbeit im Heimatland auftreten, vorbereitet. Alle 9 Personen (26%), die angeben, während des Studiums auf die Probleme bei der täglichen Arbeit vorbereitet worden zu sein, erläutern die Art dieser Vorbereitung in ein bis zwei Punkten kurz: 4x werden Kurse von DSE oder ITHÖG- Kurse, 3x wird ein Praktikum im Heimatland, 2x Literatur und je 1x eine Uni-Veranstaltung und der eigene Schwerpunkt im Studium (klinische Untersuchung) genannt.

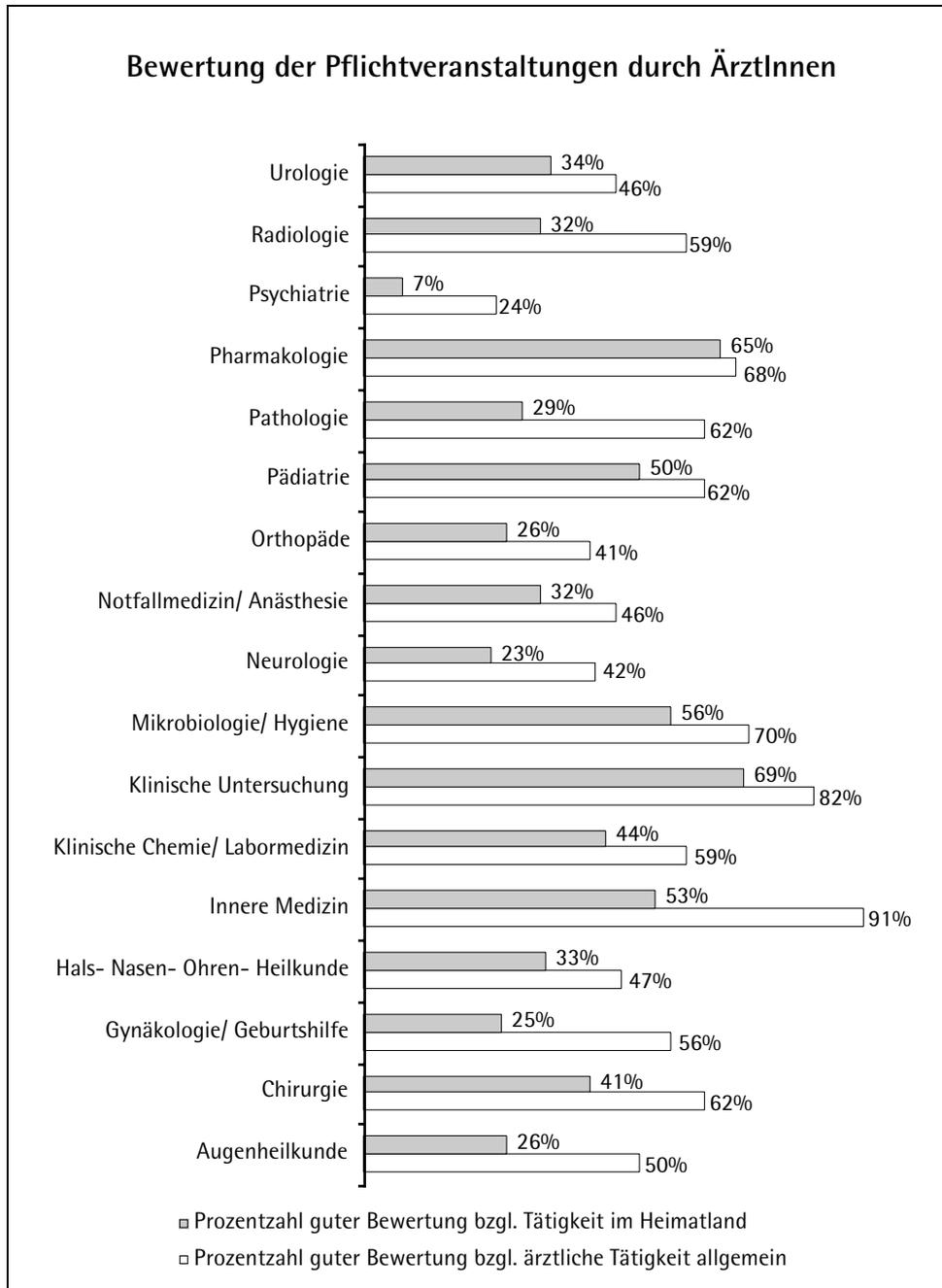
4.4.3.3 Bewertung der Pflichtveranstaltungen (Teil 1 – Frage 10)

Die Bewertungen der Pflichtfächer – einerseits bezüglich der ärztlichen Tätigkeit allgemein und andererseits in Bezug auf eine ärztliche Tätigkeit im Heimatland – werden in Grafik 4.4-3 dargestellt. Die Unterschiede in den mittleren Bewertungen der Pflichtfächer durch die ÄrztInnen hinsichtlich der oben genannten Aspekte zeigt Grafik 4.4-2.



Grafik 4.4-2: Mittlere Bewertung der Pflichtfächer durch die ÄrztInnen

Die ÄrztInnen geben ihre Bewertung der Pflichtfächer nach folgendem Schema ab:
 4 Punkte - sehr gut; 3 Punkte - gut; 2 Punkte - mäßig; 1 Punkt - schlecht; 0 Punkte - sehr schlecht.



Grafik 4.4-3: Bewertung der Pflichtfächer durch die Ärztinnen und Ärzte bezüglich der ärztlichen Tätigkeit allgemein und der ärztlichen Tätigkeit im Heimatland in Prozent der positiven Bewertungen („gut“ und „sehr gut“)

4.4.3.4 Bewertung der Zusatzveranstaltungen (Teil 1 – Frage 11.2)

Auch in der Frage bezüglich der Zusatzveranstaltungen wurden die Ärztinnen und Ärzte gebeten, diese nach dem oben beschriebenen Schema zu bewerten. Die Ergebnisse sind bereits in Tabelle 4.4-8 zusammen mit den Erläuterungen zu den Zusatzveranstaltungen dargestellt.

4.4.3.5 Erfüllung der Erwartungen an ein Medizinstudium (Teil 1 – Frage 12.2)

35 ÄrztInnen antworten auf die Frage, ob die Erwartungen an ein Medizinstudium erfüllt wurden. Dabei wurden für 25 (71%) die Erwartungen zum großen Teil erfüllt, während für 10 (29%) diese nur zu einem kleinen Teil erfüllt wurden.

4.4.3.6 Empfehlung für ein Studium in Deutschland (Teil 1 – Frage 13)

Von 35 der Antwortenden würden 25 (71%) ein Medizinstudium in Deutschland empfehlen, während 10 (29%) eine solche Empfehlung nicht aussprechen.

4.4.4 Vorstellungen von einem „idealen“ Studium

4.4.4.1 Anforderungen an ein Medizinstudium in Deutschland (Teil 1 – Frage 12.1)

35 ehemalige Studierende machen Angaben zu der halboffenen Frage nach den Anforderungen an das Medizinstudium, dabei waren sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten vorformuliert und daneben die Möglichkeit zu eigenen Bemerkungen unter „sonstige Anforderungen“ gegeben. Mehrfachnennungen waren möglich.

Anforderungen an ein Medizinstudium	Häufigkeit der Nennungen (in % von 35 Studierenden)
fundierte praktische Ausbildung für die spätere Tätigkeit als Arzt/Ärztin	24 (86%)
grundlegende Ausbildung für eine spätere Tätigkeit in meinem Heimatland	23 (66%)
Erlernen von technischen Methoden der Diagnostik und Therapie	22 (63%)
Erlernen des grundlegenden theoretischen Wissens auf den verschiedenen Gebieten der Medizin	22 (63%)
Kennen lernen unterschiedlicher Gesundheitssysteme im Vergleich	22 (63%)
Weiterbildung auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand in den verschiedenen Gebieten der Medizin	19 (54%)
sonstige (2x Möglichkeit der Facharztausbildung für ausländische Studierende; 1x Schwerpunkt Tropenmedizin für ausländische Studierende)	3 (9%)

Tabelle 4.4-9: Anforderungen der ÄrztInnen an ein Medizinstudium in Deutschland

4.4.4.2 Vorschläge für Veränderungen am Medizinstudium in Deutschland (Teil 1 – Frage 14)

Die Vorschläge der ÄrztInnen aus der Retrospektive zur Verbesserung des Medizinstudiums in Deutschland wurden in einer offenen Frage eruiert. 31 der 36 ehemaligen Studierenden machen dazu mindestens eine Aussage:

Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium	Häufigkeit der Nennungen (in % von 31 Studierenden)
mehr und früher praktische Erfahrung/ Verantwortung für Studierende	24 (77%)
gezielte Ausbildung für Tätigkeit in Entwicklungsländern (Tropenmedizin, Administration, Gesundheitssysteme, Rückkehr)	13 (42%)
Lehre mit mehr Praxisbezug (bed-side-teaching, Differentialdiagnose, häufige Krankheiten, eigene Sinne einsetzen, Therapie als Schwerpunkt)	11 (35%)
mehr persönliche Betreuung	6 (19%)
Möglichkeit der Facharztausbildung	5 (16%)
kleinere Studiengruppen	4 (13%)
mehr mündliche Prüfungen	3 (10%)
Studienzeit verkürzen	3 (10%)
Erlernen der englischen Fachsprache	2 (6%)
Doktorarbeit als Pflicht, mehr Notfallmedizin, Studium stärker mit medizinischen Neuheiten füllen	je 1 (je 3%)

Tabelle 4.4-10: Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium

4.4.4.3 Vorbereitung auf Probleme der täglichen Arbeit als Aufgabe des Studiums (Teil 2 – Frage 9)

28 Ärztinnen und Ärzte beantworten die Frage, ob sie die Vorbereitung auf die Probleme der täglichen, beruflichen Arbeit als Aufgabe des deutschen Medizinstudiums betrachten. Dabei erachten dies 9 (32%) als Aufgabe des Medizinstudiums, während 19 (68%) darin keine Aufgabe des Studiums sehen.

4.4.5 Berufliche Reintegration

4.4.5.1 Land der Tätigkeit während des Praktischen Jahres und der AiP-Zeit (Teil 1 – Frage 7.1)

Die befragten ÄrztInnen leisteten zu 70% ihr Praktisches Jahr in Deutschland ab, als ÄrztInnen im Praktikum waren sie demgegenüber zu 77% außerhalb Deutschlands beschäftigt. Wenn diese Tätigkeiten außerhalb Deutschlands abgeleistet wurden, so fand dies in den meisten Fällen im Heimatland statt. Vergleiche Tabellen 8.2-14 und 8.2-15 im Anhang.

4.4.5.2 Tätigkeit in Deutschland nach dem Studium (Teil 1 – Frage 7.2)

31 ehemalige Studierende machen Angaben zur Tätigkeit in Deutschland nach dem Studium. 7 (23%) waren nach dem Studium in Deutschland tätig, während 24 (77%) keine Tätigkeit in Deutschland nach dem Studium angeben. Dabei erstreckte die sich Dauer der Tätigkeit von 1/4 Jahr bis 7 Jahre – alle Personen übten ihre Tätigkeit im medizinischen Bereich aus.

4.4.5.3 Zeitraum, vor dem Deutschland verlassen wurde (Teil 2 – Frage 1.5)

Alle 36 Befragten beantworteten die Frage nach dem Zeitraum, vor dem sie Deutschland verlassen hatten. Die meisten ÄrztInnen 29 (81%) verließen Deutschland innerhalb der letzten vier Jahre vor der Befragung. Vergleiche auch Tabelle 8.2-16 im Anhang.

4.4.5.4 Tätigkeit nach der Rückkehr (Teil 2 – Frage 2.2)

Die Tätigkeit sofort nach der Rückkehr wird von 36 befragten Studierenden folgendermaßen beschrieben – Mehrfachnennungen waren möglich.

Tätigkeit sofort nach der Rückkehr	Häufigkeit der Nennungen (in % von 36 ÄrztInnen)
Ableistung des AiP	12 (33%)
Universitätsklinik	9 (25%)
Krankenhaus Stadt	7 (19%)
arbeitslos (durchschnittliche Dauer: 4,2 Monate)	9 (25%)
Ableistung der staatlichen Pflichtzeit (durchschnittliche Dauer 14,5 Monate)	9 (25%)
Privatpraxis/ -klinik	5 (14%)
staatliche Gesundheitsbehörde	3 (8%)
Krankenhaus Land	3 (8%)
Basisgesundheitsversorgung	0
wirtschaftliches Unternehmen	0

Tabelle 4.4-11: Tätigkeit sofort nach der Rückkehr

4.4.5.5 Wissen um Arbeitsstelle vor der Rückkehr (Teil 2 – Frage 3)

Von den 36 befragten ÄrztInnen wussten 9 (25%) bereits während des Studiums um eine künftige Arbeitsstelle.

4.4.5.6 Anerkennung des Studiums (Teil 2 – Frage 4)

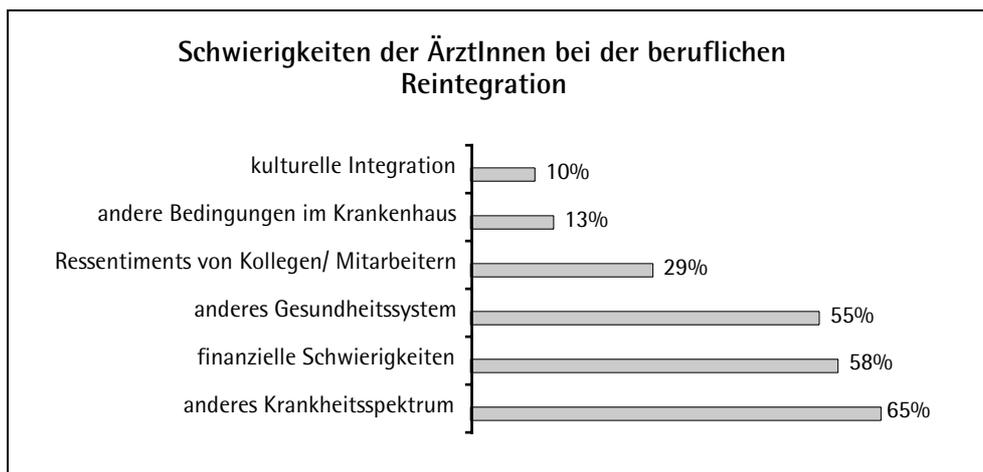
15 (25%) von 34 ÄrztInnen geben an, dass sie Probleme bei der Anerkennung des Studiums hatten, 19 (75%) hatten keine Anerkennungsschwierigkeiten. Folgende Probleme werden in der angegebenen Häufigkeit genannt:

Probleme bei der Anerkennung des deutschen Medizinstudiums	Häufigkeit der Nennungen (in % von 15 ÄrztInnen)
Anerkennungsprüfung/ Teile des Studiums (Praktisches Jahr) wiederholen	9 (60%)
bürokratische Probleme	4 (27%)
Ableisten einer staatlichen Pflichtzeit	3 (20%)
sprachliche Probleme (Übersetzung)	3 (20%)

Tabelle 4.4-12: Probleme bei der Anerkennung des deutschen Medizinstudiums

4.4.5.7 Schwierigkeiten bei der beruflichen Wiedereingliederung (Teil 2 – Frage 5)

Alle 36 Ärztinnen und Ärzte beantworten die Frage nach den Problemen bei der beruflichen Reintegration. Dabei geben 31 (86%) an, dass sie Schwierigkeiten bei der beruflichen Reintegration hatten. Alle 31 Personen erläutern diese Probleme bei der beruflichen Reintegration näher.



Grafik 4.4.-4: Schwierigkeiten der ÄrztInnen bei der beruflichen Reintegration

4.4.5.8 Wiedereingliederungshilfe (Teil 2 – Frage 6)

Von 36 ÄrztInnen der Stichprobe haben 24 (67%) Wiedereingliederungshilfe erhalten, die diese auch näher beschreiben – Mehrfachnennungen waren möglich.

Art der Wiedereingliederungshilfe	Häufigkeit der Nennungen (in % von 24 ÄrztInnen)
finanziell	22 (92%)
Beratung	5 (21%)
sonstige, z. B. DSE, Missionsärzte im eigenen Land, Literatur, Fortbildung	4 (17%)

Tabelle 4.4-13: Art der Wiedereingliederungshilfe

4.4.6 Aktuelle Tätigkeit/ berufliche Situation

4.4.6.1 Aktuelle Tätigkeit (Teil 2 – Frage 2.1)

Alle Ärztinnen und Ärzte antworten auf die Frage nach der aktuellen beruflichen Tätigkeit. 31 Personen (86%) sind als Arzt/ Ärztin tätig, 4 Personen (11%) als AiP/ÄiP und 1 Person (3%) ist nichtärztlich tätig.

4.4.6.2 Aktueller Tätigkeitsbereich im Gesundheitssystem (Teil 2 – Frage 2.1)

Die Frage nach der aktuellen Tätigkeit im Gesundheitssystem beantworten 35 ehemalige Studierende. Beachtenswert bezüglich der Antworten in der Basisgesundheitsversorgung ist: 3 der 4 Personen sind neben einer anderen Tätigkeit (Krankenhaus oder staatliche Gesundheitsbehörde) in der Basisgesundheitsversorgung tätig; eine Person, die ausschließlich in der Basisgesundheitsversorgung tätig ist, arbeitet dort mangels Möglichkeit einer bezahlten ärztlichen Tätigkeit als Volontär ohne Bezahlung.

aktuelle Tätigkeit im Gesundheitssystem	Häufigkeit der Nennungen (in % von 35 ÄrztInnen)
Krankenhaus Stadt	12 (34%)
Universitätsklinik	9 (26%)
Privatpraxis/ -klinik	8 (23%)
staatliche Gesundheitsbehörde	4 (11%)
Basisgesundheitsversorgung	4 (11%)
anderer Bereich	3 (9%)
Krankenhaus Land	2 (6%)
wirtschaftliches Unternehmen	0

Tabelle 4.4-14: Aktueller Tätigkeitsbereich im Gesundheitssystem

4.4.6.3 Kontakt zu deutschen Organisationen/ Institutionen (Teil 2 – Frage 7)

Die Frage bezüglich der Kontakte nach Deutschland im beruflichen Bereich beantworteten 35 ÄrztInnen. 27 (77%) geben an, Kontakte zu deutschen Organisationen zu unterhalten.

Zu welchen Institutionen der Kontakt besteht spezifizieren alle 27 Personen – siehe Tabelle 4.4-15. 22 Personen (81%) werten diese Kontakte als hilfreich, für 4 Personen (15%) ist der Kontakt nicht und für 1 Person (4%) teilweise hilfreich.

Kontaktorganisationen/ -institutionen	Anzahl der Antworten (in % von 27 ÄrztInnen)
DSE	23 (85%)
Universität	5 (19%)
ITHÖG	4 (15%)
je 1x wus, KAAD, Missionsärztliches Institut	3 (11%)

Tabelle 4.4-15: Berufliche Kontakte nach Deutschland

4.4.6.4 Hauptprobleme bei der täglichen Arbeit (Teil 2 – Frage 8)

Die Frage nach den Hauptproblemen bei der täglichen Arbeit wird von allen Ärztinnen und Ärzten beantwortet.

Hauptprobleme bei der täglichen Arbeit	Häufigkeit der Nennungen (in % von 36 ÄrztInnen)
strukturelle Probleme z. B. Bürokratie, Gesundheitssystem, zu viele Patienten, mangelnde Qualitätskontrolle, zu wenig Fachkräfte/ qualifiziertes Personal, mangelhafte Organisation, zu große Verantwortung, Technikgläubigkeit	20 (56%)
Mangel an medizinischer Ausstattung	19 (54%)
finanzielle Probleme z. B. Finanzprobleme: persönliche und der Patienten, Korruption	17 (47%)
Sprache	7 (19%)
sozio-kulturelle Integration z. B. Teamarbeit, Konkurrenz, Reintegration, Patienten-Compliance	7 (19%)
Arbeitsbedingungen z. B. zu viel Arbeit, zu wenig Freizeit, mangelndes Stellenangebot	5 (14%)
politische Probleme	3 (8%)
unterschiedliche Lehrmeinung	3 (8%)
Mangel an Fachliteratur und Fortbildungsmöglichkeiten	3 (8%)
Mangel an Erfahrung	2 (6%)
keine Probleme	1 (3%)

Tabelle 4.4-16: Hauptprobleme bei der täglichen Arbeit

4.4.6.5 Weiterbildungsmöglichkeiten in der Heimat (Teil 2 – Frage 10)

Zu den Möglichkeiten, sich beruflich weiterzubilden machen alle 36 ehemaligen Studierenden Aussagen. 20 (55%) haben die Möglichkeit, an beruflichen Weiterbildungsveranstaltungen teilzunehmen, 10 (28%) sehen die Möglichkeit nicht und 6 (17%) sind diesbezüglich nicht informiert. 17 ehemalige Studierende machen nähere Angaben zu Themen und Veranstaltern der Weiterbildungen, diese sind in den Tabellen 8.2.17 und 8.2.18 im Anhang zu sehen. 17 Ärztinnen und Ärzte trafen eine Aussage zu den Gründen, aus denen sie nicht an Weiterbildungsveranstaltungen teilnehmen können:

Gründe, nicht an Weiterbildungen teilzunehmen	Häufigkeit der Nennungen (in % von 17 ÄrztInnen)
kein Angebot an Weiterbildungen	8 (47%)
Weiterbildungsveranstaltungen zu weit entfernt	3 (18%)
finanzielle Gründe, Einschränkung der Bewegungsfreiheit (aus politischen, rassistischen Gründen), zeitliche Gründe	je 2 (je 12%)
Sprache, Informationsmangel, unnötige Themen	je 1 (je 6%)

Tabelle 4.4-17: Gründe, nicht an Weiterbildungen teilzunehmen

5 Diskussion

5.1 Medizinstudium in Deutschland

5.1.1 Studienablauf und Ziele des Medizinstudiums

Zum Wintersemester 2003/ 2004 trat die am 26. April 2002 vom Bundesrat verabschiedete neue Approbationsordnung für Ärzte in Kraft, die eine grundlegende Änderung der aus dem Jahr 1970 stammenden Approbationsordnung darstellen soll.

Folgende Übersicht zeigt die wichtigsten Änderungen bezüglich der Prüfungen:¹

Reform des Medizinstudiums: statt vier künftig zwei Prüfungen	
Nach bisherigem Recht	Nach der Reform
Ärztliche Vorprüfung nach 4 Semestern mündlich und schriftlich – 320 Fragen	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach 4 Semestern mündlich und schriftlich – 320 Fragen
Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach 6 Semestern schriftlich im MC-Verfahren * – 290 Fragen	entfällt als Staatsprüfung und MC- Prüfung theoretisch-klinische Inhalte werden von den Hochschulen geprüft
Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach 10 Semestern mündlich und schriftlich im MC-Verfahren – 580 Fragen	entfällt als Staatsprüfung und MC- Prüfung theoretisch-klinische Inhalte werden von den Hochschulen geprüft
Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach dem Praktische Jahr mündlich	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach dem Praktischen Jahr mündlich und schriftlich – 320 Fragen (fallbezogen)
Zusammenfassung: Drei Staatsprüfungen im klinischen Studienabschnitt mit insgesamt 870 Fragen	Zusammenfassung: nur noch eine Staatsprüfung im klinischen Studienabschnitt mit 320 Fragen
* Multiple Choice	Quelle: Bundesgesundheitsministerium, Bonn

Die Prüfungen während des klinischen Studienabschnittes entfallen als Staatsprüfungen völlig, theoretisch-klinische Inhalte werden von den Hochschulen geprüft. Das Abschluss-examen nach dem Praktischen Jahr ist auf die Anforderungen an den Arzt und die wichtigsten Krankheitsbilder ausgerichtet und wird fallbezogen durchgeführt. Die Zulassung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung setzt als praktische Erfahrung die Teilnahme an einer Ausbildung zur Ersten Hilfe und ein dreimonatiges Krankenpflegepraktikum voraus. Zwischen dem Ersten und dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist eine viermonatige Tätigkeit als Famulus während der unterrichtsfreien Zeit zu absolvieren. Insgesamt soll nach der neuen Approbationsordnung die praktische Ausbildung im Vordergrund stehen. Bereits

¹ vgl. Deutsches Ärzteblatt (2002), S. C-1355

der Unterricht vor dem Praktischen Jahr soll praxisnah und problemorientiert gestaltet werden.

Die wesentlichen Schwerpunkte der neuen Approbationsordnung sind:

- Anpassung an die veränderten Anforderungen in der medizinischen Versorgung
- Verzahnung von theoretischem und klinischem Unterricht
- Ausbau des fächerübergreifenden und gegenstandsbezogenen Unterrichts
- Verbesserung des Unterrichts am Krankenbett
- Reform des Prüfungswesens
- Stärkung der Allgemeinmedizin
- Evaluation der Lehre¹

Zu diesem Zweck sollen neben Vorlesungen (zur Vorbereitung und Begleitung der anderen Unterrichtsveranstaltungen) auch Praktische Übungen (Unterricht am Krankenbett, Praktika und Blockpraktika) und Seminare (zur Förderung des fächerübergreifenden Denkens mit eigenen Beiträgen der Studierenden) durchgeführt werden. Darüber hinaus können neue Unterrichtsformen (Tutorien, Studiengruppen, Blockunterricht) zu Verbesserung der Lehre eingesetzt werden.

Als Ziel der ärztlichen Ausbildung beschreibt die neue Approbationsordnung:²

„Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich ist. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt. Sie soll

- 1) das Grundlagenwissen über die Körperfunktionen und die geistig-seelischen Eigenschaften des Menschen,
- 2) das Grundlagenwissen über Krankheiten und den kranken Menschen,
- 3) die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation,

¹ vgl. Güntert, Anette (2003), S. 22

² vgl. Haage, Heinz (2003), S. 243f.

- 4) praktische Erfahrung im Umgang mit Patienten, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten und der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren,
- 5) die Fähigkeit zur Beachtung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns,
- 6) Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen,
- 7) die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens

auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes vermitteln. Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Qualitätssicherung beinhalten und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens fördern. Das Erreichen dieser Ziele muss von der Universität regelmäßig und systematisch bewertet werden.“

Inwieweit die neue Approbationsordnung von 2002 das Medizinstudium tatsächlich umgestaltet und eine patienten- und praxisorientierte Ausbildung ermöglicht, wird sich in den kommenden Jahren zeigen. Die Qualität der Ausbildung hängt dabei von strukturellen Veränderungen, von der Motivation der Dozentinnen und Dozenten zur Verbesserung der Lehre und der Bereitschaft und Kompetenz derselben zur Anwendung anderer Methoden (Gruppenarbeit, problemorientiertes Lernen statt passiver Frontalunterricht) ab.

Zur Zeit der Befragung der Studierenden war die Fassung der Approbationsordnung von 1970 in der zum siebten Mal geänderten Form von 1989 gültig. Erst in dieser Änderung wurde der Approbationsordnung von 1970 eine Ausbildungszieldefinition angefügt, die eine eigenverantwortliche und selbständige Handlungsweise der Studienabsolventen als Ausbildungsziel beschreibt. Andere Neuregelungen waren als Sofortmaßnahmen vor einer grundlegenden Änderung gedacht, um die kritisierten Mängel des Medizinstudiums (Praxisferne, Studium befähigt nicht zum eigenverantwortlichen Handeln) zu beheben. Als Mindestanforderungen einer praxis- und patientenorientierten Ausbildung für Ärzte wurden Höchstteilnehmerzahlen von 20 Studierenden in Seminaren der Kernfächer, eine engere Verzahnung zwischen Vorklinik und Klinik, und Höchstteilnehmerzahlen von 8 Studierenden beim praktischen Unterricht mit Patientendemonstration und drei Studierenden beim praktischen Unterricht mit Patientenuntersuchung festgelegt.¹ Die Prüfungen mussten nach dem oben

¹ vgl. Güntert, Anette (2003) S. 20

beschriebenen alten Modell abgelegt werden (3 Prüfungen mit MC-Fragen, davon zwei mit zusätzlichem mündlichem Teil, letzte Prüfung nur mündlich).

5.1.2 Relevanz des Studiums für die praktische ärztliche Tätigkeit und für Studierende aus Entwicklungsländern

Seit langem wurde wiederholt die Praxisferne, die strikte Trennung von Theorie und Praxis im Medizinstudium und die Prüfungsform der Multiple-Choice-Fragen kritisiert.¹ Der Frontalunterricht in Form von demonstrativ-theoretischen Vorlesungen und Praktika mit zu großer Teilnehmerzahl sind Zeichen eines inadäquaten Dozenten/ Studentenverhältnisses² und eine wichtige Ursache für die Praxisferne des Studiums und für die Anonymität eines „Massenstudiengangs“.³ Gegenstands- und problemorientiertes Lernen wird durch den fehlenden gegenseitigen Bezug parallel gehaltener Lehrveranstaltungen verhindert.⁴

Die Mitglieder des Murrhardter Kreises fassen ihre wichtigsten Kritikpunkte am Medizinstudium in der bisherigen Form wie folgt zusammen:⁵

- 1) Erwerb von Faktenwissen füllt Studium weitgehend aus – Vernachlässigung der Vermittlung von Verständnis und Fähigkeit zur Problemlösung
- 2) Überfrachtung des Lehr- und Prüfungstoffes, Multiple-Choice-Prüfungen verlangen unrelevante Kenntnisse, die nur für die Prüfung gelernt werden
- 3) Veränderung wissenschaftlich-technologischer und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung wird zu wenig berücksichtigt – die Vorbereitung auf den lebenslangen Lernprozess zum Erhalt der Fachkompetenz fehlt
- 4) Praxis kommt gegenüber der Theorie zu kurz, Studenten lernen nicht den Umgang mit Patienten und ihren Problemen, Beschäftigung mit Gesundheit und Krankheit beginnt zu spät im Studium.
- 5) Bedeutung der Informationsverarbeitung und der kommunikativen Fähigkeiten in der ärztlichen Tätigkeit werden unzureichend berücksichtigt – fehlende Vermittlung der Fähigkeit, schwierige Sachverhalte und Zusammenhänge präzise und verständlich darzustellen.

¹ vgl. Richter- Kuhlmann, Eva A. in Dtsch. Ärzteblatt (2003), S. C-1664f; vgl. Clade, Harald in Dtsch. Ärzteblatt (1997a), S. A-1641, Clade, Harald in Dtsch. Ärzteblatt (1997b), S. A-1848; vgl. Seidel, Marc in Dtsch. Ärzteblatt (1997), S. A-2318

² vgl. Renschler, Hans E. (1979)

³ S. A-1848; vgl. Seidel, Marc in Dtsch. Ärzteblatt (1997), S. A-2318

⁴ vgl. Langhorst, Jost (1995), S. 169

⁵ vgl. Murrhardter Kreis (1995), S. 273

- 6) Vernachlässigung der psycho-sozialen, emotionalen und ethischen Aspekte der Medizin
- 7) Klinische Ausbildung wird in den Fächern der Maximalversorgung geleistet – für eine primärärztliche, allgemeinmedizinische Tätigkeit ist dies nicht ausreichend.
- 8) fehlende Koordination der Lehrmethoden und Lehrinhalte der einzelnen Ausbildungsstufen – Kenntnisse aus früheren Studienabschnitten sind für die Lösung klinischer Probleme nicht präsent.
- 9) unbefriedigende didaktische Qualität des Unterrichts

Ein weiterer Kritikpunkt an der medizinischen Ausbildung ist das Fehlen bzw. die völlig unzureichende Beachtung der „Public Health“-Aspekte, auch nachdem diese Inhalte in der siebten Novelle der Approbationsordnung als Prüfungsstoff festgelegt worden waren.¹ Der Schwerpunkt der Lehre liegt auf der kurativen Individualmedizin – die große Bedeutung der Public Health-Aspekte in der Praxis spiegelt sich in dem Stellenwert, den die im Studium haben, keineswegs wieder. Die Inhalte von Public Health lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- „epidemiologische Methoden und deskriptive Epidemiologie
- ökologische Faktoren für Gesundheit und Krankheit (d. h. biologisch, physikalisch und chemisch)
- soziale Faktoren für Gesundheit und Krankheit (in der Gemeinde, durch Lebensstil etc.)
- Umgang mit Krankheit und Gesundheit (innerhalb und außerhalb des Versorgungssystems)
- Gesundheitssystem: Organisation, Funktion und Finanzierung (einschließlich Qualitätssicherung)
- Prävention: Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Rehabilitation“²

Der unzureichende Praxisbezug des Medizinstudiums in Deutschland wird auch von ausländischen Studierenden kritisiert und mit Sorge in Bezug auf eine spätere Berufstätigkeit betrachtet³. Hinzu kommen für Studierende aus Entwicklungsländern Bedingungen und Erfordernisse im beruflichen Alltag ihres Heimatlandes, die sich grundsätzlich von denen in

¹ vgl. Busse, Reinhard (1994), S. 23

² vgl. Busse, Reinhard (1994), S. 7

³ vgl. Diesfeld, Hans-Jochen (1989), S. 28

Deutschland unterscheiden und die in der medizinischen Ausbildung nicht oder nur sehr sporadisch berücksichtigt werden¹. In den meisten Entwicklungsländern fehlen mangels personeller und finanzieller Mittel die Minimalvoraussetzungen für Diagnostik und Therapie wie sie in Deutschland gelehrt wird². Als Defizite des deutschen Medizinstudiums im Hinblick auf eine Tätigkeit als Arzt/ Ärztin in Entwicklungsländern nennt Diesfeld folgende Aspekte:³

- mangelnde Vermittlung praktischer Kenntnisse und Erfahrungen durch die starke Theorielastigkeit des Studiums
- intensivere Beschäftigung mit Problemen der Gesundheitsversorgung der Entwicklungsländer und Fragen der Tropenmedizin ist durch die Struktur des Curriculums nicht möglich
- Unterrichtung in Community Medicine und Public Health wird im deutschen Medizinstudium völlig marginal berücksichtigt
- mangelnde Übertragbarkeit der in Deutschland gelehrt und praktizierten Methoden auf andere Regionen und Gesundheitssysteme.

Im WS 2002/03 kamen 10,9% der Studierenden im Fach Humanmedizin (als absolute Zahl: 8748) aus dem Ausland. Auch ohne Stipendium stellt die in Deutschland (noch) übliche, kostenfreie Bereitstellung eines Studienplatzes eine Form der öffentlichen Förderung dar, die im Falle der Herkunft des Studierenden aus einem Entwicklungsland auch als entwicklungspolitische Bildungshilfe betrachtet wird. Daraus erwächst die Verantwortung für eine Ausbildung, die auch zu einer Tätigkeit unter den Voraussetzungen, wie sie in vielen Entwicklungsländern gegeben sind, befähigt.

¹ vgl. Hampel, Dieter (1995a), S. 20 und vgl. Schnitzer, Klaus (1981), S. 118

² vgl. Diesfeld, Hans-Jochen (1995), S. 230

³ vgl. Diesfeld, Hans-Jochen (1995) S. 229f.

5.2 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Rücklauf und Repräsentativität

Rücklauf:

Von den rund 1487 Fragebögen, die von den Akademischen Auslandsämtern versandt wurden, schickten 132 Studierende ihren Fragebogen ausgefüllt an uns zurück. Nach Abzug der Fehlversendungen gehen 118 Fragebögen in die Auswertung ein. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 8,9%.

Die Rücklaufquote der Befragung der Ärztinnen und Ärzte (ehemalige Studierende aus Afrika, Asien, Lateinamerika in Deutschland) beträgt bei 65 Rücksendungen von 477 verschickten Fragebögen 13,6%. Dabei mussten 29 Fragebögen aus der Auswertung ausgeschlossen werden, weil sie nicht die Kriterien der Zielgruppe (Studium in Deutschland) erfüllten. In die Auswertung gingen 36 Fragebögen ein. Für beide Befragungen kommen so nur relativ geringe Fallzahlen zustande.

In den Sozialerhebungen des Deutschen Studentenwerks (durchgeführt vom HIS Hochschul-Informationen-System) waren in den letzten Jahren unter den deutschen und den ausländischen Studierenden die Rücklaufquoten stark rückläufig, wobei die Beteiligung der ausländischen Studierenden stets erheblich geringer ausfiel.

	Rücklauf unter deutschen Studierenden	Rücklauf unter ausländischen Studierenden
14. Sozialerhebung ¹	50,3%	30,8%
15. Sozialerhebung ²	37,1%	19,5% (28%) ³
16. Sozialerhebung ⁴	27,1%	12%

Tabelle 5.2-1: Beteiligung der Studierenden in den Sozialerhebungen der DSW

Als Gründe für die geringere Beteiligung ausländischer Studierender (insbesondere derer aus Afrika und Asien) an den Umfragen nennt Schnitzer neben sprachlichen Schwierigkeiten und dem fehlenden Umgang mit derartigen schriftlichen Befragungen auch mögliche Bedenken hinsichtlich der Gewährleistung der Anonymität der Angaben.⁵ Zusätzlich führt Schnitzer sowohl für deutsche als auch für ausländische Studierende Faktoren wie „Politikverdrossenheit“ und „Befragungsmüdigkeit“ als Erklärung für das rückläufige Teilnahme-

¹ vgl. Schnitzer, Klaus (1996), S. 8

² vgl. Schnitzer, Klaus (1999), S. 13

³ berichtigte Rücklaufquote unter der Annahme von 20% nicht zustellbaren Befragungsunterlagen

⁴ vgl. Isserstedt, Wolfgang (2002), S. 24

⁵ vgl. Schnitzer, Klaus (1996), S. 17 und Schnitzer Klaus (1999), S. 14

verhalten der Studierenden in den Sozialerhebungen und auch bei Befragungen anderer Institutionen an.¹

Diese Faktoren können auch die sehr geringe Rücklaufquote in unserer Befragung erklären, da in unserer Erhebung ausschließlich Studierende aus Afrika, Asien und Lateinamerika die Zielgruppe darstellten. Einen weiteren Grund für die geringe Rücklaufquote unserer Befragung könnte auch die Tatsache darstellen, dass das Missionsärztliche Institut Würzburg, das als durchführendes Institut auftrat, nicht den Bekanntheitsgrad wie beispielsweise das Studentenwerkes genießt und deshalb der „Misstrauensfaktor“ eventuell noch größer sein könnte als in den Befragungen im Rahmen der Sozialerhebungen.

Repräsentativität:

Ein Vergleich der eigenen Stichprobe mit der amtlichen Studentenstatistik zeigt in Bezug auf die Verteilung Männer – Frauen und auf die Verteilung der Herkunft aus den Kontinenten Afrika, Asien und Lateinamerika annähernd gleiche Werte. Die Zahlen sind aus Tabelle 5.2-2 ersichtlich.

	eigene Erhebung:	Studentenstatistik des Statistischen Bundesamtes
Geschlecht der Studierenden: prozentuale Verteilung	SS 1996: 57% Männer 43% Frauen	Zahlen für Humanmedizin, alle Kontinente: WS 1995/96: 57% Männer 43% Frauen WS 1996/97: 56% Männer 44% Frauen
Herkunft der Studierenden: Anzahl und prozentualer Anteil	SS 1996: Afrika: 13 (13%) Asien: 85 (83%) Lateinamerika: 4 (4%)	Zahlen für Human- und Zahnmedizin ² WS 1995/96: nur die Kontinente Afrika: 598 (15%) Asien: 3199 (81%) Lateinamerika: 146 (4%) WS 1996/97: nur die Kontinente Afrika: 643 (16%) Asien: 3143 (80%) Lateinamerika: 137 (4%)
Bemerkungen	Merkmale: ausländische Studierende der Humanmedizin. - aus Afrika, Asien, Lateinamerika	Merkmale: ausländische Studierende der Medizin – z. T. inkl. Zahnmedizin, z. T. alle Kontinente

Tabelle 5.2-2: Vergleich von Geschlecht und Herkunft der Studierenden in der eigenen Stichprobe mit der amtlichen Studentenstatistik

Quellen: eigene Befragung, statistisches Bundesamt, Wiesbaden

¹ vgl. Schnitzer (2001) S. 35

² Die Zahlen über die Herkunftsländer der ausländischen MedizinstudentInnen können vom Statistischen Bundesamt ohne Sonderauswertung nur inklusive der ZahnmedizinstudentInnen zur Verfügung gestellt werden

Die häufigsten Herkunftsländer der realisierten Stichprobe unserer Befragung sind Iran, Kamerun, China, Palästina. Ein Vergleich der Stichprobe mit den Angaben der Akademischen Auslandsämter bezüglich der Herkunftsländer ist in Tabelle 8.2-19 im Anhang zu sehen. Die Studierenden aus den Ländern Iran, Kamerun und Palästina sind in unserer Stichprobe überrepräsentiert.

Die realisierte Stichprobe der Ärztinnen und Ärzte ist nicht mit einer Bezugsgruppe vergleichbar, da durch die Vorauswahl von Kontaktpersonen des Ärzteprogramms und durch die unterschiedlichen Studienzeiträume keine Bezugsgruppe gebildet werden kann. Eine Repräsentativitätsprüfung ist deshalb für die Gruppe der befragten Ärztinnen und Ärzte nicht möglich und bei der geringen Fallzahl auch nicht sinnvoll. Die Aussagen können jedoch als Ergänzung zu den unter den Studierenden erhobenen Ergebnissen betrachtet werden.

5.2.2 Vollstudium in Deutschland

Fast alle Studierenden (91%), die sich an unserer Umfrage beteiligten, absolvierten ihr gesamtes Studium in Deutschland, 9% der Befragten hatten einige Semester außerhalb Deutschlands studiert. Auch die Ärztinnen und Ärzte hatten zu 97% ihr gesamtes Studium in Deutschland absolviert.

Die Ergebnisse aus der 15. Sozialerhebung, die im SS 1997 – also 1 Jahr nach unserer Umfrage – durchgeführt wurde, zeigen diesbezüglich ein ähnliches Ergebnis: Studierende aus EL im Erststudium streben fast ausschließlich ein Vollstudium mit deutschem Abschluss an (96% der Studierenden aus Entwicklungsländern im Gegensatz zu 86% der Studierenden aus Industrieländern).¹

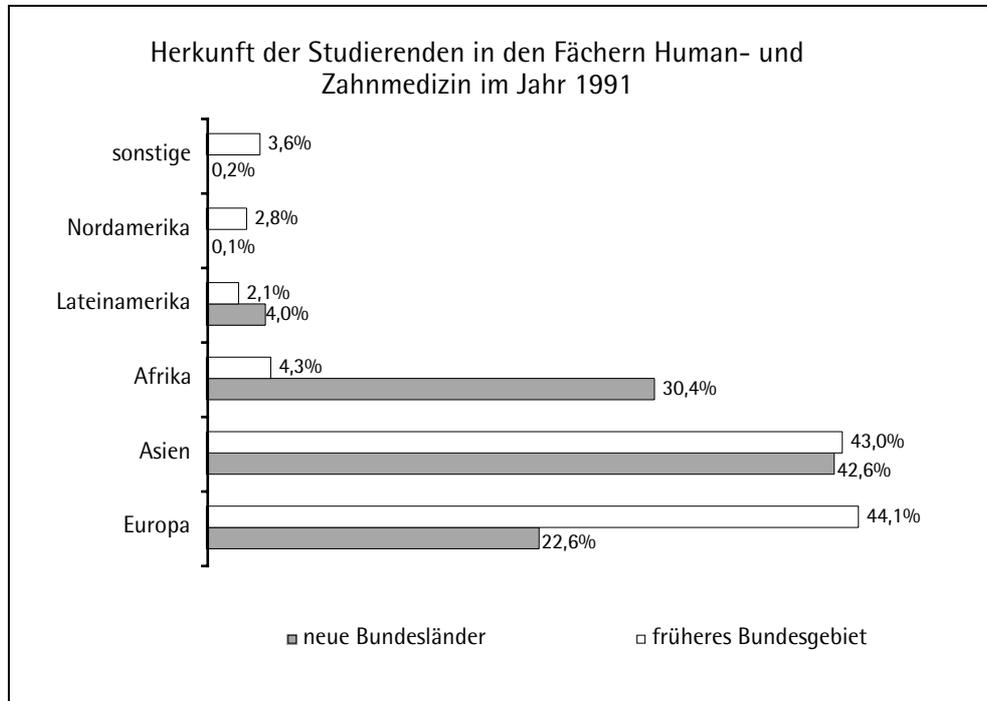
5.2.3 Herkunftsländer

Auffällig ist bezüglich der Herkunftsländer der befragten Studierenden, dass ausländische Studierende in den neuen Bundesländern (ehemalige DDR) hoch signifikant ($p=0,002$) häufiger aus einem Land mit niedrigem Human Development Index (HDI) stammen. (Siehe dazu auch Tabelle 4.3-3.) Bei den ÄrztInnen zeigt sich mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit von $p=0,00030$ eine hoch signifikant seltenere Herkunft der Personen der realisierten Stichprobe, die in den „neuen“ Bundesländern studiert hatten, aus einem Land mit hohem HDI, vgl. Tabelle 8.2-10.

Eine Erklärung für diese signifikanten Unterschiede in der Verteilung der Herkunftsländer innerhalb Deutschlands könnte sich aus der Betrachtung der Herkunftskontinente der ausländischen Medizinstudenten in der ehemaligen DDR ergeben – vergleiche Grafik 4.2-3.

¹ vgl. Schnitzer (1999), S. 32

Auffällig ist der wesentlich größere Anteil ausländischer Medizinstudenten aus Afrika in den neuen Bundesländern bei erheblich geringerem Anteil aus Europa im Vergleich zum früheren Bundesgebiet. Dieser höhere Anteil der afrikanischen Studierenden in den neuen Bundesländern könnte sich in der signifikant unterschiedlichen Verteilung der ausländischen Studierenden in Deutschland niederschlagen. Vergleiche dazu auch Grafik 5.2-1.



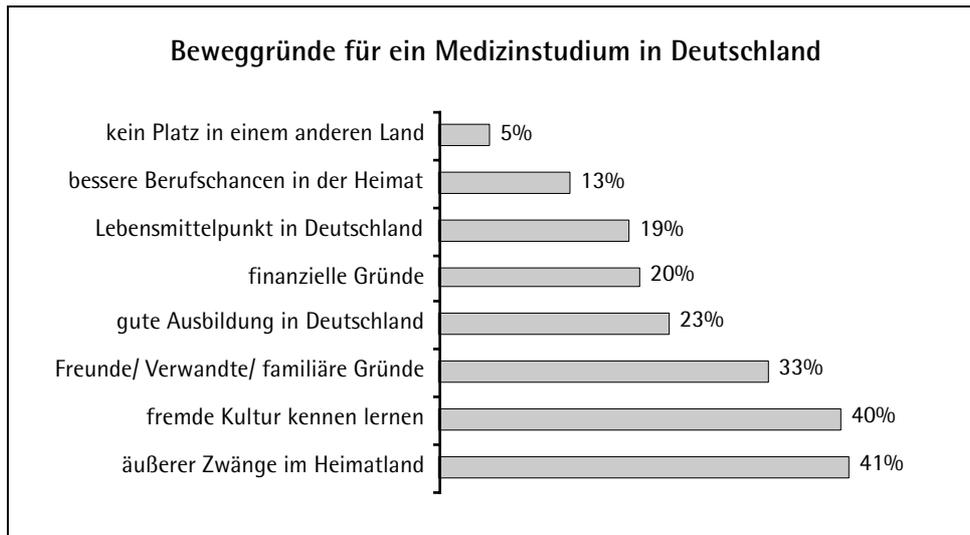
Grafik 5.2-1: Herkunftskontinente der ausländischen Studierenden der Human- und Zahnmedizin im Jahr 1991 in den neuen Bundesländern und im früheren Bundesgebiet
Quelle: Statistisches Bundesamt (Zweigstelle Berlin), eigene Berechnungen

5.2.4 Beweggründe für Studium in Deutschland

Eigene Erhebung

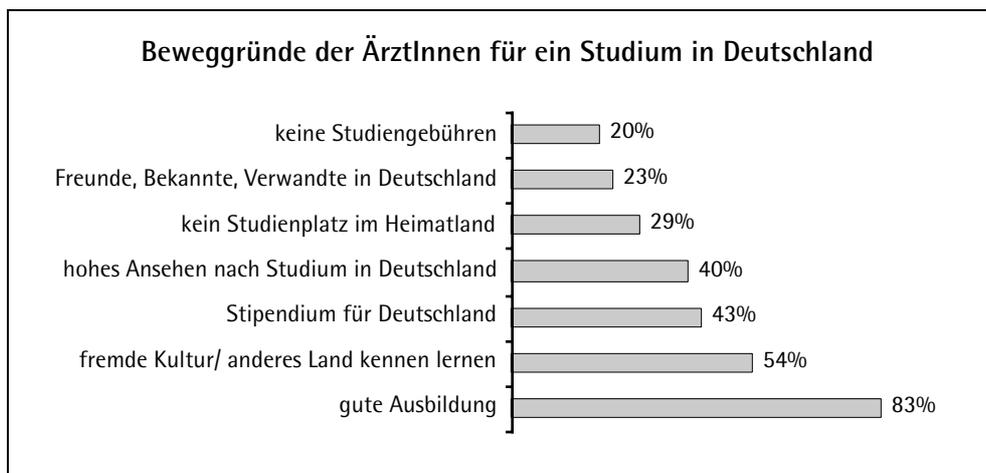
Die Beweggründe für ein Studium der Humanmedizin in Deutschland, die die Studierenden in unserer Erhebung anführen sind in Grafik 5.2-2 dargestellt

In der Konfigurationsfrequenzanalyse und im Chiquadrattest zeigen sich statistisch signifikante Verteilungen dort, wo der alleinige Beweggrund für ein Studium in Deutschland von den Lebensumständen des Studierenden bestimmt war (Lebensmittelpunkt, äußerer Zwang, Familien/ soziales Netz, finanzielle Aspekte). Nähere Erläuterungen dazu sind unter Punkt 4.3.1.5 nachzulesen.



Grafik 5.2-2: Beweggründe ausländischer MedizinstudentInnen für ein Studium in Deutschland
Quelle: eigene Befragung

Die Befragung der ÄrztInnen ergibt ein anderes Bild der Beweggründe für ein Studium in Deutschland. An erster Stelle steht hier die gute Ausbildung in Deutschland, gefolgt von der Neugierde auf ein fremdes Land und ein Stipendium für Deutschland.



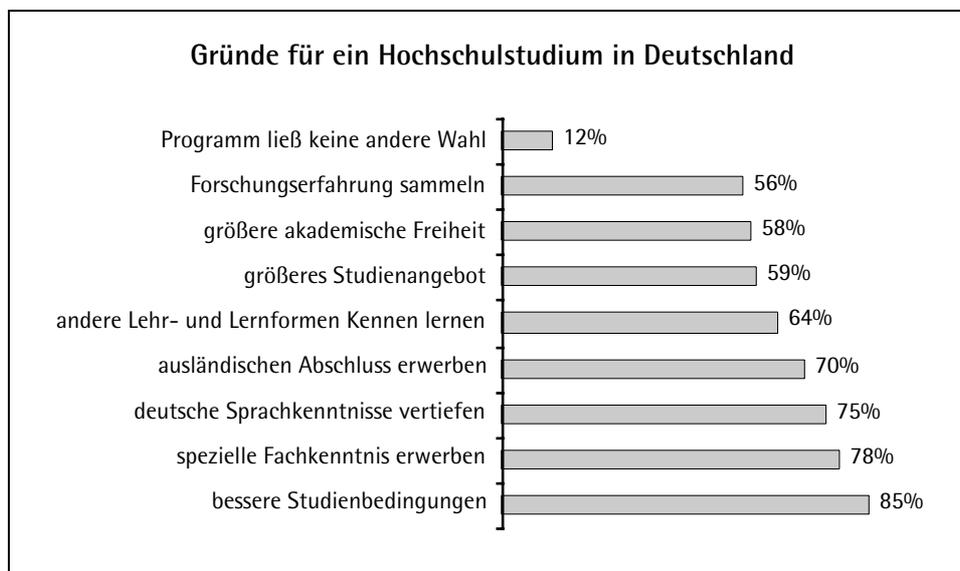
Grafik 5.2-3: Beweggründe der ÄrztInnen für ein Studium der Humanmedizin in Deutschland
Quelle: eigene Erhebung

Eine Übereinstimmung der Ergebnisse unter den Studierenden ist mit Aspekten der Untersuchung von Schnitzer et. al. 1986 zu beobachten. In dieser Erhebung wurden sowohl Bildungsausländer als auch Bildungsinländer in geschlossenen Fragen, jedoch mit einer großen Auswahl an möglichen Gründen für ihr Studium in Deutschland befragt. Die Bildungsinländer nannten zu 86% Verwandte, Freunde oder den Partner in der BRD als Grund für ihr Studium in Deutschland. Für Studierende aus Schwarzafrika, also aus Herkunftsländern mit niedrigem HDI, war vor allem das Stipendium Ausschlag gebend für die Entscheidung, in Deutschland zu studieren.

Ein direkter Vergleich der Beweggründe ausländischer Studierender für ein Studium in Deutschland, die in unterschiedlichen Erhebungen eruiert wurden, ist nicht möglich, da durch die Art und Formulierung der Frage (offen oder geschlossen, welche Auswahlmöglichkeiten) und auch je nach Studienfach und Herkunftsregion sehr unterschiedliche Angaben zu diesem Aspekt gemacht werden. Dennoch sollen im Folgenden die in einigen Untersuchungen erhobenen Daten kurz dargestellt werden, da dadurch das Spektrum möglicher Beweggründe erweitert wird.

Sozialerhebung

Die in der 16. Sozialerhebung erhobenen Ziele und Erwartungen von Studierenden aus Entwicklungsländern (nur Bildungsausländer!) bezüglich des Studiums in Deutschland sind aus der folgenden Grafik ersichtlich. Zur Auswahl standen ausschließlich Bildungsgründe, die sozialen und persönlichen Aspekte wurden nicht beleuchtet.



Grafik 5.2-4: Gründe für ein Hochschulstudium bei Bildungsausländern aus Entwicklungsländern
Quelle: Isserstedt, Wolfgang (2002), 16. Sozialerhebung des Studentenwerks S. 31

Sonstige

Diehl führt Beweggründe für ein Studium in Deutschland auf, die in der Untersuchung zur Rückkehrbereitschaft von Stipendiaten aus Entwicklungsländern erhoben wurden.¹ Dabei erachteten die befragten Studierenden folgende Gründe als wichtig:

Qualität der Ausbildung, Vorhandensein von Spezialisten, Möglichkeit eines Stipendiums, Sprache und geringe Studiengebühren

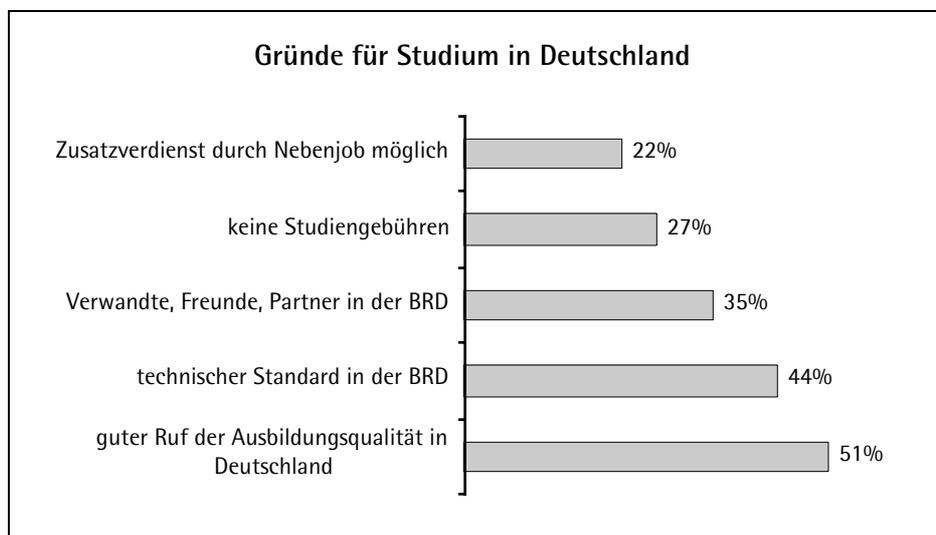
Als unwichtig charakterisierten die Stipendiaten folgende Studiengründe:

¹ vgl. Diehl, Martin (1997), S. 49f.

Zugangsprobleme im Heimatland, Wunsch der Eltern, Wunsch der Heimatuniversität bzw. des Arbeitgebers, „politische Gründe“

Schnitzer et al beziehen 1986 in ihre Darstellungen der Motivation für ein Auslandsstudium individuelle Motive mit ein. Dabei fließen „die aus der politischen und wirtschaftlichen Situation und den Bildungsengpässen des Entwicklungslandes herrührenden Zwänge“, der „starke persönliche Entwicklungs- und Bildungswille, der im Heimatland nicht verwirklicht werden kann“ und die von den Industrieländern ausgehenden Anreize mit ein.¹

Diese Befragung der Studierenden durch HIS ergab folgende Gründe für ein Studium in Deutschland:



Grafik 5.2-5: Gründe für ein Studium in Deutschland
Quelle: Probleme und Perspektiven des Ausländerstudiums in der Bundesrepublik Deutschland, Schnitzer, Klaus et. al. 1986

5.2.5 Schwierigkeiten im Studium

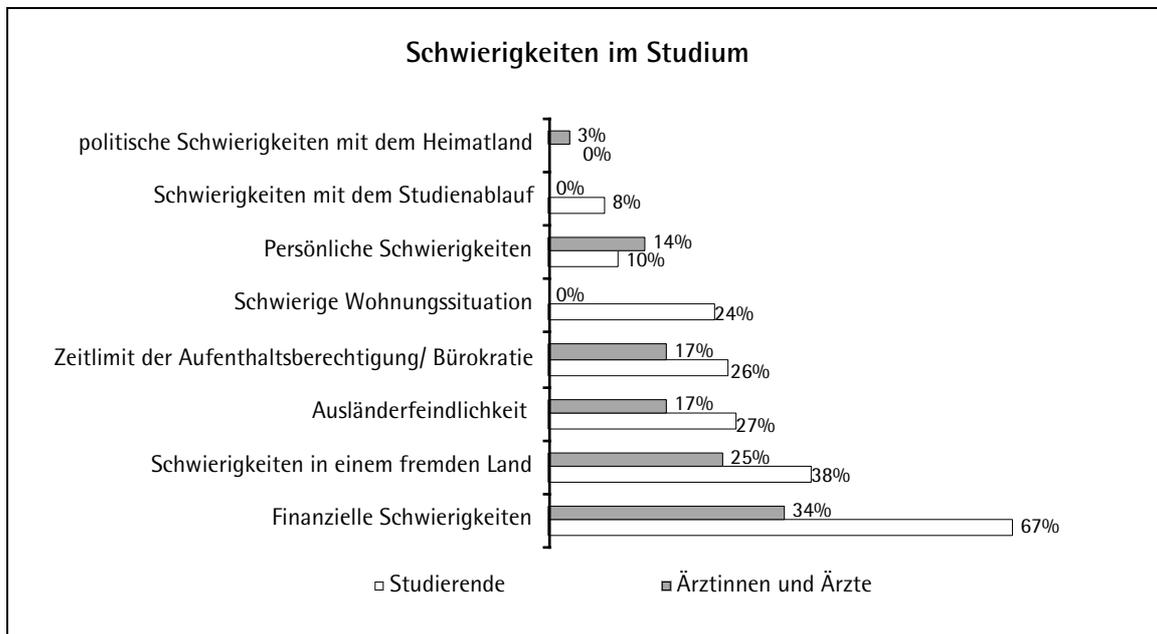
Eigene Erhebungen

In unserer Umfrage geben 88% der Studierenden an, dass Schwierigkeiten das Studium behindern, die ÄrztInnen beklagen zu 60% Studienschwierigkeiten.

Die Clusteranalyse (vgl. Punkt 4.3.2.10) zeigt, dass die Studierenden jeweils unterschiedliche Aspekte des Aufenthaltes in Deutschland problematisch erleben, wobei die finanziellen Schwierigkeiten in allen Gruppen der Clusteranalyse auffallend häufig präsent sind. Beim Vergleich der Studierenden mit den Ärzten ist erkennbar, dass die Häufigkeit der Nennung der Schwierigkeiten in fast allen Fällen abnimmt, was wohl mit der verblassenden Erinnerung an die Schwierigkeiten im Studium zusammenhängt. Die Reihenfolge der Häufigkeit, in der

¹ vgl. Schnitzer, Klaus et. al. (1986), S. 75

die Schwierigkeiten genannt werden, jedoch bleibt in weiten Teilen gleich – die finanziellen Schwierigkeiten stehen an erster Stelle. Die in Grafik 5.2-6 dargestellten Schwierigkeiten wurden von den Studierenden und den ÄrztInnen genannt.



Grafik 5.2-6: Schwierigkeiten der Studierenden und der Ärztinnen und Ärzte im Studium
Quelle: eigene Erhebungen

Sozialerhebungen

Wird aus den in der 16. Sozialerhebung angegebenen größeren Schwierigkeiten (Skalenwerte für große und sehr große Schwierigkeiten) eine Rangliste erstellt, so ergeben sich bei einer Differenzierung nach Entwicklungsländern, Schwellenländern und Industrieländern teilweise erhebliche Unterschiede: die ersten drei Ränge der Schwierigkeiten beim Studienaufenthalt in Deutschland sind für Entwicklungs- und Schwellenländer mit dem Bemühen um eine Arbeitserlaubnis, der Beantragung des Visums/ der Aufenthaltsgenehmigung und der Finanzierung des Aufenthaltes belegt. Studierende aus Industrieländern geben als ihre größten Schwierigkeiten die Orientierung im deutschen Studiensystem, den Kontakt zu den Hochschullehrern und den Kontakt mit den deutschen Studierenden an.

Auch in der 15. Sozialerhebung gaben Studierende im Erststudium aus Entwicklungsländern die Arbeitserlaubnis, die Finanzierung und das Visum/ die Aufenthaltsgenehmigung als die größten Schwierigkeiten beim Studienaufenthalt in Deutschland an. Dies trifft insbesondere für die freien Studierenden zu, Programmstudenten erleben die Finanzierung des Aufenthaltes und das Visum als weniger problematisch. ¹

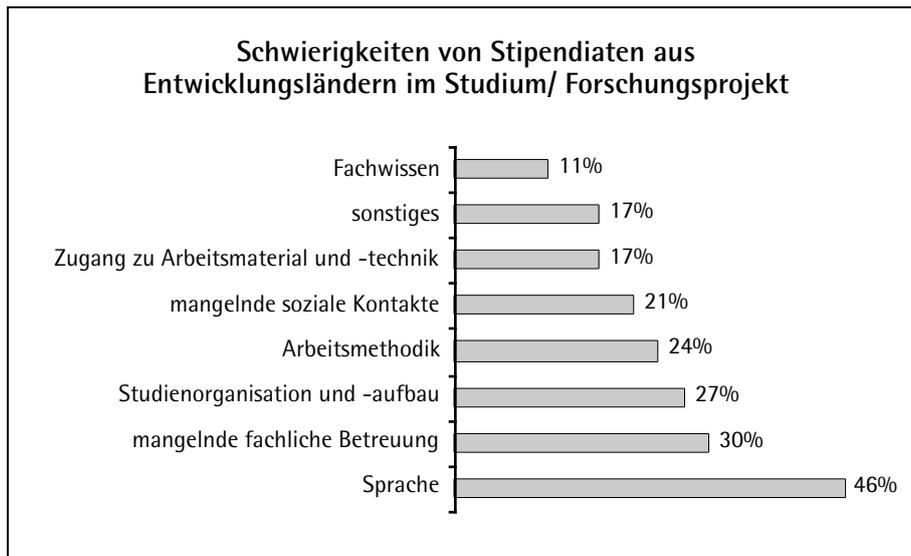
¹vgl. Schnitzer, Klaus (1999), S. 25ff.

Schwierigkeiten mit:	Rangplatz				Anteil Studierende in %			
	EL	SL	IL	ges.	EL	SL	IL	ges.
Arbeitslaubnis	1	1	9	1	55	49	15	43
Beantragung des Visums/ der Aufenthaltsgenehmigung	2	2	8	2	45	44	16	37
Finanzierung	3	3	10	3	45	44	14	37
Kontakt mit deutschen Studierenden	4	5	3	4	41	36	23	34
Orientierung im Studiensystem	7	4	1	5	33	37	31	34
Kontakt zu Bevölkerung	5	7	7	6	35	28	17	28
Anerkennung meiner bisherigen Schul-, Studienleistungen	9	6	4	7	32	30	20	28
Kontakt zu Hochschullehrern	10	9	2	8	29	22	27	26
Zimmer-/ Wohnungssuche	8	8	5	9	33	22	19	26
Verständigung in deutscher Sprache	6	11	11	10	35	18	14	24
Leistungsanforderungen in Studium	11	10	6	11	24	19	17	21
Studienplatzzusage	12	12	12	12	21	14	13	16

Tabelle 5.2-3: Schwierigkeiten beim Studienaufenthalt in Deutschland: Bildungsausländer
Rangplatz nach den Anteilen mit größeren Schwierigkeiten (Skalenstufe 4 und 5)
Quelle: Internationalisierung des Studiums; Isserstedt, W. (2002)

Hemmer-Studie

In den Ergebnissen der Befragung der Stipendiaten aus Entwicklungsländern führt Diehl Schwierigkeiten im Studium auf, die in Grafik 5.2-7 dargestellt sind. Es zeigt sich eine im Vergleich zu den anderen Erhebungen völlig unterschiedliche Gewichtung der Schwierigkeiten. Dies hängt wohl mit der Tatsache der gesicherten Finanzierung durch das Stipendium zusammen, wodurch Schwierigkeiten in anderen Bereichen präsent werden: Sprache, fachliche Betreuung, Studienorganisation/ Studienaufbau und andere Bereiche.



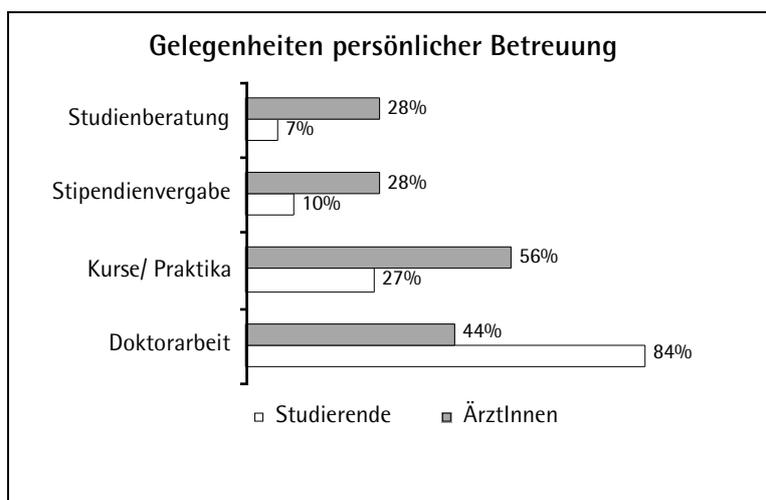
Grafik 5.2-7: Schwierigkeiten von Stipendiaten aus Entwicklungsländern im Studium/ Forschungsprojekt

Quelle: Diehl, M. (1997), S. 53f. Rückkehrbereitschaft von Stipendiaten aus Entwicklungsländern

5.2.6 Betreuung im Studium

Eigene Erhebung

Die Grafik zeigt die Angaben der Studierenden und der ÄrztInnen zur Frage, bei welchen Gelegenheiten persönliche Betreuung stattfindet. Die Mehrzahl der persönlichen Betreuungskontakte findet in der realisierten Stichprobe der Studierenden im Rahmen der Doktorarbeit statt (mehr als 80%). Weitaus seltener wird ausländischen Studierenden in Kursen/Praktika, bei der Stipendienvergabe oder in der Studienberatung persönliche Betreuung zuteil. Ärztinnen und Ärzte geben zu 56% in Kursen und Praktika persönliche Betreuung an.



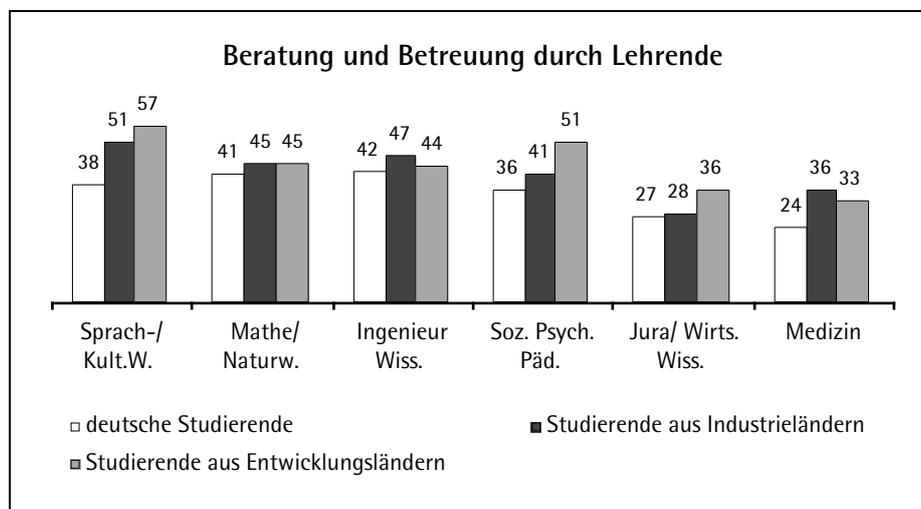
Grafik 5.2-8: Gelegenheiten persönlicher Betreuung

Quelle: eigene Erhebungen

59% der Studierenden und 53% der ÄrztInnen geben an, persönliche Betreuung zu erhalten, 45% dieser Studierenden bewerten diese positiv während 69% dies für wichtig halten. 59% der ÄrztInnen erachten die Betreuung für ausreichend und für 88% ist die persönliche Betreuung wichtig.

15. Sozialerhebung

Die Sonderauswertung der 15. Sozialerhebung zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der ausländischen Studierenden wurde unter Bildungsausländern durchgeführt. Hinsichtlich der Beratung und Betreuung im Studium gaben die Studierenden im Fächervergleich die unten dargestellten Bewertungen ab.



Grafik 5.2-9: Beurteilung der Beratung und Betreuung durch Lehrkräfte nach Fächergruppen in % „guter“ Bewertungen (Werte 1 und 2) auf einer Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht

Quelle: Schnitzer, Klaus (1999), S. 42

Die Ergebnisse der 15. Sozialerhebung zeigen, dass im Fächervergleich die Beratung und Betreuung in der Medizin und in Jura/Wirtschaftswissenschaften von den Studierenden (Bildungsausländer aus Industrie- und Entwicklungsländern) am schlechtesten bewertet werden. Die Bewertungen fallen dabei noch häufiger negativ aus als in unserer Erhebung.

Hemmer-Studie

In der Untersuchung Martin Diehls unter Stipendiaten aus Entwicklungsländern wurde die Frage nach Beratern in Studien- und Forschungsfragen gestellt, ohne eine Bewertung der Betreuung zu verlangen. Die Ergebnisse der Umfrage unter Stipendiaten aus Entwicklungsländern ergaben folgende Berater in der angegebenen Rangfolge: Universität in Deutschland, Freunde in Deutschland, Doktor-Vater, KAAD-Mitarbeiter, Freunde im Heimatland.

5.2.7 Zukunftsvorstellungen

5.2.7.1 Wunschvorstellungen für die künftige Tätigkeit/ Ausbildung

Wunsch für zukünftiges Tätigkeitsfeld

Als bevorzugten Tätigkeitsbereich geben jeweils knapp die Hälfte der Studierenden Universitätsklinik (49%), Krankenhaus in der Stadt (49%) oder private Praxis (47%) an. 42% wünschen sich eine Tätigkeit in einem Krankenhaus auf dem Land. Für das Berufsfeld in der Forschung interessieren sich 28%, während für eine Tätigkeit im Basisgesundheitsdienst 14% aufgeschlossen sind. Siehe auch Grafik 4.3-8.

Wunsch des zukünftigen Ortes der Tätigkeit

Als bevorzugtes Land der Tätigkeit gibt knapp die Hälfte der Studierenden (48%) an, diese Entscheidung von eventuellen Stellenangeboten abhängig zu machen. Eine Tätigkeit im Heimatland wünschen sich 34%, während lediglich 10% der Befragten in Deutschland arbeiten möchten. In einem anderen Industrieland bzw. Entwicklungsland möchten 15% bzw. 12% arbeiten. Vergleiche dazu auch Punkt 4.3.5.2.

In der Untersuchung zur Rückkehrbereitschaft von Stipendiaten aus Entwicklungsländern äußern die befragten Stipendiaten als Wunschort der Berufsausübung in überragender Beliebtheit das Heimatland und an zweiter Stelle das Tätigkeitsfeld der „Internationalen Organisationen“. Mit deutlichem Abstand folgen als Wunschort auf Rang drei ein Drittland und Deutschland auf Rang vier.¹

Weiterbildung

84% der realisierten Stichprobe möchte nach dem Studium eine Weiterbildung anschließen, 2% möchte dies nicht und 14% ist diesbezüglich unentschlossen. Bei der Möglichkeit einer Wahl des Landes zur Weiterbildung (Deutschland, Heimatland, anderes Land) würden die Studierenden folgendermaßen wählen: 76% entschieden sich für Deutschland zur Weiterbildung, 41% würden in einem anderen Land eine Weiterbildung absolvieren und 16% wählten das Heimatland. Nähere Erläuterung zu dieser Wahl siehe Punkt 4.3.5.5.

5.2.7.2 Vorstellungen für die Zeit nach dem Studium

Anerkennung des deutschen Medizinstudiums

Die Studierenden der realisierten Stichprobe geben zu 43% an, dass ihr deutsches Medizinstudium im Heimatland nicht anerkannt wird, laut 37% wird das Studium anerkannt und

¹ vgl. Diehl, Martin (1997), S. 77f.

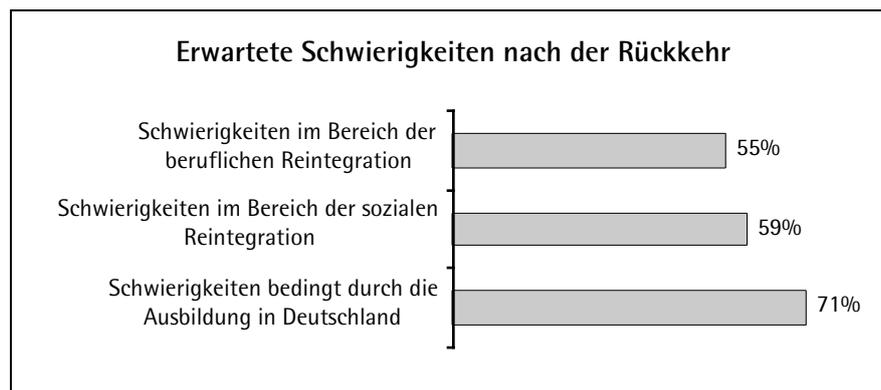
20% sind diesbezüglich nicht informiert. Die ÄrztInnen geben zu 75% an, dass es bei der Anerkennung des Studiums keine Probleme gab.

Vorstellung von der Zeit nach der Rückkehr – Studierende

28% der Studierenden geben an, eine Vorstellung von der Zeit nach der Rückkehr zu haben. Die Studierenden, die diese Vorstellungen näher beschreiben, sehen zu 48% Schwierigkeiten bei der Anerkennung des Studiums bzw. bei der Weiterbildung auf sich zu kommen. Ein Drittel sieht Schwierigkeiten der Reintegration in die andere Lebenssituation, Gesellschaft und Arbeitswelt und ca. ein Viertel der Studierenden schätzt die Zeit nach der Rückkehr allgemein als „schwierig“ ein. Vergleiche auch Punkt 4.3.5.4

Erwartete Schwierigkeiten nach der Rückkehr – Studierende

Zu Schwierigkeiten, falls nach dem Ende der Ausbildung eine sofortige Rückkehr ins Heimatland erfolgt, äußern sich 104 Studierende. Die Vielfalt der Antworten kann in folgende Kategorien zusammengefasst werden:



Grafik 5.2-10: erwartete Schwierigkeiten nach der Rückkehr ins Heimatland
Quelle: eigene Erhebung

Jeweils mehr als die Hälfte der Studierenden erwartet Schwierigkeiten in den drei Bereichen. Von den meisten Studierenden werden Probleme erwartet, die durch die Ausbildung in Deutschland bedingt sind. Erläuterungen zu den drei Kategorien können unter Punkt 4.3.5.6 nachgelesen werden. Fast alle Studierenden (91%) sehen sich während des Studiums nicht auf die Schwierigkeiten nach der Rückkehr vorbereitet.

Schwierigkeiten bei der beruflichen Reintegration – Ärztinnen und Ärzte

86% der Ärztinnen und Ärzte geben an, dass sie Schwierigkeiten bei der beruflichen Reintegration hatten. Vergleiche dazu Grafik 4.4-4, die diese von den ÄrztInnen beschriebenen Schwierigkeiten zeigt.

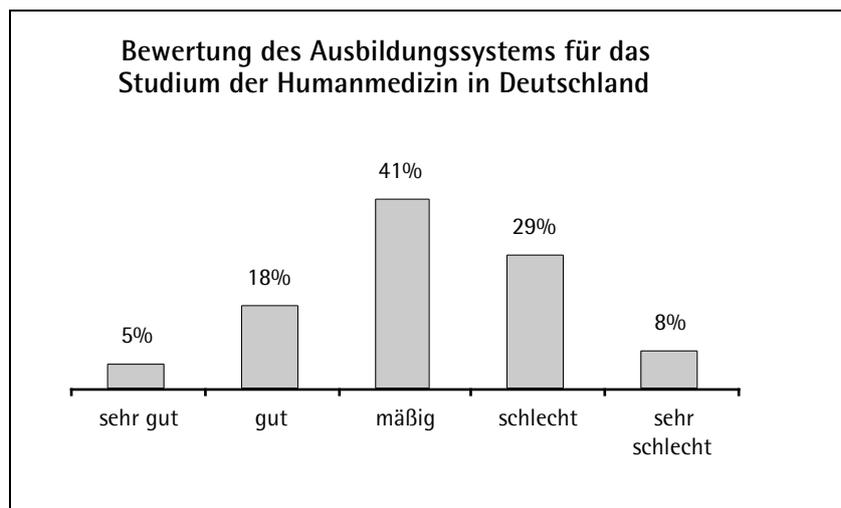
5.2.7.3 Zukunftspläne

54% der Studierenden planen, eine Famulatur/ einen Teil des Praktischen Jahres außerhalb Deutschland abzuleisten. Dabei werden als Wunschland neben dem Heimatland auch andere Industrie- oder Entwicklungsländer angegeben, siehe Grafik 4.3-10. 25% der Studierenden in der realisierten Stichprobe geben an, Kontakt zu medizinischen Einrichtungen im Heimatland zu haben.

5.2.8 Bewertung der Ausbildung

5.2.8.1 Beurteilung des universitären Ausbildungssystems – eigene Erhebung

23% der Studierenden geben für das Ausbildungssystem im Fach Humanmedizin eine positive Bewertung ab, 77% urteilen negativ bis mäßig über das Ausbildungssystem. Zu den Begründungen dieser Einstufungen des Ausbildungssystems siehe Punkt 4.3.3.1.



Grafik 5.2-11: Bewertung des Ausbildungssystems für das Studium der Humanmedizin
Quelle: eigene Erhebung

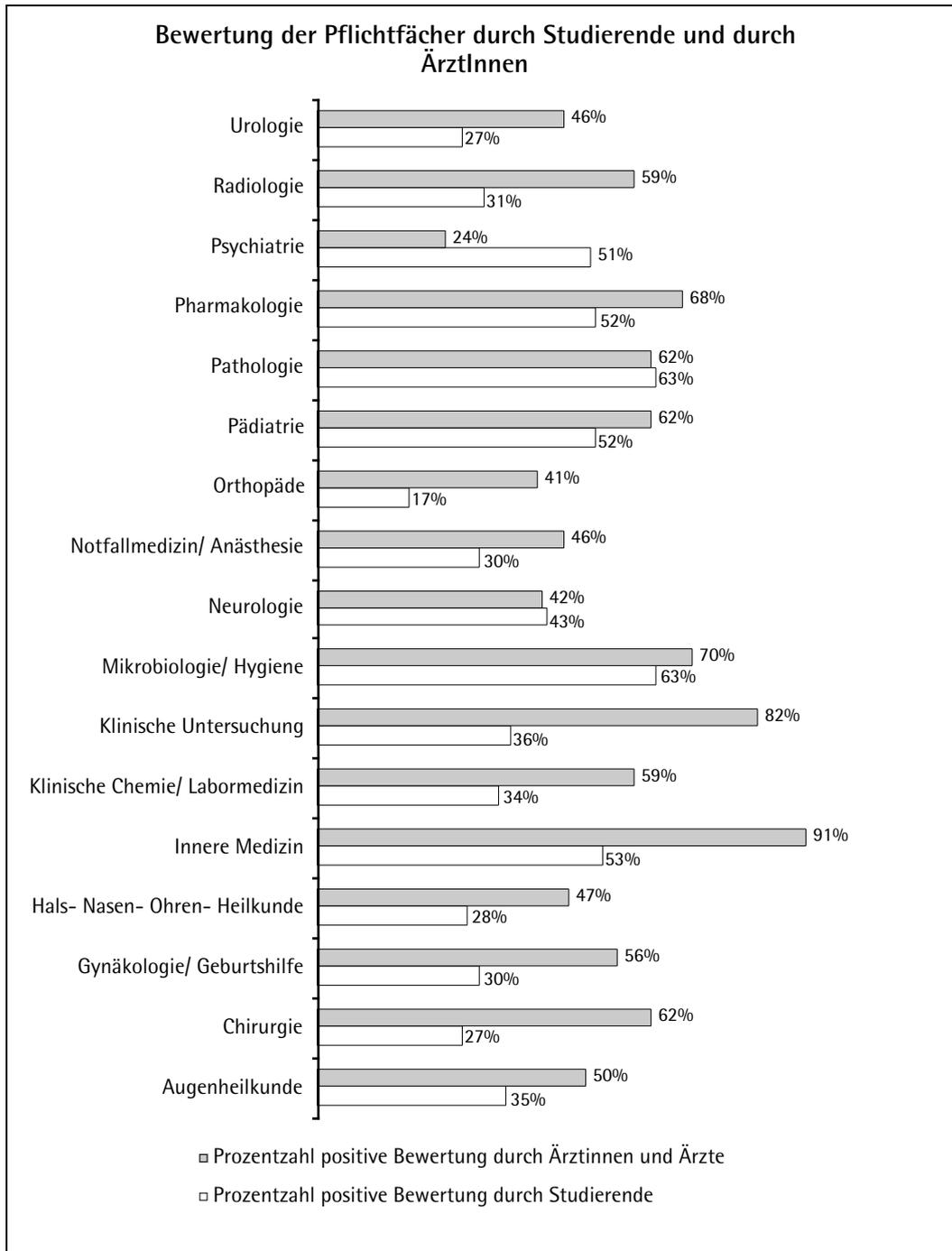
5.2.8.2 Bewertung der Pflichtfächer – eigene Erhebung

Für die Bewertung der Pflichtfächer hinsichtlich Praxisnähe und Relevanz für die ärztliche Tätigkeit sollten für jedes Fach Punkte vergeben werden:

4 Punkte – sehr gut; 3 Punkte – gut; 2 Punkte – mäßig; 1 Punkt – schlecht; 0 Punkte – sehr schlecht.

Die Bewertung der Pflichtfächer durch die Studierenden und durch die ÄrztInnen aus der Retrospektive fällt zum großen Teil sehr unterschiedlich aus. Fast zwei Drittel der Pflichtfächer werden von mehr als 50% der Studierenden mit „schlecht“ oder „mäßig“ bewertet, siehe auch Punkt 4.3.3.4. ÄrztInnen bewerten die Fächer retrospektiv häufiger positiv, Ausnahmen bilden die Fächer Psychiatrie, das von den Studierenden häufiger positiv

beurteilt wird und Pathologie und Neurologie, deren Bewertungen in beiden Gruppen ähnlich häufig positiv ausfällt. Die einzelnen Fächer und den Anteil positiver Bewertungen durch die Studierenden bzw. durch die ÄrztInnen zeigt Grafik 5.2-12.

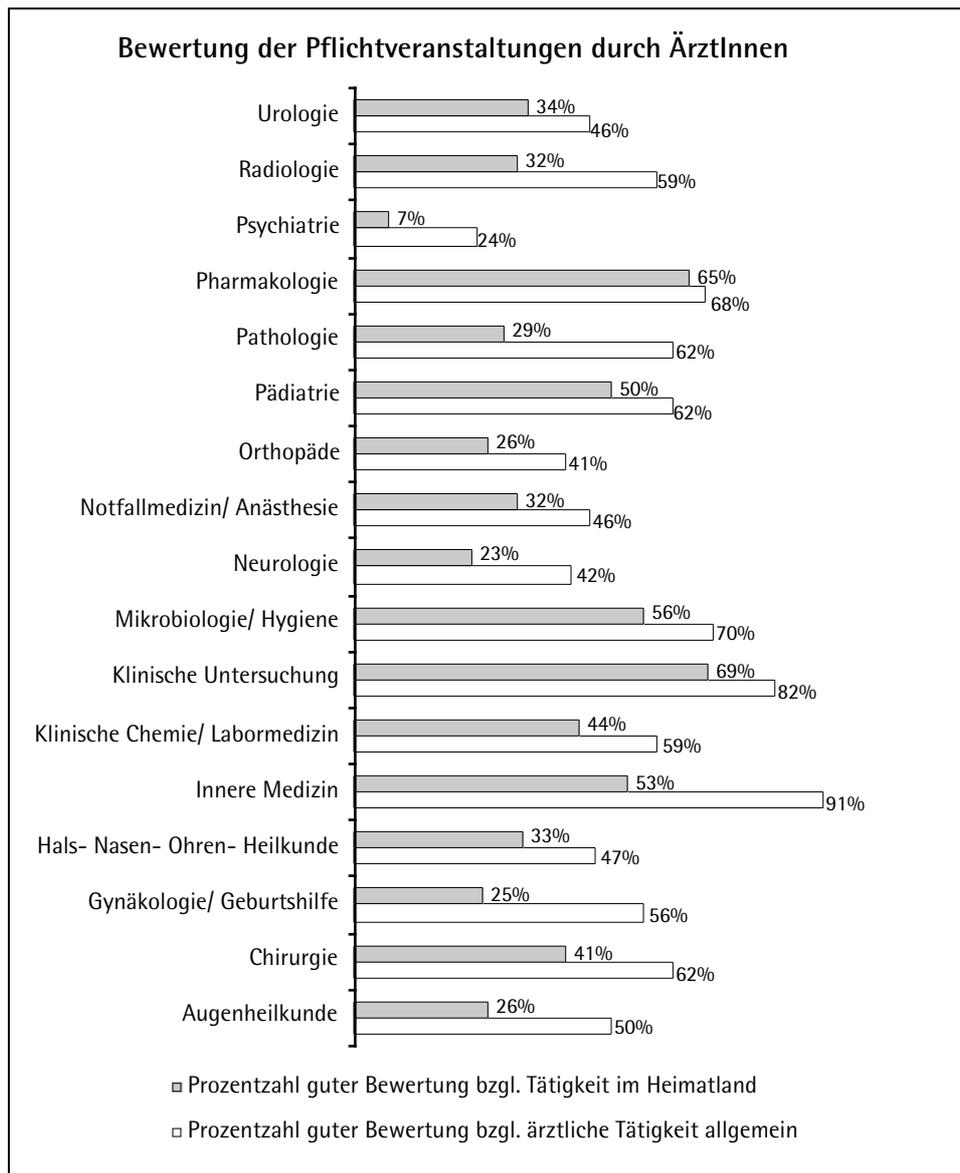


Grafik 5.2-12: Bewertung der Pflichtfächer durch Studierende und durch ÄrztInnen bezüglich der Praxishöhe und Relevanz für die ärztliche Tätigkeit in Prozent der positiven Bewertungen („gut“ und „sehr gut“)

Quelle: eigene Erhebungen

Die ÄrztInnen bewerten die Pflichtfächer hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit allgemein und hinsichtlich einer Tätigkeit im Heimatland mit erheblichen Unterschieden. Lediglich die Pharmazie wird annähernd gleich häufig positiv bewertet. Alle übrigen Fächer erhalten bezüglich der Tätigkeit im Heimatland seltener positive Bewertungen.

Die Daten zeigen, dass das Studium retrospektiv im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit positiver bewertet wird als während des Studiums. Für eine Tätigkeit in einem Entwicklungsland fallen die Bewertungen in allen Fächern seltener positiv aus.



Grafik 5.2-13: Bewertung der Pflichtfächer durch die Ärztinnen und Ärzte bezüglich der ärztlichen Tätigkeit allgemein und der ärztlichen Tätigkeit im Heimatland in Prozent der positiven Bewertungen („gut“ und „sehr gut“)

Quelle: eigene Erhebungen

5.2.8.3 Zusatzveranstaltungen der Universität – eigene Erhebung

Der Bekanntheitsgrad zusätzlicher, freiwilliger Veranstaltungen an der Fakultät in den Bereichen

- Praxisorientierung und Relevanz für die spätere Tätigkeit im Heimatland
- Eigenes Interessensgebiet
- Gesundheitsversorgung und Gesundheitssituation in Entwicklungsländern

fällt in der realisierten Stichprobe der Studierenden mit 34% aus. 43% der Studierenden haben keine Kenntnis von solchen Veranstaltungen und 23% geben sich als nicht darüber informiert aus. Als zusätzliche, freiwillige Veranstaltungen an der Universität zu den oben genannten Gebieten nennen 30 Studierende 62 Veranstaltungen, die sie überwiegend positiv bewerten. Die Themenbereiche der zusätzlichen freiwilligen Veranstaltungen reichen von Tropenmedizin über Diagnostik und zusätzliche Veranstaltungen in den Pflichtfächern bis hin zu paramedizinischen Themen und studentischen Initiativen. Nähere Erläuterungen sind unter Punkt 4.3.3.5 zu finden. Von 65 Studierenden sehen 45% genügend Freiraum zur Teilnahme an den Zusatzveranstaltungen, während 55% diesen Freiraum nicht haben.

5.2.8.4 Zusatzveranstaltungen außerhalb der Universität – eigene Erhebung

25% der Studierenden wissen um außeruniversitäre Veranstaltungen zu entwicklungspolitischen Themen oder zu Fragen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, 75% kennen derartige Veranstaltungen nicht. Insgesamt werden 47 Veranstaltungen aufgeführt, bei denen zu 62% DSE/ ITHÖG als veranstaltende Institution genannt werden. Mit jeweils 9% werden wus und stube erwähnt, und mit jeweils 6% Kamfomedics und AAAAA. Siehe dazu auch Gliederungspunkt 4.3.2.8.

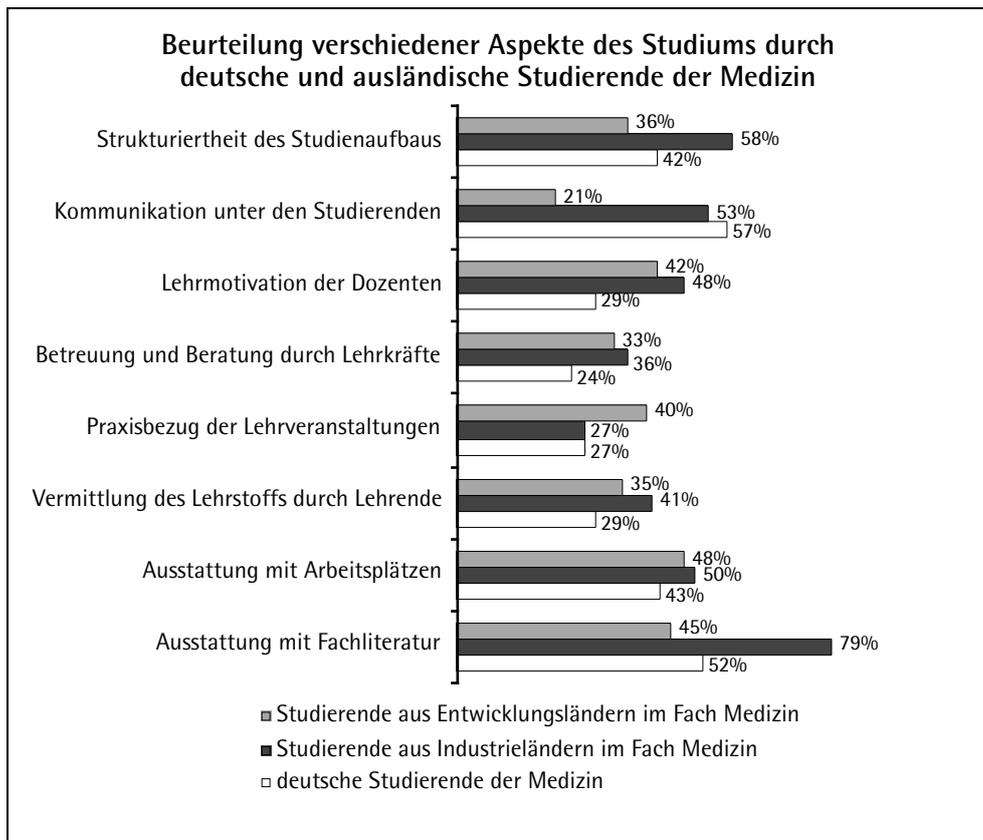
Lokale Arbeitsgruppen oder Aktivitäten zu Entwicklungspolitik bzw. zu Fragen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern kennen 11% der Studierenden, die Initiativen in den Städten Aachen, Frankfurt am Main, Hamburg, Heidelberg, Leipzig, Lübeck, Marburg, Münster nennen (vergleiche Gliederungspunkt 4.3.2.9 und Tabelle 8.2-7).

Oben beschriebene außeruniversitäre Angebote bezeichnen 76% der Studierenden als wichtig, 16% der Studierenden antworten indifferent („weiß nicht“) und 8% der Studierenden halten außeruniversitäre Angebote für unwichtig.

Die Ergebnisse der Erhebung unter den Ärztinnen bezüglich zusätzlicher Veranstaltungen zur Vorbereitung auf eine Tätigkeit im Heimatland sind sehr stark von der gewählten Zielgruppe (Kontaktpersonen des DSE) gefärbt und mit den Daten der Studierenden nicht vergleichbar. Die von den ÄrztInnen genannten Veranstaltungen sind unter Punkt 4.4.2.8 dargestellt.

5.2.8.5 Beurteilung verschiedener Aspekte des Medizinstudiums in der 15. Sozialerhebung

Die Daten in der Sonderauswertung der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks zeigen, dass das Medizinstudium in Deutschland überwiegend negativ bewertet wird. Insbesondere Studierende aus Entwicklungsländern beurteilen keinen der genannten Aspekte mit mindestens 50% positiv. Der Kommunikation unter den Studierenden wird von den Gästen aus Entwicklungsländern mit nur 21% positiven Bewertungen ein schlechtes Zeugnis ausgestellt. Dem folgen die Beratung und Betreuung durch Lehrende mit 33% und die Vermittlung des Lehrstoffs mit 35% positiven Bewertungen. Deutsche Studierende beurteilen die meisten Aspekte ihres Studiums noch negativer – Ausnahmen bilden hierbei die Kommunikation unter den Studierenden, die Strukturiertheit des Studiums und die Ausstattung mit Fachliteratur. Studierende aus Industrieländern bewerten fast alle genannten Aspekte des Medizinstudiums besser als ihre Kommilitonen aus den Entwicklungsländern – nur den Praxisbezug der Lehrveranstaltungen schätzen sie wesentlich schlechter ein. Die Bewertungen der unterschiedlichen Aspekte des Medizinstudiums in Deutschland durch diese drei Gruppen zeigt Grafik 5.2-14.



Grafik 5.2-14: Beurteilung verschiedener Aspekte des Studiums der Humanmedizin durch deutsche und ausländische Studierende in Prozent positiver Bewertung (1 und 2) auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht)

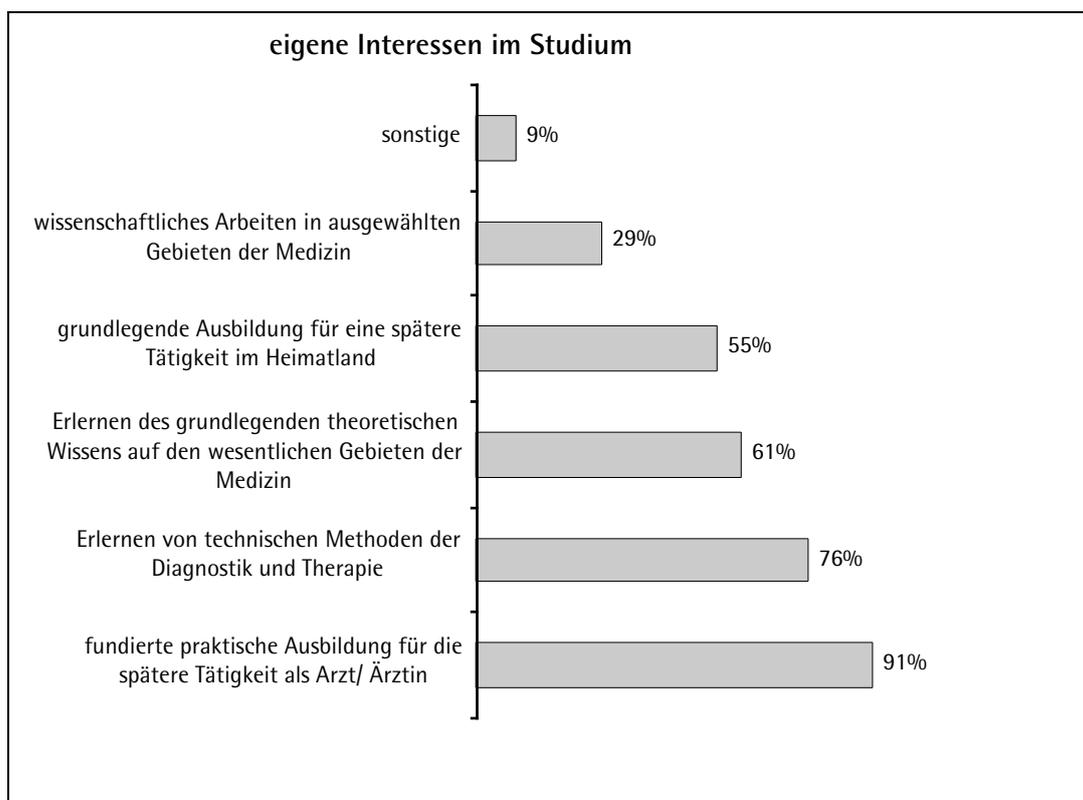
Quelle: Schnitzer, Klaus (1999), S. 40ff.

Ein direkter Vergleich der Bewertung des Studiums in unserer Erhebung mit den Ergebnissen in der 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks ist aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen nicht möglich. In beiden Untersuchungen wird jedoch deutlich, dass das Medizinstudium in Deutschland sowohl inhaltlich als auch strukturell eher negativ bewertet wird.

5.2.9 Verbesserung des Studiums

5.2.9.1 Eigene Interessen im Studium

Das Hauptinteresse der Studierenden in der realisierten Stichprobe ist, eine Ausbildung in Deutschland zu erhalten, die sie zu einer praktischen Tätigkeit als Arzt/ Ärztin befähigt (91%). Auch das Erlernen technischer Methoden der Diagnostik und Therapie (76%) und die theoretischen Grundlagen in den wesentlichen Gebieten der Medizin (61%) sind für den Großteil der Studierenden das Interesse ihres Studiums in Deutschland. Eine grundlegende Ausbildung auch für eine spätere Tätigkeit im Heimatland erwartet etwas mehr als die Hälfte der an der Umfrage beteiligten Studierenden (55%). 29% der Befragten möchten in ausgewählten Gebieten der Medizin wissenschaftlich arbeiten. 29% der Befragten möchten in ausgewählten Gebieten der Medizin wissenschaftlich arbeiten.

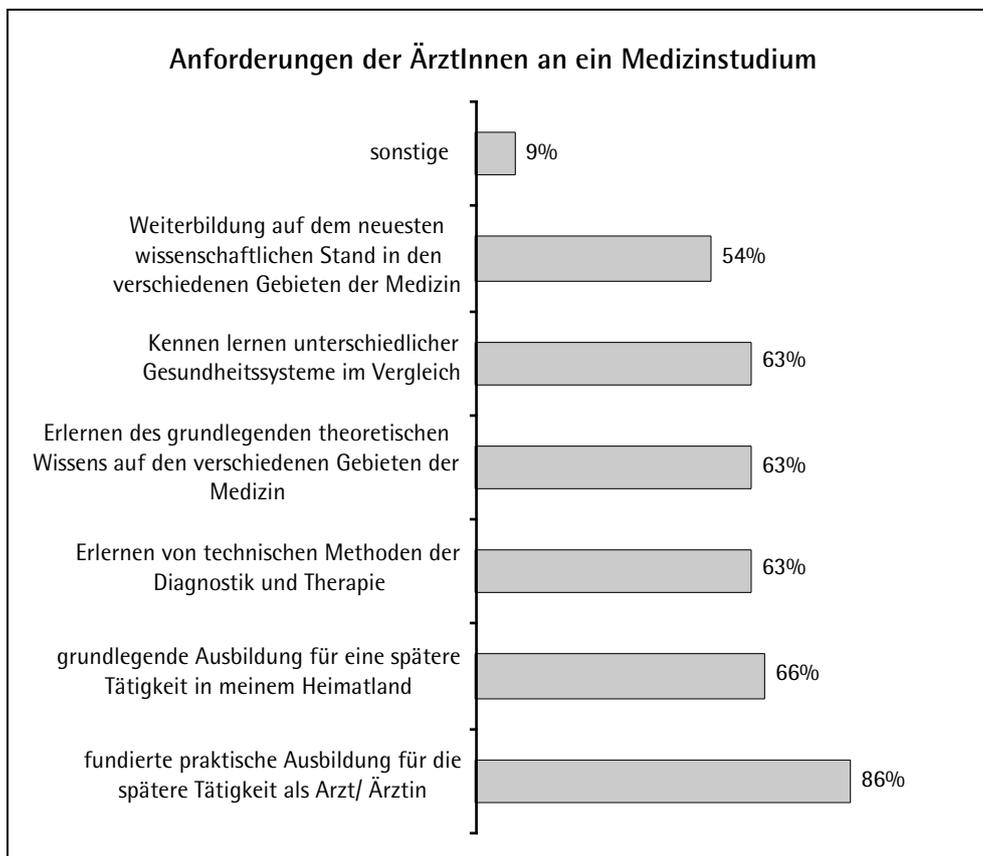


Grafik 5.2-15: eigene Interessen im Studium in Prozent
Quelle: eigene Erhebung

Das Interesse der meisten Studierenden ist kein spezielles, sondern der eigentlich selbstverständliche Erwerb einer fundierten praktischen und theoretischen Grundausbildung.

Bemerkenswert ist, dass lediglich ein knappes Drittel (27%) der Studierenden an ihrer Fakultät die Möglichkeit sehen, sich hinsichtlich dieser Interessen auszubilden. Mehr als zwei Drittel der Befragten sehen an der Fakultät keine Möglichkeit, dieses Interesse zu befriedigen, beziehungsweise schätzen sich als nicht darüber informiert ein.

Die Anforderungen der ÄrztInnen, die in Deutschland studierten und jetzt wieder in ihren Heimatländern arbeiten, an ein Medizinstudium unterscheiden sich etwas von den Interessen der Studierenden. Neben der fundierten praktischen Ausbildung für eine spätere ärztliche Tätigkeit (86%) fordern die ÄrztInnen häufiger eine Ausbildung, die zu einer Tätigkeit im Heimatland befähigt (66%). Technische Methoden in Diagnostik und Therapie und das grundlegende theoretische Wissen erwarten sich jeweils 63% der Befragten vom Studium und 54% möchten während des Studiums auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand der Medizin weitergebildet werden.



Grafik 5.2-16: Anforderungen der ÄrztInnen an das Medizinstudium in Prozent
Quelle: eigene Erhebung

5.2.9.2 Vorbereitung auf die Rückkehr

91% der Studierenden sehen sich, während des Medizinstudiums in Deutschland auf die Schwierigkeiten nach der Rückkehr nicht vorbereitet. 70% der realisierten Stichprobe halten die Vorbereitung auf die Rückkehr ins Heimatland für wichtig, während 30% eine Vorbereitung für unwichtig halten bzw. sich dazu indifferent äußern. Folgende Aspekte erachten die Befragten als Maßnahmen zur Vorbereitung auf die Rückkehr in den angegebenen Häufigkeiten für relevant:

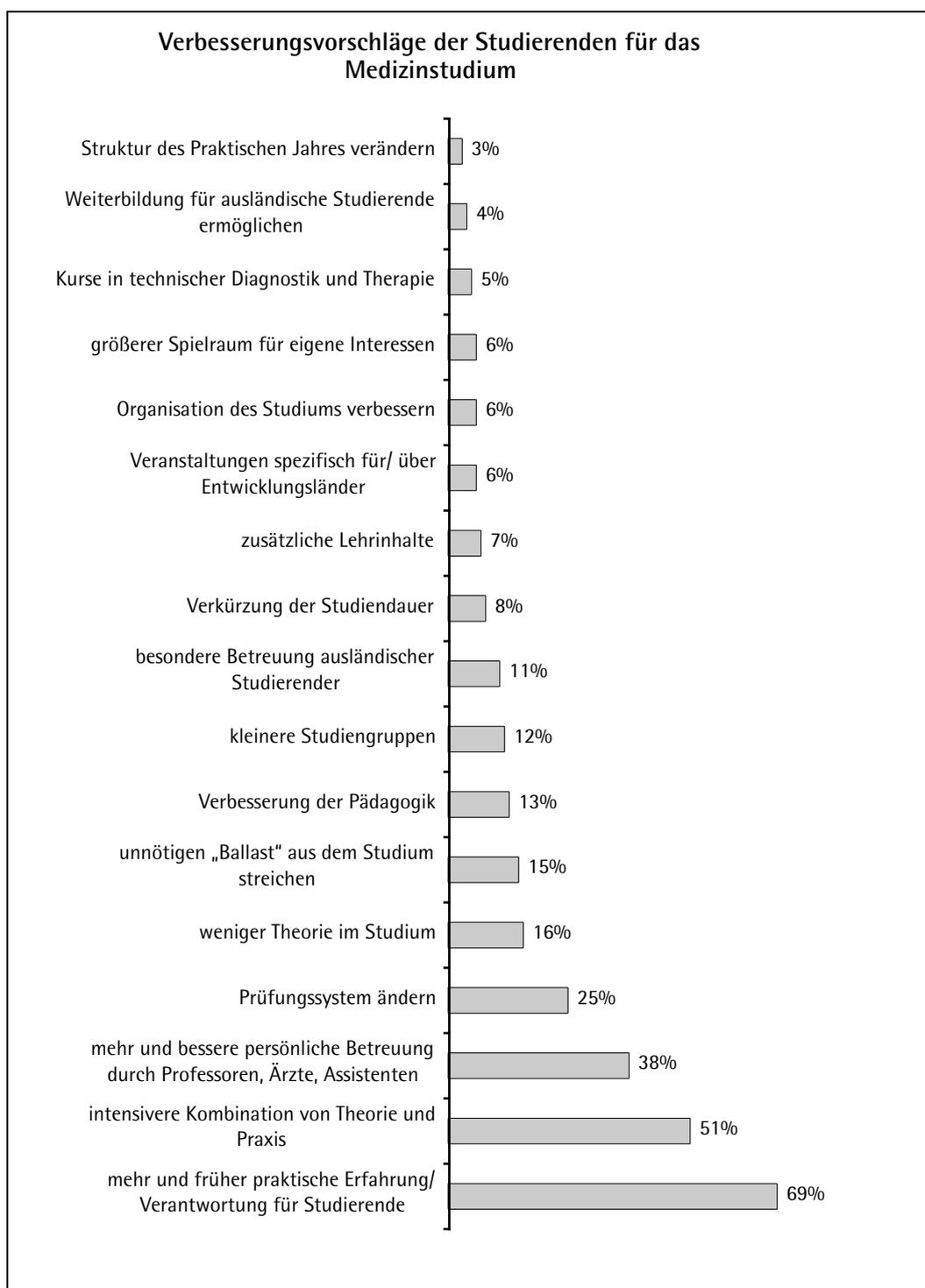
- **Studieninhalte (87% der Studierenden)**
praxisorientierte Ausbildung und mehr Verantwortung für Studierende; mehr grundlegende Ausbildung und weniger Apparatedizin; bestimmte medizinische Fächer: Chirurgie, Gynäkologie, Genetik, Infektiologie, Innere Medizin, Neurologie, Radiologie
- **entwicklungsländerspezifische Studieninhalte (32% der Studierenden)**
tropenmedizinische Ausbildung, Seminare zu Themen über Entwicklungsländer, Seminare über das Arbeiten unter einfachen Bedingungen, Aufenthalt in der Heimat für praktische Erfahrung
- **Ausbildungsstrukturen (13% der Studierenden)**
Weiterbildung zum Facharzt ermöglichen, Ausbildung in englischer Sprache.

Die Ärztinnen und Ärzte sehen sich während des Studiums zu nur 26% auf die Probleme der täglichen Arbeit im Heimatland vorbereitet, 74% fühlen sich durch das Studium in Deutschland nicht auf die Tätigkeit im Heimatland vorbereitet.

5.2.9.3 Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium

Die von den Studierenden geäußerten Hauptkritikpunkte am Medizinstudium in Deutschland sind – vergleiche dazu auch Punkt 4.3.3.1 – einerseits die mangelnde praktische Erfahrung im Studium, die unbefriedigende Situation im Praktischen Jahr/ bzw. AiP, die zu strikte Trennung von Theorie und Praxis, die zu lange Dauer des Studiums und die erst sehr späte praktische Phase in der Ausbildung.

Welche Verbesserungsvorschläge machen also Personen, die mit ihrem Medizinstudium in Deutschland überwiegend nicht zufrieden sind? Einen Überblick gibt Grafik 5.2-17 – nähere Erläuterungen zu den einzelnen Punkten sind unter 4.3.4.3 aufgeführt.

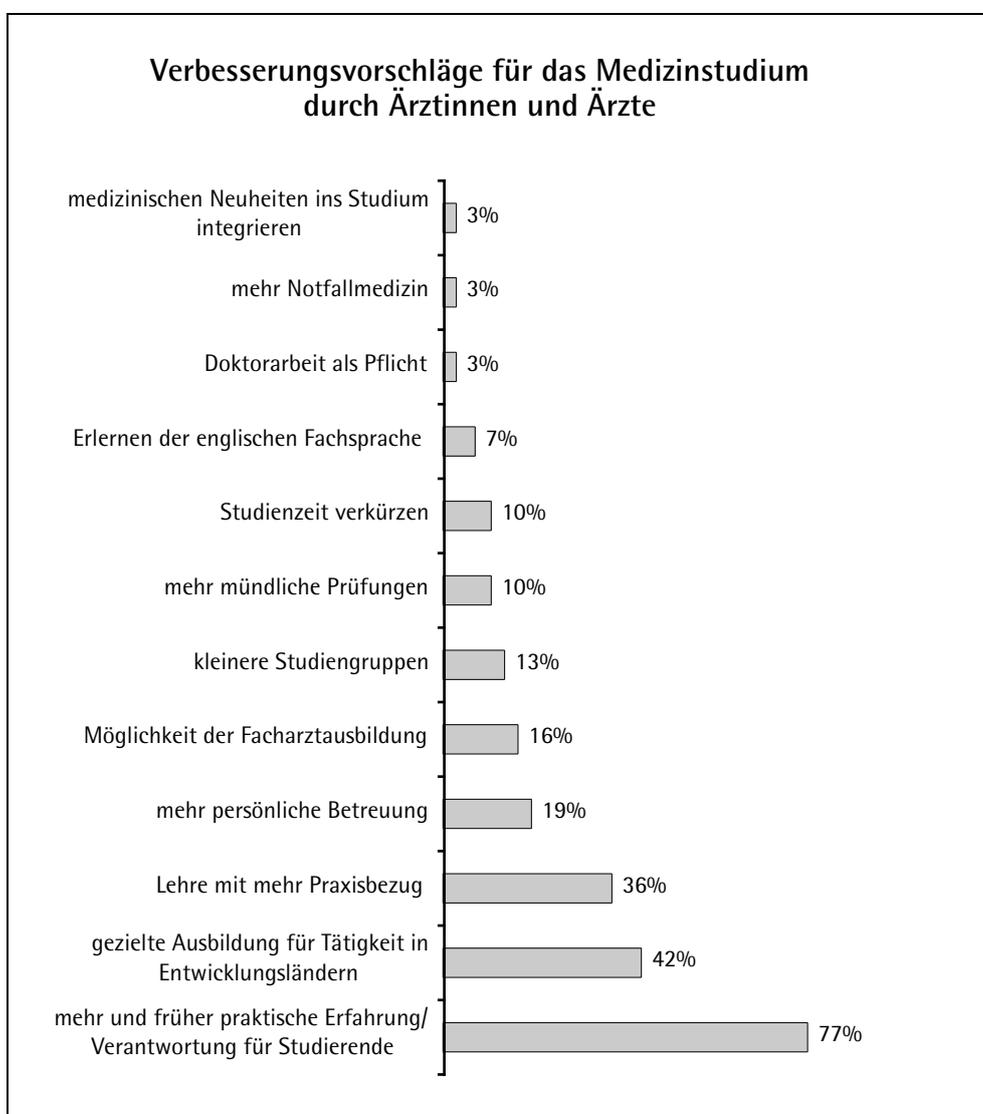


Grafik 5.2-17: Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium durch Studierende
Quelle: eigene Erhebung

Der Großteil der Studierenden (69%!) fordert mehr und früher im Studium praktische Erfahrung bzw. Verantwortung für Studierende. Betrachtet man den hierzu komplementären Verbesserungsvorschlag für weniger Theorie während des Studiums (16%) als zugehörig, so sind 85% der ausländischen StudentInnen für eine Veränderung des Verhältnisses Theorie

und Praxis im Studium zugunsten der praxisorientierten Ausbildung. Die Hälfte (51%) wünscht sich eine bessere Verzahnung von Theorie und Praxis (d. h. bed side teaching, Blockunterricht und mehr Praxisbezug der Lehrveranstaltungen) und 38% der Befragten möchten bessere und häufigere persönliche Betreuung von Seiten des Lehrkörpers. Ein Viertel der ausländischen Studierenden plädiert für praxisorientierte Prüfungen anstatt des Prüfungssystems nach dem Multiple-Choice-Verfahren.

Auch die ÄrztInnen würden die Ausbildung durch Praxisorientierung verbessern (mehr und früher praktische Erfahrung/ Verantwortung für Studierende: 77%, Lehre mit mehr Praxisbezug: 36%). Darüber hinaus vermissen 42% der ehemaligen Studierenden eine gezielte Ausbildung für eine Tätigkeit in Entwicklungsländern.



Grafik 5.2-18: Verbesserungsvorschläge für das Medizinstudium von ÄrztInnen
Quelle: eigene Erhebung

5.2.9.4 Verordnungen und Vorschläge für eine Reform des Medizinstudiums

Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002

Die Neufassung der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002, die am 1. Oktober 2003 in Kraft trat, weckt durch einige grundsätzliche Neuerungen die Hoffnung auf eine Verbesserung der medizinischen Ausbildung. Die Ziele der ärztlichen Ausbildung in der neuen Approbationsordnung sehen im Wesentlichen eine Ausbildung vor, die grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermittelt, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich ist. Dabei soll die Ausbildung auf wissenschaftlicher Grundlage praxis- und patientenbezogen durchgeführt werden.¹ Siehe dazu auch das Zitat des Originaltextes zu den Zielen der ärztlichen Ausbildung unter 5.1.1. Als Unterrichtsveranstaltungen werden unter § 2 der ÄAppO² Vorlesungen, Praktische Übungen (diese umfassen den Unterricht am Krankenbett, Praktika und Blockpraktika) und Seminare beschrieben, die zum Erreichen der Reformziele führen sollen. Weitere Unterrichtsformen können die Universitäten vorsehen (z. B. gegenstandsbezogene Studiengruppen, Tutorien) und erhalten so mehr Gestaltungsfreiheit. Der Unterricht soll fächerübergreifendes Denken fördern und problemorientiert am Lehrgegenstand ausgerichtet sein.

„Beim Unterricht am Krankenbett darf jeweils nur eine kleine Gruppe von Studierenden gleichzeitig unmittelbar am Patienten unterwiesen werden, und zwar

- beim Unterricht in Form der Patientendemonstration eine Gruppe von höchstens sechs
- bei der Untersuchung eines Patienten durch Studierende eine Gruppe von höchstens drei.“³

In den Seminaren ist der durch praktische Übungen und Vorlesungen vermittelte Lehrstoff vertiefend, anwendungs- und gegenstandsbezogen zu erörtern und medizinische Zusammenhänge sind aufzuzeigen. Die Größe der Gruppe soll 20 Personen nicht überschreiten und die Studierenden sollen eigene Beiträge für die Seminare liefern. Systematische Vorlesungen sollen die oben genannten Unterrichtsveranstaltungen vorbereiten oder begleiten. In gegenstandsbezogenen Studiengruppen kann der in den anderen Lehrveranstaltungen dargestellte Stoff besprochen und das eigenständige, problemorientierte Arbeiten geübt werden (z. B. anhand von Fallbeispielen).

¹ vgl. Haage, Heinz (2003), S. 243f.

² vgl. Haage, Heinz (2003), S. 245ff.

³ vgl. vgl. Haage, Heinz (2003), S. 246

Einer Reform des Studiums nach den in der neuen Approbationsordnung festgelegten Zielen sind mit der Verordnung derselben die rechtlichen Grundlagen gegeben. Ausschlag gebend für die Umsetzung der Ziele in die Realität werden einerseits die Zulassungszahlen für das Medizinstudium und andererseits die dafür vorhandenen Kapazitäten der mit der Lehre beauftragten Personen sein. Hinzu kommen müssen die Bereitschaft zur Veränderung an den medizinischen Fakultäten und die persönliche Motivation und Kreativität der Lehrenden und Studierenden zu einer praxis- und patientenorientierten Ausbildung, damit die neuen Möglichkeiten nicht in der Theorie stecken bleiben.

Vorschläge des Arbeitskreises Medizinerbildung der Robert Bosch Stiftung – Murrhardter Kreis¹

Der Murrhardter Kreis beschäftigt sich seit 1985 mit folgenden Aspekten der Medizin:

- die Bedeutung ärztlichen Handelns für existentielle Fragen des menschlichen Lebens,
- die komplexen Zusammenhänge der Medizin mit Wertvorstellungen, wissenschaftlichen, technologischen und sozialen Entwicklungen
- die hohe ökonomische Bedeutung der Gesundheitsversorgung in der Wohlfahrtsgesellschaft und die daraus folgenden Erfordernisse für die medizinische Ausbildung.

Die vom Murrhardter Kreis für eine medizinische Ausbildung als wichtige erachteten Aspekte betreffen sowohl die Struktur und den Ablauf des Studiums als auch die Studieninhalte und Unterrichtsmodalitäten. Diese werden im folgenden näher erläutert.

¹ vgl. „Arztbild der Zukunft“ des Murrhardter Kreises (von der Robert Bosch Stiftung seit 1985 gefördertes Projekt zur Qualitätssicherung der Ausbildung der Mediziner)

1) Struktur und Ablauf des Studiums¹

- **horizontale und vertikale Integration**

Ziel der horizontalen Integration ist eine Zusammenfügung der von den einzelnen Fächern vermittelten Methoden und Erkenntnisse zu einer Gesamtschau des gesunden und kranken Menschen mittels integrierter Unterrichtsblöcke. Die vertikale Integration soll über den zeitlichen Prozess des Studiums hinweg eine Wiederholung, Vertiefung und Differenzierung von Grundlagenwissen in unterschiedlichen Zusammenhängen leisten. Als Bild für die Umsetzung der horizontalen und vertikalen Integration wurde die sogenannte Lehr-Lern-Spirale geprägt.

- **Aufhebung der Trennung in Vorklinik und Klinik**

Dadurch wird von Anfang an eine Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Theorie und Praxis erreicht.

- **Zeitliche Organisation des Studiums und Studiendauer**

Eine Verlängerung des Medizinstudiums ist nicht sinnvoll. Besser wäre eine Verlängerung der Unterrichtszeiten pro Jahr, die bei geeigneter Organisation der Lehrveranstaltungen (z. B. Tutorien) und durch Förderung des selbstorganisierten Eigenstudiums nicht zwangsläufig eine Mehrbelastung der Hochschullehrer bedeuten müssen.

- **Wahl-Pflicht-Veranstaltungen**

In Wahl-Pflicht-Veranstaltungen können in sehr frühen Phasen des Studiums individuelle Interessen gefördert und interdisziplinäres Lernen ermöglicht werden.

- **Lernbelastung der Studierenden und Lehrbelastung der Hochschullehrer**

Die Wochenstundenzahl für Kernpflicht- und Wahlpflichtfächer soll zugunsten der eigenständigen Nutzung von Informationsquellen und des aktiven Lernens beschränkt werden, um den lebenslangen Informations- und Lernprozess frühzeitig zu trainieren. Der Anteil der Hochschullehrer an der Lehre ist durch fächerübergreifenden Unterricht und Unterstützung im Bereich der Organisation und Gestaltung (zum Beispiel durch Studiendekanate) gerechter zu verteilen.

¹ vgl. Murrhardter Kreis (1995), S. 175ff.

2) Studieninhalte und Unterrichtsmodalitäten¹

- **Vorlesungen**

Vorlesungen sind ein didaktisches Mittel zur Darstellung von Wissen (Grundkonzepte und Systematik, Aktualisierung des Lehrbuchwissens, Integration verschiedener Fachgebiete in Ringvorlesungen). Sie sind jedoch nicht geeignet, um Fertigkeiten und Fähigkeiten zu vermitteln, ihr Anteil am medizinischen Unterricht sollte höchstens 30% betragen.

- **praktische Übungen**

Praktische Übungen dienen der Aneignung und Einübung praktischer Fertigkeiten. Durch die Notwendigkeit der intensiven Anleitung und ständigen Rückmeldung sind bei praktischen Übungen nur sehr kleine Gruppen möglich: zwei Personen bei Übungen mit Patientenuntersuchung, sechs Teilnehmer bei Übungen mit Patientendemonstration und acht Studierende bei Übungen ohne Patienten; ggf. können Studenten höherer Semester einbezogen werden.

- **Blockpraktika**

Blockpraktika eignen sich zur Vermittlung klinischer Kompetenzen (Diagnostik, Differentialdiagnose, Differentialtherapie, Behandlungsplanung) unter den Bedingungen des ärztlichen Alltags. In Seminaren und Tutorien wird die Vermittlung dieser Kompetenzen unterstützt. Vorzugsweise finden Blockpraktika in den großen Fächern und gegen Ende des Studiums statt.

- **Tutorien**

Tutorien sind Arbeitsgruppen, in denen geübt wird, Befunde zusammenzutragen, wissenschaftliche Grundlagen zu einem Fall anhand verschiedener Medien zu erarbeiten und Antworten auf weiterführende Fragen zu finden (z. B. Differentialdiagnostik, Behandlungsplanung, Rehabilitation). Der Tutor ist ein Mitglied des Lehrkörpers, tritt jedoch nicht als Fachexperte auf, sondern begleitet und unterstützt den Prozess der Problemerkennung und Aufgabenlösung.

¹ vgl. Murrhardter Kreis (1995), S. 183ff.

- **Seminare**

Das Seminar ist eine Unterrichtsform zur eigenständigen wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit einem theoretischen Problem auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse jenseits des Lehrbuchwissens. In Seminaren soll die selbständige schriftliche und mündliche Darstellung des Problems in Form eines Referates mit anschließender kritischer wissenschaftlicher Diskussion der Seminar-Teilnehmer (maximal 20 Teilnehmer) das oben genannte Ziel fördern.

- **Kurse**

In Kursen werden unterschiedliche Unterrichtselemente vereint. Sie sind eine Kombination aus Vorlesung und praktischer Übung, wobei der Vorlesungsanteil im Kurs nicht mehr als 50% betragen sollte.

- **Studieninhalte**

Neben der Lehre des medizinischen Fachwissens ist zusätzlich die Vermittlung ethischer, rechtlicher und gesundheitsökonomischer Aspekte der Medizin in Form von fall- und problemorientierten Ansätzen¹ vonnöten, um auf zukünftige Tätigkeitsfelder und Entscheidungsbereiche von Absolventen des Medizinstudiums vorzubereiten.

Die Vorschläge des Murrhardter Kreises zu einer Reform des Medizinstudiums sind umfassend, sie betreffen sowohl die Struktur des Studiums als auch die Studieninhalte. Die Umsetzbarkeit derartiger Konzepte zeigte sich in den in Deutschland erprobten Reformstudiengängen, deren Ergebnisse in die Vorschläge eingegangen sind.

Auch die Verbesserungsvorschläge für ein Medizinstudium, die Studierende und ÄrztInnen in unserer Erhebung vorbringen, betreffen Aspekte des Studiums hinsichtlich der Studieninhalte, der Struktur und der Rahmenbedingungen des Studiums:

- **Studieninhalte ändern:**

mehr und früher praktische Erfahrung und Verantwortung, Kombination von Theorie und Praxis, weniger Theorie im Studium, zusätzliche Inhalte, Veranstaltungen für über Entwicklungsländer, Kurse für technische Diagnostik und Therapie

¹ vgl. Murrhardter Kreis (1995), S. 278f.

- **strukturelle Veränderungen des Studiums:**
Prüfungssystem ändern, „Ballast“ aus dem Studium streichen, Verbesserung der Pädagogik, Verkürzung der Studiendauer, Spielraum für eigene Interessen, Organisation des Studiums, Weiterbildung für ausländische Studierende, Struktur des Praktischen Jahres
- **Studium persönlicher gestalten:**
persönliche Betreuung, kleinere Studiengruppen, besondere Betreuung ausländischer Studierender

Die meisten der genannten Verbesserungsvorschläge wären in einem Medizinstudium nach den Vorschlägen des Murrhardter Kreises verwirklicht.

5.2.9.5 Entwicklungslandorientierte Studienangebote für MedizinstudentInnen

Medizinstudenten aus Entwicklungsländern während ihres Studiums hier Möglichkeiten der Vorbereitung auf ihre spätere berufliche Tätigkeit zu bieten, war schon seit Ende der siebziger Jahre eine Forderung des World University Service (WUS). In einem auf 5 Jahre angelegten Modellversuch, der Anfang der 80er Jahre vom Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft angeregt worden war, wurde am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen (ITHÖG) in Heidelberg ein Konzept für ein Studienangebot „Medizin in Entwicklungsländern“ entwickelt und im Anschluss daran durchgeführt.

Die im Folgenden aufgeführten Ziele wurden für das Konzept des Studienangebotes „Medizin in Entwicklungsländern“ formuliert.

„Die erfolgreiche Teilnahme am Modellversuch `Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern` soll den Studenten befähigen:

- 1) Grundkenntnisse in den medizinischen Disziplinen zu vertiefen und zu differenzieren, die für die später angestrebte Berufstätigkeit im Heimatland von besonderer Bedeutung sind.
- 2) die während des Medizinstudiums erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen im Rahmen der existierenden Gesundheitssysteme so zu organisieren, dass er sie unter den Bedingungen der Strukturen der lokalen primären gemeinwesenorientierten Gesundheitspflege (PHC) eines Entwicklungslandes in die Praxis umzusetzen vermag und dass er die wichtigsten Gesundheitsprobleme – den vorhandenen Ressourcen entsprechend – effizient behandeln und Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung und Verhütung planen und einleiten kann.

- 3) zusammen mit Kollegen und Gesundheitsarbeitern unterschiedlicher Berufsqualifikation im Team zu arbeiten, sich der Grenzen des eigenen Wissens und Könnens und der Notwendigkeit permanenter Weiterbildung bewusst zu sein.
- 4) das Konzept der gemeinwesenorientierten Gesundheitspflege (PHC) anhand einer spezifischen Situation medizinisch nicht ausgebildeten Personen verständlich zu erklären und mit Mitarbeitern im Gesundheitsdienst bei Planung, Durchführung und Evaluierung von Aufgaben der gemeinwesenorientierten Gesundheitsfürsorge zusammen zu arbeiten
- 5) selbständig vorhandene Datenquellen auf verschiedenen Ebenen eines Landes zu nutzen, um zu einer orientierenden Beurteilung des Gesundheitssystems, seiner Stärken und Schwächen zu gelangen, und prioritäre Bereiche für gesundheitliche Maßnahmen zu identifizieren.
- 6) sich an die örtlichen Gegebenheiten in sozialer und kultureller Hinsicht anzupassen und die für solche Adaptation notwendige Lernfähigkeit zu entwickeln.“¹

In didaktischer Hinsicht war es den Veranstaltern wichtig, ein teilnehmerorientiertes und problemzentriertes Studienangebot anzustreben und soweit als möglich aktive Lernformen (Simulationssituationen, Rollenspiele, Fallbeispiele) einzusetzen. Die Studienbedingungen, die regelmäßige Besuche extracurricularer Veranstaltungen nur schwer ermöglichten, und das Streben nach Breitenwirkung und Multiplikationsfähigkeit, erforderten die Zusammenarbeit mit studentischen Aktivitäten an mehreren Hochschulen und mit verschiedenen Stipendiengebern und Förderungsinstitutionen (WUS, Otto Benecke-Stiftung, Studienbegleitprogramm für ausländische StudentInnen in Baden- Württemberg). Die Teilnahme an Blockseminaren (z. B. an einem Wochenende) war für viele Studierende leichter als ein regelmäßiges studienbegleitendes Programm. Zudem war durch die mögliche Teilnahme von Studenten aus anderen Universitäten an solchen Seminaren eine bessere Breitenwirkung zu erreichen.

¹ vgl. Diesfeld, H. J. (1989), S. 27

Aus dem Modellversuch heraus und in Fortführung dieser Ziele wurde ein **Reintegrationsprogramm zur Rückkehr und zur beruflichen Wiedereingliederung von Medizinabsolventen aus Entwicklungsländern** neu konzipiert. Dieses so genannte Ärzteprogramm umfasst Kurse, themen- und länderbezogene Seminare, finanzielle Eingliederungshilfen und ist Informationsstelle für Studenten und Studienabgänger der Fächer Human- und Zahnmedizin aus Afrika, Asien und Lateinamerika, die bezüglich der beruflichen Reintegration in die Heimat Unterstützung suchen.

Als Kurse werden der Diplommkurs „Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern“ mit einer Dauer von 3 Monaten und zwei Trainingskurse mit den Themen „Hospital und Labor unter einfachen Bedingungen“ und „Rationaler Umgang mit Arzneimitteln“ mit einer je einwöchigen Dauer angeboten.

Themenbezogene Seminare sind studienbegleitend und finden mit unterschiedlichen Schwerpunkten meist als Wochenendseminare statt (z. B. „AIDS in Entwicklungsländern“, „angepasste Chirurgie in Entwicklungsländern“, Familienplanung und Gesundheit“, „Gesundheitsprogramme in Entwicklungsländern“ und andere Themen). Die länderbezogenen Seminare richten sich speziell an Studierende und ÄrztInnen aus den betreffenden Ländern und thematisieren die Besonderheiten der Gesundheitsversorgung in diesem Land.

Die weiteren angebotenen Reintegrationshilfen umfassen Stipendien zum Erwerb von Berufserfahrung an Kliniken in Entwicklungsländern, materielle Rückkehrhilfen (Flug, medizinische Ausstattung, Zuschüsse beim Gepäcktransport) und auch die Nachbetreuung im Heimatland (mittels Bücher, Zeitschriften, Kongressreisen).

Darüber hinaus wurden im Rahmen des Modellversuchs **Methoden, Materialien und Medien erarbeitet, die im entwicklungslandbezogenen Unterricht einsetzbar sind** (z. B. Lernpakete, Diaserien, Tondiaserien, Videos, Lernspiele). Als Beratungs- und Dienstleistungseinrichtung bauten die MitarbeiterInnen des Modellversuchs eine EDV-gestützte Literaturdokumentation auf, die über die Universitätsbibliothek Heidelberg nutzbar ist.

Der **Aufbaustudiengang „Community Health and Health Management in Developing Countries“** an der Universität Heidelberg wurde im Zusammenhang mit dem Modellversuch konzeptioniert und vorbereitet.

5.3 Bedeutung für die Praxis

5.3.1 Notwendigkeit der Reform der medizinischen Ausbildung

Aus den dargestellten Ergebnissen, in denen eine eher negative Bewertung des Medizinstudiums in Deutschland sowohl hinsichtlich der Studieninhalte, als auch in Bezug auf den Ablauf, die Struktur und die Didaktik des Studiums deutlich wird, lässt sich die Notwendigkeit einer Reform des deutschen Medizinstudiums ableiten.

Dabei sind Veränderungen in folgenden Bereichen dringend erforderlich:

- **Studieninhalte**

Das Medizinstudium ist hinsichtlich der Studieninhalte zu überprüfen. Den Studierenden sollen grundlegende Fähigkeiten vermittelt werden, die sie zu einer praktischen Tätigkeit als Arzt/ Ärztin und zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung der Patienten befähigen. Neben dem medizinischen Fachwissen ist der Bedeutung der ethischen, rechtlichen und gesundheitsökonomischen Aspekte der Medizin Rechnung zu tragen. Im Rahmen dessen sind Inhalte des Public Health Konzeptes zumindest in Grundsätzen in das Studium zu integrieren, da beispielsweise die Prävention von Krankheit und die sozialen Faktoren für Gesundheit und Krankheit in Zeiten knapper werdender Mittel zunehmend wichtig werden. Das Studium soll auf die zukünftigen Tätigkeits- und Entscheidungsfelder der Ärztinnen und Ärzte vorbereiten.

- **Ablauf und Struktur des Medizinstudiums**

Um das Ziel einer praxisorientierten Ausbildung zu erreichen, sind in der Struktur, und im Ablauf des Medizinstudiums grundlegende Änderungen vorzunehmen. Notwendig ist hierbei vor allem eine Zusammenfügung der in den einzelnen Fächern jeweils getrennt vermittelten Inhalte, um bereits vom Beginn des Studiums an, die Gesamtschau des gesunden und kranken Menschen anzustreben. Die Komplexität der Krankheitssymptome und Auswirkungen von Krankheit auf den Menschen in ganzheitlicher Sicht sollen von Anfang an in das Studium mit einfließen. Über die Studiendauer hinweg wird eine Wiederholung und Vertiefung der vermittelten Inhalte die für eine praktische Tätigkeit notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln. Es bedarf auch einer vollständigen Aufhebung der Trennung von Vorklinik und Klinik, da bereits von Anfang an die Zusammenhänge zwischen den Grundlagen und deren Bedeutung in praktischer Hinsicht vermittelt und aktiv erschlossen werden sollen.

- **Methodik und Struktur des Unterrichts**

Die Methodik des Unterrichts soll interdisziplinäres und aktives Lernen der Studierenden betonen. Dies bedeutet, die eigenständige Nutzung von Informationsquellen und eine selbständige Arbeitsweise zu fördern und die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit theoretischen Problemen auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu vermitteln. Dabei sollte der Anteil an Vorlesungen als didaktische Methode aufgrund der ausschließlich passiven Wissensvermittlung höchstens 30% betragen. Vermehrt eingesetzt werden sollen stattdessen z. B. Praktische Übungen, in denen praktische Fähigkeiten vermittelt und eingeübt werden. Dies ist nur in sehr kleinen Gruppen möglich. Außerdem sind in Blockpraktika klinische Kompetenzen (Diagnostik, Differentialdiagnose, Differentialtherapie und Behandlungsplanung) zu vermitteln. Begleitend dazu sollen Tutorien und Seminare die Vermittlung dieser Kenntnisse und Fähigkeiten unterstützen. Kurse, die die didaktischen Methoden der Vorlesung und der praktischen Übung vereinen, können eine ergänzende Unterrichtsform darstellen. Wahl-Pflicht-Veranstaltungen können bereits in sehr frühen Phasen des Studiums individuelle Interessen fördern und interdisziplinäres Lernen ermöglichen.

Wichtig ist insgesamt eine sinnvolle Organisation des Studienablaufes, damit die Vermittlung der Kenntnisse und Fähigkeiten aufeinander abgestimmt wird und die ganzheitliche Sicht des Menschen sich in der ganzheitlichen Lehre von Gesundheit und Krankheit des Menschen widerspiegelt.

5.3.2 Notwendigkeit eines entwicklungslandorientierten Studienangebotes im Studium der Humanmedizin

Seit dem Tiefststand der Ausländerquote unter den Studierenden der Humanmedizin (5,7%) in den Wintersemestern 1985/86 und 1986/87 war ein kontinuierlicher Anstieg des Ausländeranteils unter den Humanmedizinstudenten bis zum Wintersemester 2002/03 auf 10,9% zu verzeichnen. Im WS 2002/03 waren für das Studium der Medizin (Human- und Zahnmedizin) 10328 ausländische Studierende eingeschrieben.

Von diesen kamen 5218 (50,5%) aus Entwicklungsländern und 2114 (20,5%) aus so genannten Übergangsgebieten¹. Die Studierenden aus Entwicklungsländern stammten zu 48,4% aus Asien, zu 32% aus Europa, zu 15,9% aus Afrika und zu 3,7% aus Süd- und Mittelamerika. Die Herkunftskontinente der Studierenden aus Übergangsländern setzen sich

¹ laut Liste der Entwicklungsländer und Übergangsländer 2003 gemäß dem Ausschuss für Entwicklungshilfe (Development Assistance Committee: DAC) der OECD.

folgendermaßen zusammen: Europa 80,1%; Asien 19,3%; Afrika 0,6%.¹ Die kostenfreie Bereitstellung eines Studienplatzes stellt eine Form der öffentlichen Förderung dar – stammt der Studierende aus einem Entwicklungsland, so wird diese Förderung auch als eine Form der Bildungshilfe betrachtet.

In Zeiten der Globalisierung und der zunehmenden internationalen Mobilität wird auch die Vermittlung international relevanter Kenntnisse und Fähigkeiten im Studium zunehmend wichtig. Zudem können vor dem Hintergrund des Universalitätsanspruchs einer universitären Ausbildung die Gesundheitsprobleme von 80% der Menschheit nicht einfach ausgeblendet werden. Dennoch sind in der medizinischen Ausbildung in Deutschland die Themen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern und möglicher Strategien zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung unter den Bedingungen der Armut nicht vorhanden.

In unserer Erhebung sehen sich 91% der Studierenden (Studierende der Humanmedizin aus Entwicklungsländern) nicht auf die zu erwartenden Schwierigkeiten nach der Rückkehr vorbereitet. In 71% der Fälle sehen die Studierenden sogar Schwierigkeiten nach der Rückkehr auf sich zukommen, die durch die Ausbildung in Deutschland bedingt sind (Mangel an praktischer Erfahrung/ im Umgang mit Patienten, andere Fachsprache, mangelndes landesbezogenes Wissen). Eine Vorbereitung auf die Schwierigkeiten nach der Rückkehr halten 70% der Studierenden für wichtig.

All diese Gründe sprechen dafür, ein entwicklungslandorientiertes Studienangebot in die medizinische Ausbildung zu integrieren. Dabei sollen die Studierenden

- 1) Grundkenntnisse für eine spätere Tätigkeit in einem Entwicklungsland erhalten;
- 2) zur Transferleistung der im Studium erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen auf die lokalen Strukturen befähigt werden, damit den vorhandenen Ressourcen entsprechend die wichtigsten Gesundheitsprobleme effizient behandelt bzw. verhütet werden können;
- 3) für die Notwendigkeit der interdisziplinären Teamarbeit sensibilisiert werden;
- 4) zur Ausbildung von medizinisch nicht ausgebildeten Personen und zur Planung, Durchführung und Evaluierung von Gesundheitsmaßnahmen befähigt werden;
- 5) selbständig vorhandene Datenquellen nutzen, um prioritäre Bereiche für gesundheitliche Maßnahmen zu identifizieren;
- 6) zum interkulturellen Lernen ermuntert werden.

¹ Zahlen des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden

5.4 Perspektive

Die Verabschiedung der neuen Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 ermöglicht seit dem WS 2003/2004 das Angebot von Wahlpflichtfächern. Es ist vorstellbar, dass das Themengebiet „Medizin in Entwicklungsländern“ als Wahlpflichtfach für Studierende aus EL und für interessierte Studierende in das Studium integriert wird. Dabei ist es im Sinne einer Spezialisierung sinnvoll, dieses Angebot an einigen Universitäten, die mit ausreichend kompetentem Fachpersonal bezüglich dieser Thematik ausgestattet sind, einzurichten. Grundlegende Angebote sind jedoch auch an allen Universitäten mit Hilfe der im Modellversuch entwickelten didaktischen Mittel möglich (Lernpakete, Tondiaserien, Diaserien, Videos). Ergänzt werden könnte diese Grundsatzausbildung in entwicklungslandorientierter Medizin durch überregional angebotene Blockseminare und Kurse, die zu diesem Themengebiet bereits bestehen, siehe auch Punkt 5.2.9.5.

6 Zusammenfassung

Vorstellungen von einem „idealen Studium“

Die Interessen der Studierenden im Medizinstudium beziehen sich vor allem auf den Erwerb einer fundierten praktischen und theoretischen Grundausbildung. 91% wollen eine fundierte praktische Ausbildung für die spätere ärztliche Tätigkeit erhalten, 76% möchten technische Methoden der Diagnostik und Therapie und 61% das grundsätzliche theoretische Wissen auf den wesentlichen Gebieten der Medizin erlernen. Eine grundlegende Ausbildung für eine spätere Tätigkeit im Heimatland wünschen sich 55% und 29% der Befragten sind daran interessiert, in ausgewählten Gebieten der Medizin wissenschaftlich zu arbeiten.

Die Anforderungen der ÄrztInnen, die in Deutschland studierten und jetzt wieder in ihren Heimatländern arbeiten, an ein Medizinstudium unterscheiden sich etwas von den Interessen der Studierenden. Neben der fundierten praktischen Ausbildung für eine spätere ärztliche Tätigkeit (86%) fordern die ÄrztInnen häufiger eine Ausbildung, die zu einer Tätigkeit im Heimatland befähigt (66%). Technische Methoden in Diagnostik und Therapie und das grundlegende theoretische Wissen erwarten sich jeweils 63% der ÄrztInnen vom Studium und 54% möchten während des Studiums auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand der Medizin weitergebildet werden.

Weiterhin werden folgende Aspekte des Studiums in den angegebenen Häufigkeiten von den Befragten als wichtig eingeschätzt:

- 70% der Studierenden halten eine Vorbereitung auf Schwierigkeiten nach der Rückkehr für wichtig;
- 32% der ÄrztInnen betrachten die Vorbereitung auf die Probleme bei einer Tätigkeit im Heimatland als Aufgabe des Medizinstudiums;
- 88% der ÄrztInnen und 69% der Studierenden erachten die persönliche Betreuung im Studium für wichtig;
- 76% der Studierenden halten Angebote außerhalb der Universität (außeruniversitäre Zusatzveranstaltungen bzw. lokale Arbeitsgruppen zu entwicklungspolitischen Themen oder zu Fragen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern) für die Qualität der Ausbildung für wichtig.

Bewertung des Studiums

78% der Studierenden bewerten das **Ausbildungssystem des Medizinstudiums** in Deutschland mit „schlecht“ bis „mäßig“. Als Begründung dafür nennen die StudentInnen „zu wenig praktische Erfahrung“ (48%), „Unzufriedenheit mit den Strukturen von PJ/ AiP“ (22%), die Trennung von Theorie und Praxis (18%) und die zu lange Dauer des Studiums (18%).

11 von 17 Pflichtfächern (fast zwei Drittel) werden von mehr als der Hälfte der Studierenden hinsichtlich **Praxisnähe und Relevanz für die ärztliche Tätigkeit** mit „schlecht“ bis „mäßig“ bewertet. (Bewertungsskala von 0 = sehr schlecht bis 4 = sehr gut).

Mit positiven Bewertungen von je 63% der Studierenden nehmen die Fächer Pathologie und Mikrobiologie/ Hygiene die Spitzenpositionen ein. Die Fächer Innere Medizin, Pädiatrie, Pharmakologie und Psychiatrie werden von jeweils knapp mehr als der Hälfte der Studierenden (51% - 53%) positiv bewertet. Die Schlusslichter in der Bewertung sind Orthopädie mit 17%, Urologie und Chirurgie mit je 27% positiven Bewertungen.

Die **ÄrztInnen** bewerten retrospektiv die **Pflichtfächer** hinsichtlich der **Vorbereitung auf die ärztliche Tätigkeit im Allgemeinen** häufiger positiv: fast zwei Drittel der Pflichtfächer (11 von 17) werden von mindestens 50% der ÄrztInnen positiv bewertet.

Die Spitzenpositionen nehmen dabei die Fächer Innere Medizin (91%), Klinische Untersuchung (82%) und Mikrobiologie/ Hygiene (70%) ein, während das Fach Psychiatrie von nur 24% der ÄrztInnen positive Bewertungen erhält.

Die Bewertung der Fächer hinsichtlich einer **Vorbereitung auf die Tätigkeit im Heimatland** fällt dabei völlig anders aus. Nur 5 von 17 Fächern werden dabei von mindestens der Hälfte der **ÄrztInnen** im Hinblick auf die Vorbereitung für die Tätigkeit in der Heimat positiv bewertet (Klinische Untersuchung: 69%, Pharmakologie: 65%, Mikrobiologie/ Hygiene: 56%, Innere Medizin: 53% und Pädiatrie: 50%). Mehr als zwei Drittel der Fächer (12 von 17) erhalten dabei von weniger als der Hälfte der **ÄrztInnen** eine positive Bewertung, die Psychiatrie in nur 7% der Fälle.

91% der Studierenden fühlen sich im Studium nicht auf die erwarteten **Schwierigkeiten nach der Rückkehr** und 74% der **ÄrztInnen** fühlen sich während des Studiums nicht auf die erfahrenen Probleme bei der Arbeit im Heimatland vorbereitet.

59% der **ÄrztInnen** erhielten während des Studiums ausreichend **persönliche Betreuung**; die Studierenden bewerten die persönliche Betreuung im Studium zu 45% positiv.

Lediglich 27% der Studierenden sehen **die Möglichkeit ihre Interessen im Studium** (Grundausbildung in praktischer und theoretischer Hinsicht, die zu einer Tätigkeit als Arzt/Ärztin befähigt) **an ihrer Fakultät auszubilden**.

Für 71% der ÄrztInnen haben sich ihre Erwartungen an das Medizinstudium in Deutschland zum großen Teil erfüllt.

Vorschläge zur Verbesserung der Qualität des Medizinstudiums in Deutschland

Die **Studierenden** formulieren folgende (wichtigste) Vorschläge zur Verbesserung der Ausbildungsqualität des Medizinstudiums in Deutschland in den angegebenen Häufigkeiten. 85% der Studierenden plädieren für eine **Veränderung des Verhältnisses von Theorie und Praxis** zugunsten einer praxisorientierten Ausbildung, 51% schlagen eine intensivere **Kombination von Theorie und Praxis** (bed side teaching, Blockunterricht und mehr Praxisbezug der Lehrveranstaltungen) vor, 38% der StudentInnen wünschen sich mehr und bessere **persönliche Betreuung** durch Lehrende und 25% der Studierenden ziehen den Multiple-Choice-Prüfungen **praxisorientierte Prüfungen** vor.

Auch die **ÄrztInnen** würden die Ausbildung durch **vermehrte Praxisorientierung** verbessern (mehr und früher praktische Erfahrung/ Verantwortung für Studierende: 77%, Lehre mit mehr Praxisbezug: 36%). Darüber hinaus vermissen 42% der ÄrztInnen eine **gezielte Ausbildung für eine Tätigkeit in Entwicklungsländern**, 19% fordern mehr **persönliche Betreuung** im Studium und 16% die Möglichkeit einer **Facharztausbildung**.

7 Literatur

1. Auswärtiges Amt, Referat für Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.) (2002): Auswärtige Kultur- und Bildungspolitik heute. 1. Auflage Februar 2002, Berlin
2. Becker, Helmut; Ghawami, Kambiz; Köhler Gerd (1984): Aus für ausländische Studenten? Verschärfung des Ausländerrechts, Folgen der Kommission „Ausländerpolitik“, 2. Auflage, Freiburg: Dreisam-Verlag.
3. Bichmann, W.; Chikosi, W.; Diesfeld, H. J.; Ndyanabangi, B.; Sich, D. (1984): Ausländische Medizinstudenten in der Bundesrepublik Deutschland, Auswertung der Statistiken. Modellversuch Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern. Materialien Nr. 1. Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasieninstitut der Universität Heidelberg.
4. BMZ aktuell Nr. 093 (1998): Entwicklungszusammenarbeit im Hochschulwesen, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Hrsg.), Bonn
5. Busse, Reinhard (1994): Public Health im Medizinstudium, Hippe: Asgard Verlag.
6. Clade, Harald in Deutsches Ärzteblatt (1997a), Jg. 94, Heft 24 vom 13.06.1997: Tätigkeitsbericht: Reform der ärztlichen Ausbildung überfällig.
7. Clade, Harald in Deutsches Ärzteblatt (1997b), Jg. 94, Heft 27 vom 4. Juli 1997: Reform des Medizinstudiums: Gesucht: Tragfähiger Entwurf.
8. Clade, Harald in Deutsches Ärzteblatt (2002), Jg. 99, Heft 47 vom 22. November 2002: Reform der Medizinstudiums – Medizinische Fakultäten jetzt am Zug
9. DAAD, Deutscher Akademischer Austauschdienst (Hrsg.) (2001): Wissenschaft weltoffen: Internationalität von Studium und Forschung in Deutschland, Bielefeld: Bertelsmann
10. DAAD, Deutscher Akademischer Austauschdienst (2003): Merkblatt zum Aufenthaltsrecht für ausländische Studienbewerber, Studierende und Gastwissenschaftler, Stand Juli 2003
11. Deutsches Ärzteblatt (2002), Jg. 99, Heft 25 vom 21. Juni 2002: Reform des Medizinstudiums – Die medizinischen Fakultäten und Hochschulen sind jetzt gefordert.
12. Diehl, Martin (1997): Rückkehrbereitschaft von Stipendiaten aus Entwicklungsländern. Eine Evaluierung von Förderprogrammen des Katholischen Akademischen Ausländer-Dienstes (KAAD). Wissenschaftliche Arbeitsgruppe für weltkirchliche Aufgaben der Deutschen Bischofskonferenz: Projekte 4.

13. Diesfeld, Hans Jochen (1989): Lehrangebot: Medizin in Entwicklungsländern: Ergebnisse eines Modellversuchs der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
14. Diesfeld, Hans Jochen (1989a): Gesundheitsproblematik der Dritten Welt, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
15. Diesfeld, Hans-Jochen (1995): Medizinstudium in Deutschland und der Aufgabenbereich des Arztes in Entwicklungsländern in: in: Ingrid Habermann und Maurizio Salazar (Hrsg.): Studieren und Arbeiten im Spannungsfeld Nord – Süd: Studienbegleitprogramme für Studierende aus Afrika, Asien und Lateinamerika an Hochschulen in Baden-Württemberg (STUBE), Frankfurt am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
16. Ehling, Manfred (1987): Als Ausländer an deutschen Hochschulen: das Studium von Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland: historische, theoretische und soziale Aspekte (Bildung, Repression, Befreiung), Darmstadt: Verlag für wissenschaftliche Publikationen.
17. Güntert, Anette; Wanner, Ernst; Brauer, Heinz-Peter und Stobrawa, Franz F. (2003): Approbationsordnung für Ärzte Bundesärzteordnung: Mit Erläuterungen und praktischen Hinweisen: Stand 2003, Köln Deutscher Ärzte-Verlag.
18. Haage, Heinz (2003): Das neuen Medizinstudium – Medizinisches Ausbildungsrecht mit Bundesärzteordnung und Approbationsordnung, Aachen, Shaker Verlag.
19. Hampel, Dieter (1995): Einleitung, in: Ingrid Habermann und Maurizio Salazar (Hrsg.): Studieren und Arbeiten im Spannungsfeld Nord – Süd: Studienbegleitprogramme für Studierende aus Afrika, Asien und Lateinamerika an Hochschulen in Baden-Württemberg (STUBE), Frankfurt am Main: Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
20. Hampel, Dieter (1995a): Berufliche Tätigkeit in der Heimatregion – Kontakt mit der beruflichen Zukunft, in: Zurück zu den Wurzeln? Zwischenheimreise als Studienbegleitung zum Ausländerstudium, Auszeit Nr. 33, Heft 3/4 Jg. 33, World University Service (Hrsg.), Wiesbaden, Gegendruck
21. Isserstedt, Wolfgang und Schnitzer, Klaus (2002): Internationalisierung des Studiums – Ausländische Studierende in Deutschland – Deutsche Studierende im Ausland. Ergebnisse der 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (DSW) durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung.

22. Jensen, Stefanie (2001): Ausländerstudium in Deutschland: die Attraktivität deutscher Hochschulen für ausländische Studierende., Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
23. Laitenberger, V. (1976): Akademischer Austausch und auswärtige Kulturpolitik. Der Deutsche Akademische Austauschdienst (DAAD) 1923 – 1945, Göttingen.
24. Langhost, Jost (1995): Der Paradigmenwechsel in der Humanmedizin und seine Konsequenzen für die medizinische Ausbildung – Bestandsaufnahme Kritik Reformvorschläge in: Was heißt es, Arzt/ Ärztin im bio-psycho-sozialen Betreuungskonzept zu sein? und Die medizinische Ausbildung – Defizite und Verbesserungsvorschläge aus der Sicht der Studierenden. Carl Gustav Carus Stiftung (Hrsg.), Zürich.
25. Murrhardter Kreis – Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung (1995): Das Arztbild der Zukunft: Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt – Konsequenzen für die Ausbildung und Weg zu ihrer Reform. 3. Auflage. Gerlingen, Bleicher Verlag.
26. Nohlen, Dieter (Hg) (2002): Lexikon Dritte Welt – Länder, Organisationen, Theorien, Begriffe, Personen. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.
27. Renschler, Hans E. (1979): Praxisorientierte ärztliche Fortbildung. München: Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski.
28. Richter- Kuhlmann, Eva A. in Deutsches Ärzteblatt (2003) Jg. 100, Heft 33 vom 15. August 2003: Medizinabsolventen - Unsicher in der Praxis
29. Schnitzer, Klaus und Breustedt, Christian (1981): Vergleich und Bewertung von Studienangeboten mit entwicklungspolitischer Ausrichtung in der Bundesrepublik Deutschland. Forschungsberichte des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Band 10. Köln, Weltforum Verlag.
30. Schnitzer, Klaus; Schaeper, Hildegard; Gutmann, Joachim; Breustedt, Christian (1986): Probleme und Perspektiven des Ausländerstudiums in der Bundesrepublik Deutschland. Untersuchung über Studienverlauf, Studienbedingungen, soziale Lage und Reintegration von Studenten aus Entwicklungsländern. Hochschul-Informationssystem GmbH; Langenhagen, poppdruck.
31. Schnitzer, Klaus und Schröder, Manuela (1996): Die wirtschaftliche und soziale Lage der ausländischen Studierenden in Deutschland. Ergebnisse der 14. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie. Bonn

32. Schnitzer, Klaus (1999): Wirtschaftliche und soziale Lage der ausländischen Studierenden in Deutschland – Ergebnisse der 15. Sozialerhebung der Deutschen Studentenwerks (DSW) durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationen-System. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie. Bonn
33. Schnitzer, Klaus; Isserstedt, Wolfgang und Middendorff Elke (2001): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2000. 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationen-System. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie. Bonn
34. Seidel, Marc in Deutsches Ärzteblatt (1997): Jg. 94, Heft 37 vom 12.09.1997: Medizindidaktisches Pilotprojekt Düsseldorf: mehr Praxis im Studium.
35. Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (1981): Maßnahmen zur Verbesserung der Auswahl von ausländischen Studienbewerbern an Studienkollegs. Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 6.3.1981. Bonn. zitiert nach Becker, Helmut et al. (1984)
36. Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Ausländergesetzes vom 13.12.1982 (1982) in: Bundesgesetzblatt Teil 1, Nr. 50, Bonn. zitiert nach Becker, Helmut et al (1984)

8 Anhang

8.1 Fragebögen

8.1.1 Fragebogen an die Studierenden

Fragebogen an ausländische MedizinstudentInnen zur Bewertung des medizinischen Lehrangebotes an der medizinischen Fakultät

Der folgende Fragebogen ist in sechs Teilbereiche untergliedert, die auf verschiedene Aspekte eines Medizinstudiums in Deutschland für ausländische Studenten und Studentinnen eingehen sollen.

Zu folgenden Bereichen möchten wir Ihnen gerne Fragen stellen:

Teil A) Fragen zu Ihrer bisherigen Studienzeit

Teil B) Bewertung Ihrer Ausbildung in Deutschland

Anmerkung:

Da wir nur einen Fragebogen für alle Semester erstellen konnten, bitten wir Sie, die Fragen soweit zu beantworten, wie es Ihnen durch Ihr Studium bis jetzt möglich ist.

Teil C) Fragen zur Aus- und Weiterbildung außerhalb der Universität

Teil D) Fragen zu Ihren Beweggründen für ein Studium in Deutschland

Teil E) Raum für Ihre Pläne und Ihre Wünsche zu Ihrer beruflichen Zukunft

Teil F) Fragen zu Ihrer Person und zu Ihren Erfahrungen im medizinischen Bereich

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich für die Bearbeitung des Fragebogen Zeit nehmen könnten!

Fragebogen für ausländische Studierende über das Medizinstudium in Deutschland

Teil A Fragen zum bisherigen Studium

1. In welchem Semester sind Sie ?

Das Sommersemester '96 ist mein ____ . Fachsemester in Humanmediziner.

2. Seit wann studieren Sie in Deutschland ?

Ich studiere seit dem SS / WS _____ in Deutschland.

3. An welcher Universität studieren Sie zur Zeit Medizin ?

Ich studiere in: _____

4. Haben Sie bisher Ihr gesamtes Medizinstudium in Deutschland absolviert ?

ja nein

wenn nein, wo sonst und für wie lange?

(Bitte Land und Zeitraum angeben)

in _____ für _____ Semester

in _____ für _____ Semester

<p style="text-align: center;">Teil B Fragen zur Qualität der Ausbildung</p>
--

1. Das Medizinstudium in Deutschland umfaßt derzeit ca. 11 Semester an der Universität, danach noch einen Zeitraum von über zwei Jahren für PJ (*Praktisches Jahr*) und AIP (*Arzt im Praktikum*).

Wie beurteilen Sie dieses System der Ausbildung?

- sehr gut
- gut
- mäßig
- schlecht
- sehr schlecht

Bitte kurze Begründung angeben:

2. Bekommen Sie persönliche Betreuung durch

Hochschullehrer - Assistenten - sonstige Lehrbeauftragte

(Zutreffendes bitte unterstreichen, Mehrfachnennungen möglich)

- ja nein

wenn ja: Bitte noch die Fragen 2.1 bis 2.4 beantworten (nächste Seite).

3. Falls Sie bereits in einem anderen Land studiert haben:**3.1. Wie beurteilen Sie die Ausbildung dort im Vergleich zu der in Deutschland ?**

- Die Qualität der Ausbildung hier ist besser als in meinem vorherigen Studienland
- Die Qualität der Ausbildung ist gleich gut
- Die Qualität der Ausbildung ist gleich schlecht
- Die Qualität der Ausbildung hier ist schlechter als in meinem vorherigen Studienland
- Die Qualität der Ausbildungen ist völlig anders und nicht vergleichbar.

3.2. Können Sie kurz beschreiben, was in dem anderen Land besser bzw. schlechter war ?

Die folgende Frage 4 bezieht sich auf die Pflicht-Lehrveranstaltungen an Ihrer Fakultät.

Wir bitten Sie - soweit Sie diese Veranstaltungen bereits kennen -, Punkte für die verschiedenen Fächer zu vergeben und dabei vor allem zwei Aspekte zu berücksichtigen :

- 1. die Qualität der Veranstaltungen in Bezug auf ihre Praxisnähe und Relevanz für eine spätere ärztliche Tätigkeit im allgemeinen*
- 2. die Wichtigkeit und Qualität der Veranstaltung in Bezug auf eine spätere ärztliche Tätigkeit in Ihrem Heimatland.*

4. Wie beurteilen Sie die PFLICHT-Veranstaltungen in ihrem Studium ?

Vergeben Sie dabei für jede Lehrveranstaltung Punkte:

4 Punkte für sehr gut

1 Punkt für schlecht

3 Punkte für gut

0 Punkte für sehr schlecht

2 Punkte für mäßig

Fach	Praxisnähe und Relevanz für ärztl. Tätigkeit allgemein	Wichtigkeit für eine ärztliche Tätigkeit in Ihrem Heimatland
Innere Medizin		
Chirurgie		
Orthopädie		
Neurologie		
Augenheilkunde		
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde		
Pädiatrie		
Gynäkologie/Geburtshilfe		
Urologie		
Notfallmedizin/ Anästhesie		
Psychiatrie		
Klinische Untersuchung		
Pathologie		
Pharmakologie		
Radiologie		
Mikrobiologie/Hygiene		
Klinische Chemie/Labormedizin		

5. Was ist Ihr besonderes Interesse, das Sie in Ihrem Studium ausbilden wollen?

(Mehrfachnennungen möglich, dann bitte Rangfolge angeben)

- Erlernen von technischen Methoden der Diagnostik und Therapie
- Erlernen des grundlegenden theoretischen Wissens auf den wesentlichen Gebieten der Medizin
- Fundierte praktische Ausbildung für die spätere Tätigkeit als Arzt/Ärztin
- Grundlegende Ausbildung, für eine spätere Tätigkeit in meinem Heimatland
- Wissenschaftliches Arbeiten in ausgewählten Gebieten der Medizin
- Sonstige Interessen :

5.1. Haben Sie an Ihrer Fakultät die Möglichkeit, sich auf Ihrem Interessensgebiet weiterzubilden?

- ja nein weiß nicht

wenn ja: Bitte bei Frage 6. 1. berücksichtigen!

In Frage 6 geht es nur um zusätzliche Veranstaltungen an Ihrer Fakultät aber auch an der gesamten Universität, die zu den drei unten genannten Bereichen angeboten werden

6. Gibt es an Ihrer Hochschule zusätzliche freiwillige Veranstaltungen in folgenden Bereichen? :

-
- ◆ Praxisorientierung und Relevanz für die spätere Tätigkeit in Ihrem Heimatland (siehe Frage 4)
 - ◆ Ihr Interessensgebiet (siehe Frage 5)
 - ◆ Gesundheitsversorgung und Gesundheitssituation in Entwicklungsländern

- ja nein weiß nicht

wenn ja: Bitte Fragen 6.1. bis 6.3. beantworten

6.1. Welche Veranstaltungen in den oben genannten Bereichen kennen Sie?

Vergeben Sie dabei für jede Veranstaltung Punkte:

4 Punkte für sehr gut

1 Punkt für schlecht

3 Punkte für gut

0 Punkte für sehr schlecht

2 Punkte für mäßig

Veranstaltungstitel / Themenschwerpunkt	Art der Veranstaltung (Vorlesung, Seminar, ...)	verantwortliches Institut/ Veranstalter	daran teilgenommen (Ja/Nein angeben)	Be- wertung (Punkte siehe oben)

(erweitern Sie gegebenenfalls die Tabelle)

6.2. Haben Sie genügend Freiraum, um solche Veranstaltungen zu besuchen?

ja

nein

6.3. Sind diese Veranstaltungen für Sie eine notwendige Ergänzung zum Pflichtstundenplan, um eine gute Ausbildung zu bekommen ?

ja

nein

weiß nicht

7. Können Sie drei (oder mehr) Vorschläge machen, was Sie an der Ausbildung zum Arzt / Ärztin verändern würden?

◆

◆

◆

◆

Teil C

Fragen zu Ihrer außeruniversitären Aus- und Weiterbildung

In diesem Kapitel möchten wir Sie zu Ihrer Weiterbildung außerhalb der Universität für folgende Bereiche befragen:

*Entwicklungspolitische Fragen, Probleme der Gesundheitsversorgung in
Entwicklungsländern, Gesundheitssysteme im Vergleich.*

- 1. Kennen Sie Veranstaltungen, Vortragsreihen oder Seminare außerhalb der Universität, die entwicklungspolitische Themen oder Fragen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern behandeln ?**

ja nein

wenn ja:

Welche kennen Sie und wer veranstaltet diese?

Vergeben Sie dabei für jede Veranstaltung Punkte:

4 Punkte für sehr gut	1 Punkt für schlecht
3 Punkte für gut	0 Punkte für sehr schlecht
2 Punkte für mäßig	

Veranstaltungstitel / Themenschwerpunkt	Art der Veranstaltung (Vorlesung, Seminar, ...)	verantwortliches Institut/Veranstalter	daran teilgenommen (Ja/Nein angeben)	Be- wertung (Punkte siehe oben)

(erweitern Sie gegebenenfalls die Tabelle)

-
- 2. Kennen Sie Arbeitsgruppen oder Aktivitäten in Ihrer Stadt, die sich mit Fragen der Entwicklungspolitik oder mit Themen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern auseinandersetzen ?**

ja nein

wenn ja:

Welche kennen Sie?

(Bitte beschreiben Sie kurz die Arbeitsgruppe oder Aktivität und die jeweiligen Themenschwerpunkte.)

Gruppenrahmen/Aktivität	Themenschwerpunkte

-
- 3. Wie wichtig sind solche Angebote Ihrer Meinung nach für die Qualität Ihrer Ausbildung ?**

sehr wichtig
 wichtig
 weiß nicht
 unwichtig
 völlig unnötig

Teil D

Allgemeine Fragen zum Leben und Studieren in Deutschland

1. Was waren / sind Ihre Beweggründe für ein Studium in Deutschland ?

(Mehrfachnennungen möglich!)

- keinen Studienplatz in meinem Heimatland bekommen
- keinen Studienplatz in einem anderen Land bekommen
- gute Ausbildung in Deutschland
- bessere Berufschancen in der Heimat nach einem Studium in Deutschland
- Stipendium für ein Studium in Deutschland
- Kennenlernen einer fremden Kultur
- Freunde, Bekannte, Verwandte in Deutschland
- Sonstige Gründe :

2. Gibt es Schwierigkeiten, die Sie daran hindern, sich so Ihrem Studium zuzuwenden, wie Sie es gerne tun würden?

- ja nein

wenn ja: Welche Schwierigkeiten sind dies?

- Sprachschwierigkeiten
 - Zeitlimit der Aufenthaltsberechtigung
 - schwierige Wohnsituation
 - finanzielle Schwierigkeiten
 - Erfahrungen von Ausländerfeindlichkeit, und zwar:
 - Sonstige Schwierigkeiten :
-

<p>Teil E</p> <p>Fragen zu Ihren Plänen</p> <p>für die Zukunft</p>

1. In welchem Gesundheitsbereich möchten Sie gerne später tätig werden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uniklinik | <input type="checkbox"/> Forschung |
| <input type="checkbox"/> Ländliches Krankenhaus | <input type="checkbox"/> private Praxis |
| <input type="checkbox"/> Städtisches Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Basisgesundheitsversorgung |
| <input type="checkbox"/> wirtschaftliches Unternehmen | <input type="checkbox"/> Gesundheitsministerium |
| <input type="checkbox"/> anderer Bereich : | |

2. Wo möchten Sie später einmal arbeiten ?

- in Deutschland
- in meinem Heimatland
- in einem anderen Land, nämlich in: _____
- je nachdem, wo ich eine Stelle bekomme

3. Wird Ihr deutsches Studium von Ihrem Heimatland problemlos anerkannt ?

- ja nein weiß nicht

4. Haben Sie bereits eine konkrete Vorstellung, wie die ersten beiden Jahre nach Ihrer Rückkehr aussehen werden?

- ja nein

wenn ja: Wie ? _____

5. Wollen Sie nach dem Studium eine Weiterbildung anschließen?

- ja nein weiß ich noch nicht

wenn ja: Wo wollen Sie diese Weiterbildung machen?

- in Deutschland, weil: _____
- in meinem Heimatland, weil: _____
- in einem anderen Land, weil: _____

6. Stellen Sie sich vor, Sie arbeiten sofort nach dem Ende Ihrer Ausbildung wieder in Ihrem Heimatland. Wobei sehen Sie dann die meisten Schwierigkeiten ?
(Bitte hier kurz beschreiben!)

6.1. Haben Sie das Gefühl, auf diese Schwierigkeiten in Ihrer Ausbildung vorbereitet zu werden?

- ja nein

wenn ja: Was an Ihrer Ausbildung ist besonders wichtig für eine Tätigkeit in Ihrem Heimatland? (Bitte kurz beschreiben!)

wenn nein: Welche Ausbildung wäre Ihrer Meinung nach wichtig für eine Tätigkeit in Ihrem Heimatland? ? (Bitte kurz beschreiben!)

6.2. Ist es Ihnen wichtig, bereits im Studium auf eine spätere berufliche Tätigkeit in Ihrem Heimatland vorbereitet zu werden?

- ja nein
-

5. Haben Sie bis jetzt eine Famulatur oder einen Teil Ihres Praktischen Jahres in Ihrem Heimatland oder in einem anderen Land abgeleistet?

ja

nein

wenn ja:

5.1. Wo und wie lange waren Sie tätig? (Bitte das Land und die Zeitdauer angeben!)

1. Famulatur für _____ Monate in _____

2. Famulatur für _____ Monate in _____

Praktisches Jahr für _____ Monate in _____

Praktisches Jahr für _____ Monate in _____

wenn nein:

5.2. Planen Sie, noch eine Famulatur oder einen Teil des PJ in Ihrem Heimatland oder in einem anderen Land zu absolvieren?

ich beabsichtige, dies noch zu tun

dies plane ich nicht

und zwar in folgenden Ländern:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Sie haben uns sehr geholfen. Wir hoffen, daß durch diese Arbeit ein Beitrag zur Verbesserung der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten geleistet werden kann.

Hätten Sie daran Interesse, an einem Interview teilzunehmen?

(Es soll dabei noch einmal genauer auf Ihre Einschätzung zum Thema „Die deutschen medizinischen Fakultäten und die Gesundheitsförderung in Entwicklungsländern“ eingegangen werden.)

Haben Sie an den Ergebnissen der Studie Interesse?

wenn ja:

Bitte die beiliegende Postkarte mit Ihrer Kontaktadresse an uns abschicken und vermerken, woran Sie Interesse haben:

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen baldmöglichst in dem beiliegenden Rückumschlag an uns - spätestens jedoch bis zum

10. November 1996.

Zur Sicherheit hier noch einmal unsere Adresse:

**Dr. August Stich
Missionsärztliches Institut
Salvatorstr. 7
97074 Würzburg**

8.1.2 Fragebogen an die Ärztinnen und Ärzte

Fragebogen Medizinstudium in Deutschland

Dieser Fragebogen besteht aus zwei Teilen :

Teil 1 stellt Fragen zu Ihrem vergangenen Medizinstudium in Deutschland.

Teil 2 stellt Fragen zu Ihrer jetzigen beruflichen Situation.

Es wäre schön, wenn Sie Zeit finden würden, den Fragebogen zu bearbeiten.

Möglicherweise liegt Ihr Studium in Deutschland schon sehr lange zurück und es fällt Ihnen schwer, sich an viele Einzelheiten noch zu erinnern. Wir möchten Sie dennoch bitten, diesen Fragebogen auszufüllen, soweit Ihnen das möglich ist. Auch nicht ganz vollständig ausgefüllte Fragebögen helfen uns weiter und tragen zur Beantwortung der Fragestellung bei.

Sollte das Frageformat nicht ausreichen, legen Sie bitte ein zusätzliches Blatt Papier mit Ihren Anmerkungen bei.

Die Bearbeitung dieses Fragebogens ist anonym. Wir erfahren weder Ihren Namen noch Ihre Adresse. Möchten Sie jedoch direkt mit uns in Kontakt treten, schreiben Sie bitte Ihren Namen und Ihre Anschrift mit Ihrem Interesse auf ein Blatt und schicken Sie es mit dem Fragebogen an uns; wir werden Ihre Adresse dann getrennt von Ihren Angaben weiterbearbeiten.

Senden Sie den fertig ausgefüllten Fragebogen bitte

bis spätestens 15. Oktober 1996

an folgende Adresse:

**Dr. August Stich
Missionsärztliches Institut
Salvatorstr. 7
D - 97074 Würzburg
Deutschland**

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mithilfe.

TEIL 1 : Fragen zum Studium

1. In welchem Zeitraum haben Sie in Deutschland studiert ?
 von 19 _____ bis 19_____ .

2. An welchen Universitäten Deutschlands haben Sie studiert ?
Bitte in chronologischer Reihenfolge angeben.

in _____ für _____ Semester

in _____ für _____ Semester

in _____ für _____ Semester

3. Haben Sie Ihr gesamtes Studium in Deutschland absolviert ?

ja nein

wenn nein:

3.1. Wo haben Sie außerdem und für wie lange studiert ?
Bitte Land und Semesterzahl angeben.

in _____ für _____ Semester

in _____ für _____ Semester

3.2. Wo haben Sie Ihr Studium abgeschlossen?

in : _____

4. Haben Sie schon vor Beginn des Medizinstudiums im Gesundheitssektor gearbeitet ?

ja nein

wenn ja: 4.1. In welcher Position ? _____

4.2. Wie lange ? Für _____ Jahre

4.3. Wo ? In _____ (Bitte Land angeben)

5. Warum haben Sie Deutschland als Studienland gewählt ?

(Mehrfachnennungen möglich!)

- Hoffnung auf gute fachliche Ausbildung in Deutschland
- keinen Studienplatz im Heimatland bekommen
- Kennenlernen einer fremden Kultur/eines anderen Landes
- keine Studiengebühren in Deutschland
- Freunde, Bekannte, Verwandte in Deutschland
- Stipendium für ein Studium in Deutschland
- hohes Ansehen im eigenen Land nach einem Studium in Deutschland
- Sonstige Gründe :

6. Haben Sie für Ihr Studium in Deutschland finanzielle Unterstützung von offiziellen Stellen (Stiftungen, DAAD, BMZ, ...) erhalten oder alles selbst finanziert ?

- Studium selbst finanziert
 - Studium mit Unterstützung der Eltern finanziert
 - finanzielle Unterstützung von folgenden Stellen erhalten:
 - von _____ für gesamtes Studium
 - ein/einige Semester
 - von _____ für gesamtes Studium
 - ein/einige Semester
-

7.1. Haben Sie auch Ihr PJ und/oder AIP in Deutschland absolviert ?

- PJ: ja
 nein, sondern in: _____
 teilweise, aber auch in : _____

- AIP: ja
 nein, sondern in: _____
 teilweise, aber auch in: _____

7.2. Waren Sie nach dem Studium in Deutschland tätig?

- ja nein

wenn ja:

A) Für wie lange ? Für _____ Jahre

B) In welchem Bereich ?

- medizinischer Bereich anderer Bereich

8. Hatten Sie persönliche Betreuung durch
Hochschullehrer - Assistenten - Sonstige

(Zutreffendes bitte unterstreichen, Mehrfachnennungen möglich)

- ja nein

wenn ja: Bitte noch Fragen 8.1. bis 8.3. (nächste Seite)
beantworten!

8.1. Bei welchen Gelegenheiten bekamen Sie persönliche Betreuung?

- Doktorarbeit
- Kurse, Praktika
- Studienberatung
- Stipendienvergabe
- Sonstige :

8.2. War diese Betreuung ausreichend ?

- ja nein

8.3 War diese persönliche Betreuung für die Qualität Ihres Medizinstudiums wichtig ?

- wichtig unwichtig

9. Hatten Sie während der Ausbildung Schwierigkeiten, die Sie in Ihrem Studium sehr behindert haben?

- ja nein

wenn ja, welche?

- Sprachschwierigkeiten
- finanzielle Schwierigkeiten
- persönliche Schwierigkeiten
- bürokratische Schwierigkeiten
- Erfahrungen von Ausländerfeindlichkeit, und zwar folgende:

- sonstige Schwierigkeiten:
-

10. Bitte beurteilen Sie - soweit Sie sich erinnern können - die PFLICHT-Lehrveranstaltungen Ihres Studiums unter den folgenden Gesichtspunkten :

- im Hinblick auf die Vorbereitung für Ihre ärztlichen Tätigkeit im allgemeinen;
- spezielle Vorbereitung auf die ärztliche Arbeit in Ihrem Heimatland.

Vergeben Sie dabei für jede Lehrveranstaltung Punkte:

4 Punkte für sehr gut

1 Punkt für schlecht

3 Punkte für gut

0 Punkte für sehr schlecht

2 Punkte für mäßig

Fach	Vorbereitung auf ärztl. Tätigkeit allgemein	Vorbereitung speziell bezogen auf Ihr Heimatland
Innere Medizin		
Chirurgie		
Orthopädie		
Neurologie		
Augenheilkunde		
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde		
Pädiatrie		
Gynäkologie/Geburtshilfe		
Urologie		
Notfallmedizin/ Anästhesie		
Psychiatrie		
Klinische Untersuchung		
Pathologie		
Pharmakologie		
Radiologie		
Mikrobiologie/Hygiene		
Klinische Chemie/Labormedizin		

11. Gab es während des Studiums oder vor Ihrer Rückkehr **zusätzliche** Veranstaltungen, die Sie auf Ihre spätere Tätigkeit in Ihrer Heimatland vorbereiteten?
- ja nein weiß nicht
- wenn ja :

- 11.1. Hatten Sie während des Studiums genug Freiraum, um an solchen Veranstaltungen teilzunehmen?
- ja nein

- 11.2 An welche können Sie sich erinnern?

Bitte beschreiben Sie soweit möglich die Veranstaltung, das verantwortliche Institut, die Themenschwerpunkte und geben Sie eine kurze Bewertung :

4 Punkte für sehr gut	1 Punkt für schlecht
3 Punkte für gut	0 Punkte für sehr schlecht
2 Punkte für mäßig	

1. Veranstaltung: _____

verantwortliches Institut:

Themenschwerpunkte:

Bewertung: _____ Punkte

2. Veranstaltung: _____

verantwortliches Institut:

Themenschwerpunkte:

Bewertung: _____ Punkte

3. Veranstaltung: _____

verantwortliches Institut:

Themenschwerpunkte:

Bewertung: _____ Punkte

4. Veranstaltung: _____

verantwortliches Institut:

Themenschwerpunkte:

Bewertung: _____ Punkte

5. Veranstaltung: _____

verantwortliches Institut:

Themenschwerpunkte:

Bewertung: _____ Punkte

6. Veranstaltung: _____

verantwortliches Institut:

Themenschwerpunkte:

Bewertung: _____ Punkte

12.1. Wenn Sie **aus Ihrer heutigen Sicht** urteilen :

Welche fachlichen Anforderungen / Erwartungen stellen Sie an ein Medizinstudium in Deutschland?

(Mehrfachnennungen möglich, dann bitte Rangfolge angeben)

- Erlernen von technischen Methoden der Diagnostik und Therapie
- Erlernen des grundlegenden theoretischen Wissens auf den verschiedenen Gebieten der Medizin
- fundierte praktische Ausbildung für die spätere Tätigkeit als Arzt/Ärztin
- grundlegende Ausbildung für eine spätere Tätigkeit in meinem Heimatland
- Weiterbildung auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand in den verschiedenen Gebieten der Medizin
- Kennenlernen unterschiedlicher Gesundheitssysteme im Vergleich
- Sonstige Anforderungen :

12.2. Haben sich die Erwartungen, die Sie heute an ein Medizinstudium stellen, für Sie in Ihrem eigenen Studium erfüllt ?

- ja, vollständig
 - ja, zum größten Teil
 - nur zu einem kleinen Teil
 - nein, überhaupt nicht
 - ich weiß nicht
-

13. Würden Sie einem jungen Menschen aus Ihrem Land raten, in Deutschland Medizin zu studieren ?

ja

nein

14. Wenn Sie noch einmal mit dem Studium anfangen könnten, welche Veränderungen am Medizinstudium in Deutschland würden Sie sich wünschen ?

Machen Sie bitte drei oder mehr Vorschläge :

1.

2.

3.

TEIL 2 : Fragen zu Ihrer beruflichen Situation

1.1. Was ist Ihre jetzige Tätigkeit ?

Ich arbeite als : Arzt Ärztin

sonstige Tätigkeit: _____

1.2. In welchem Land sind Sie tätig ?

1.3. Seit wann sind Sie dort tätig ?

Seit _____ Jahren.

1.4. Ist dies Ihr Heimatland?

ja nein

1.5. Vor wie vielen Jahren haben sie Deutschland verlassen?

vor _____ Jahren

2.1 In welchem Bereich des Gesundheitssystems sind
Sie zur Zeit tätig ? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Universitätsklinik | <input type="checkbox"/> wirtschaftliches Unternehmen |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus Stadt | <input type="checkbox"/> staatl. Gesundheitsbehörde |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus Land | <input type="checkbox"/> Privatpraxis/ -klinik |
| <input type="checkbox"/> Basisgesundheits
versorgung | <input type="checkbox"/> anderer Bereich: _____ |

2.2. In welchem Bereich waren Sie sofort nach Ihrer Rückkehr tätig ?
(Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Universitätsklinik | <input type="checkbox"/> wirtschaftliches Unternehmen |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus Stadt | <input type="checkbox"/> staatl. Gesundheitsbehörde |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus Land | <input type="checkbox"/> Privatpraxis/ -klinik |
| <input type="checkbox"/> Basisgesundheits-
versorgung | <input type="checkbox"/> Ableistung des AIP |
| <input type="checkbox"/> arbeitslos für ____ Monate | <input type="checkbox"/> Ableistung staatl. Pflichtzeit |
| <input type="checkbox"/> anderer Bereich, und zwar:
_____ | für _____ Monate in
folgendem Bereich: _____ |
| _____ | _____ |

3. Wußten Sie bereits während Ihres Studiums in
Deutschland, wo Sie später arbeiten würden ?

- ja nein

4. Wurde das deutsche Medizinstudium in Ihrem Heimatland
problemlos anerkannt ?

- ja nein

wenn nein:

Welche Probleme traten auf und wie wurden sie gelöst ?

(Bitte hier kurz

beschreiben)

5. Hatten Sie außerdem Schwierigkeiten bei der beruflichen Wiedereingliederung ?

ja nein

wenn ja, welche ?

- Schwierigkeiten mit anderem Gesundheitssystem
- anderes Krankheitsspektrum als in Deutschland
- finanzielle Schwierigkeiten
- Ressentiments von Kollegen/Mitarbeitern wegen des Auslandsstudiums
- Sonstige Schwierigkeiten :

6. Haben Sie in irgendeiner Weise Wiedereingliederungshilfe erhalten ?

ja nein

wenn ja, welche ?

finanziell Beratung sonstige: _____

7.1 Sind Sie noch mit deutschen Organisationen oder Universitäten in Kontakt ?

ja nein

wenn ja: Mit welchen haben Sie Kontakt? *Bitte hier angeben:*

7.2 Ist dieser Kontakt hilfreich für Ihre Tätigkeit?

ja nein

8. Welches sind bei der täglichen beruflichen Arbeit die drei Hauptprobleme ?

1.

2.

3.

9. Wurden Sie während Ihrer Ausbildung auf diese Probleme in irgendeiner Weise vorbereitet ?

ja

nein

wenn ja: Wie wurden Sie darauf vorbereitet? (*Bitte hier beschreiben*)

wenn nein: Sind Sie der Meinung, daß dies unter anderem eine Aufgabe des deutschen Medizinstudiums wäre?

ja

nein

10. Gibt es in Ihrem Heimatland die Möglichkeit, an Veranstaltungen zur beruflichen Weiterbildung teilzunehmen?

- ja nein weiß nicht

wenn ja:

10.1. Zu welchen Themen werden Fortbildungen angeboten und wer veranstaltet diese?

(Bitte die wichtigsten Fortbildungen in die Tabelle eintragen.)

Thema der Fortbildung	Veranstalter	Dauer der Veranstaltung

wenn nein:

10.2. Aus welchen Gründen können Sie nicht teilnehmen?

- Es werden keine Weiterbildungsveranstaltungen angeboten
- Die Weiterbildungsveranstaltungen sind zu weit von meinem Wohn-/Arbeitsplatz entfernt
- sonstige Gründe:
-

Vielen Dank für Ihre Mühe !

Wenn Sie mit uns in Kontakt treten möchten und an den Gesamtergebnissen unserer Studie interessiert sind, legen Sie dem Fragebogen bitte einen Zettel bei mit Ihrem Namen und Adresse und mit Ihrem Interesse.

Bitte schicken Sie den fertig ausgefüllten Fragebogen an :

Missionsärztliches Institut
z. Hd. Dr. August Stich
Salvatorstr. 7
D - 97074 Würzburg
Deutschland

8.2 Tabellen

Akademisches Auslandsamt der Universität	Anzahl der Versendungen	Anzahl der Rücksendungen (Rücklaufquote)
Aachen	55	4 (7,3 %)
Berlin FU	keine Angabe	1
Berlin Humboldt Universität	86	4 (4,7 %)
Bochum	47	8 (17,0 %)
Bonn	62	6 (9,7 %)
Dresden	5	0
Düsseldorf	93	8 (8,6 %)
Erlangen	21	4 (7,3 %)
Essen	6	1 (16,7%)
Frankfurt/ Main	99	8 (8,1 %)
Freiburg	21	1 (4,8 %)
Gießen	75	5 (6,7 %)
Göttingen	51	5 (9,8 %)
Greifswald	44	3 (6,8 %)
Halle/ Wittenberg	37	0
Hamburg	96	10 (10,4 %)
Hannover	circa 40	1 (2,5 %)
Heidelberg	25	4 (16%)
Jena	16	0
Kiel	30	0
Köln	86	9 (10,5 %)
Leipzig	45	6 (13,3 %)
Lübeck	40	7 (17,5 %)
Magdeburg	3	0
Mainz	72	8 (11,1 %)
Marburg	67	6 (9,0 %)
München LMU	53	3 (5,7 %)
München TU	4	2 (50 %)
Münster	58	8 (13,8 %)
Rostock	14	0
Saarbrücken	68	3 (4,4 %)
Tübingen	26	0
Ulm	18	3 (16,7 %)
Witten	7	1 (14,3 %)
Würzburg	17	2 (11,8 %)
fehlende Angabe		1
gesamt	ca. 1487	132 (8,9%)

Tabelle 8.2-1: Anzahl der von den Akademischen Auslandsämtern versandten Fragebögen und Rücksendungen

	Afrika	Asien	Süd- ame- rika	Europa	ehem. SU	Nord- ame- rika	AustralN eu- seeland	sonst.	gesamt
Aachen	16	89	4	125	4	1	1	2	242
Berlin FU	17	195	10	147	7	2	-	13	391
Berlin HU	61	104	6	167	8	3	-	2	351
Bochum	4	87	1	175	7	2	-	1	277
Bonn	6	77	4	111	4	3	-	10	215
Dresden	4	4	1	6	7	1	-	1	24
Düsseldorf	30	152	4	199	9	6	-	9	409
Erlangen	12	35	-	92	1	3	-	8	151
Essen	3	70	-	82	5	-	-	-	160
Frankfurt/ Main	21	166	4	178	6	9	-	10	394
Freiburg	17	48	3	102	9	7	1	-	187
Gießen	13	45	1	59	1	1	-	2	122
Göttingen	30	126	3	136	3	7	-	3	308
Greifswald	23	67	-	33	2	-	-	-	125
Halle/ Wittenberg									
Hamburg	14	179	-	108	-	-	-	11	312
Hannover	10	68	3	94	5	7	-	5	192
Heidelberg	39	167	32	215	-	-	2	11	466
Jena									
Kiel	9	26	2	37	6	1	-	2	83
Köln	14	151	7	168	12	2	-	9	363
Leipzig	47	41	4	68	3	1	-	5	169
Lübeck									
Magdeburg	-	17	1	27	-	-	-	1	46
Mainz	-	84	-	87	-	7	-	-	178
Marburg	7	64	-	75	-	3	-	56	205
München TU	4	9	2	34	-	3	-	1	53
München LMU	4	69	8	211	7	17	1	22	339
Münster	6	83	1	84	7	3	-	14	198
Regensburg	2	6	-	24	-	1	-	2	35
Rostock	8	15	-	22	1	3	-	-	49
Saarbrücken	21	96	1	98	6	1	-	15	238
Tübingen	9	32	5	106	4	5	-	2	163
Ulm	16	22	1	102	2	3	1	-	147
Witten	1	5	1	14	1	1	2	-	25
Würzburg	5	25	-	79	4	3	-	6	122
gesamt	473	2424	109	3265	131	106	8	223	6739

Tabelle 8.2-2: Kontinent der Herkunft und Anzahl der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin an den medizinischen Fakultäten in Deutschland im WS 1995/96

Quelle: Zahlen der Akademischen Auslandsämter (ohne Halle, Jena, Lübeck)

Herkunftsland	Anzahl Studierende der Humanmedizin	Herkunftsland	Anzahl Studierende der Humanmedizin
Afrika			
Ägypten	35	Namibia	1
Äthiopien	25	Nigeria	12
Algerien	4	Ruanda	3
Angola	7	Sambia	5
Benin	5	Senegal	1
Burkina Faso/ Obervolta	1	Sierra Leone	9
Elfenbeinküste	1	Simbabwe	8
Eritrea	2	Somalia	2
Gabun	1	St. Helena	1
Gambia	1	Sudan	81
Ghana	28	Swasiland	1
Kamerun	123	Südafrika	3
Kenia	3	Tansania/Sansibar	2
Kongo	3	Togo	7
Liberia	2	Tschad	1
Libyen	3	Tunesien	6
Mali	3	Uganda	3
Marokko	34	Zaire	3
Mauretanien	1	Afrika ges. ¹	39
Mosambik	2	übriges Afrika	1
Summe Afrika			473
Asien			
Afghanistan	158	Korea	15
Armenien	3	Kuwait	5
Bangladesch	2	Laos	2
Bhutan	1	Libanon	21
Birma (Myanmar)	1	Mongolei	7
China, VR Tibet	24	Nepal	3
China, Rep. Taiwan	21	Pakistan	7
Volksrepublik China	56	Palästina	9
Gaza	1	Philippinen	6
Indien, Sikkim, Goa	50	Saudi-Arabien	6
Indonesien mit Irian Jaya	24	Singapur	2
Irak	14	Sri Lanka (Ceylon)	15
Iran	1235	Süd Korea, Rep.	80
Israel	140	Syrien	96
Japan	11	Thailand	5
Jemen	25	Verein. Arab. Emirate	4
Jordanien	142	Vietnam	56
Kambodscha	2	Asien ges. ¹	167
Katar	5	übriges Asien	3
Summe Asien			2424

¹ Angaben der Universität Heidelberg ohne Länderaufschlüsselung

Herkunftsland	Anzahl Studierende der Humanmedizin	Herkunftsland	Anzahl Studierende der Humanmedizin
Australien/ Neuseeland			
Australien	5	Neuseeland	3
Summe Australien/ Neuseeland		8	
Europa			
Albanien	11	Mazedonien	4
Belgien	23	Niederlande	38
Bosnien Herzegowina	31	Norwegen	322
Bulgarien	39	Österreich	106
Dänemark	7	Polen	88
Estland	8	Portugal	22
Finnland	54	Rumänien	42
Frankreich	35	Schweden	37
Griechenland	552	Schweiz	24
Großbritannien, Nordirland	40	Serbien/Montenegro	36
Irland	7	Slowakische Republik	5
Island	4	Slowenien	9
Italien	82	Spanien	64
Jugoslawien	138	Tschechische Republik	23
Kroatien	68	Türkei	1021
Lettland	6	Ungarn	45
Litauen	7	Zypern	24
Luxemburg	27	übriges Europa	216
Summe Europa		3265	
Nordamerika			
USA	100	Kanada	6
Summe Nordamerika		106	
Südamerika			
Argentinien	2	Kolumbien	8
Barbados	1	Kuba	3
Bolivien	6	Mexiko	2
Brasilien	22	Nicaragua	4
Chile	7	Peru	11
Costa Rica	1	St. Lucia	1
Ecuador	2	Uruguay	2
El Salvador	2	Venezuela	2
Haiti	1	Amerika ges. ¹	32
Summe Nordamerika		109	
ehemalige Sowjetunion			
Georgien	5	Turkmenistan	1
Kasachstan	11	Ukraine	20
Kirgisien	2	Usbekistan	1
Moldawien	3	Weißrußland	5
Russland	58	ehem. Sowjetunion	25
Summe Nordamerika		131	
sonstige			
Asylflüchtling	20	Staatenlos	128
Bildungsinländer	2	Ungeklärt	73
Summe sonstige		223	

Tabelle 8.2-3: Herkunftsländer der ausländischen Studierenden im Fach Humanmedizin im WS 1995/96

Quelle: Zahlen der Akademischen Auslandsämter (ohne Halle, Jena, Lübeck)

Semester	Stud. Humanmedizin gesamt	deutsche Stud. Humanmedizin gesamt	deutsche Stud. Humanmedizin weiblich	ausl. Stud. Humanmedizin gesamt	ausl. Stud. Humanmedizin weiblich	Anteil ausl. Stud. in %	Frauenanteil unter den dt. Stud. in %	Frauenanteil unter den ausl. Stud. in %
früheres Bundesgebiet								
WS 1972/73	36118	33323	8439	2795	615	7,7	25,3	22,0
WS1973/74	38634	35675	9485	2959	687	7,7	26,6	23,2
WS1974/75	40782	37682	10428	3100	798	7,6	27,7	25,7
WS 1975/76	43368	40144	11656	3224	911	7,4	29,0	28,3
WS 1976/77	47878	44401	13570	3477	1054	7,3	30,6	30,3
WS 1977/78	54229	50492	16076	3737	1169	6,9	31,8	31,3
WS 1978/79	60807	56772	18759	4035	1282	6,6	33,0	31,8
WS 1979/80	64861	60680	21063	4181	1404	6,4	34,7	33,6
WS 1980/81	68773	64455	23273	4318	1510	6,3	36,1	35,0
WS 1981/82	73345	68802	25755	4543	1646	6,2	37,4	36,2
WS 1982/83	76518	71859	27851	4659	1748	6,1	38,8	37,5
WS 1983/84	79540	74847	30250	4693	1784	5,9	40,4	38,0
WS 1984/85	82055	77301	32404	4754	1854	5,8	41,9	39,0
WS 1985/86	84063	79233	33978	4830	1907	5,7	42,9	39,5
WS 1986/87	85181	80296	34787	4885	1930	5,7	43,3	39,5
WS 1987/88	86217	81197	35769	5020	2012	5,8	44,1	40,1
WS 1988/89	86683	81537	36221	5146	2056	5,9	44,4	40,0
WS 1989/90	85091	79888	35827	5203	2054	6,1	44,8	39,5
WS 1990/91	84700	79380	35396	5320	2092	6,3	44,6	39,3
WS 1991/92	82868	77507	34698	5361	2153	6,5	44,8	40,2
Deutschland								
WS 1992/93	93198	86998	39740	6200	2447	6,7	45,7	39,5
WS 1993/94	90600	83832	38625	6768	2765	7,5	46,1	40,9
WS1994/95	87357	80380	37368	6977	2974	8,0	46,5	42,6
WS 1995/96	84958	77659	36846	7299	3120	8,6	47,4	42,7
WS 1996/97	83471	75783	36571	7688	3373	9,2	48,3	43,9
WS 1997/98	81994	74283	36487	7711	3485	9,4	49,1	45,2
WS 1998/99	82333	74139	37371	8194	3774	10,0	50,4	46,1
1999/2000	80609	72249	37520	8360	3974	10,4	51,9	47,5
WS 2000/01	80200	71924	38755	8276	4005	10,3	53,9	48,4
WS 2001/02	80030	71502	39604	8528	4199	10,7	55,4	49,2
WS 2002/03	80192	71444	40686	8748	4388	10,9	56,9	50,2

Tabelle 8.2-4: Zahlen deutscher und ausländischer Studierender der Humanmedizin WS 1972/73 bis WS 2002/03

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Semester	Gesamtzahl der ausl. Stud. Humanmedizin	Anzahl der Stud. aus Afrika	Anteil in Prozent aus Afrika	Anzahl der Stud. aus Asien	Anteil in Prozent aus Asien	Anzahl der Stud. aus Austr./Ozean.	Anteil in Prozent aus Austr./Ozean.	Anzahl der Stud. aus Europa	Anteil in Prozent aus Europa	Anzahl der Stud. aus Nordamerika/Kanada	Anteil in Prozent aus Nordamerika/Kanada	Anzahl der Stud. aus Süd- und Mittelamerika	Anteil in Prozent aus Süd- und Mittelamerika	Anzahl der Stud. sonstige (staatenlos, ungekl., ohne Angabe)	Anteil in Prozent sonstige
WS 1986/87	5587	204	3,7%	1999	35,8%	7	0,1%	2822	50,5%	264	4,7%	120	2,1%	171	3,1%
WS 1987/88	5759	214	3,7%	2194	38,1%	4	0,1%	2783	48,3%	241	4,2%	118	2,0%	205	3,6%
WS 1988/89	5914	228	3,9%	2385	40,3%	5	0,1%	2749	46,5%	227	3,8%	114	1,9%	206	3,5%
WS 1989/90	5971	253	4,2%	2530	42,4%	4	0,1%	2665	44,6%	195	3,3%	118	2,0%	206	3,5%
WS 1990/91	6098	262	4,3%	2622	43,0%	5	0,1%	2689	44,1%	171	2,8%	127	2,1%	222	3,6%
WS 1991/92	6185	302	4,9%	2650	42,8%	6	0,1%	2723	44,0%	169	2,7%	121	2,0%	214	3,5%
WS 1992/93	7136	545	7,6%	3035	42,5%	7	0,1%	2977	41,7%	160	2,2%	180	2,5%	232	3,3%
WS 1993/94	7868	639	8,1%	3216	40,9%	10	0,1%	3451	43,9%	145	1,8%	167	2,1%	240	3,1%
WS 1994/95	8238	591	7,2%	3184	38,7%	8	0,1%	3894	47,3%	154	1,9%	158	1,9%	249	3,0%
WS 1995/96	8688	598	6,9%	3199	36,8%	9	0,1%	4338	49,9%	148	1,7%	146	1,7%	250	2,9%
WS 1996/97	9166	643	7,0%	3143	34,3%	9	0,1%	4811	52,5%	149	1,6%	137	1,5%	274	3,0%
WS 1997/98	9261	649	7,0%	3032	32,7%	8	0,1%	5015	54,2%	142	1,5%	143	1,5%	272	2,9%
WS 1998/99	9781	687	7,0%	3138	32,1%	8	0,1%	5382	55,0%	145	1,5%	156	1,6%	265	2,7%
1999/2000	9959	733	7,4%	3086	31,0%	7	0,1%	5575	56,0%	143	1,4%	147	1,5%	268	2,7%
WS 2000/01	9809	753	7,7%	2930	29,9%	10	0,1%	5579	56,9%	130	1,3%	158	1,6%	249	2,5%
WS 2001/02	10124	796	7,9%	2968	29,3%	9	0,1%	5808	57,4%	136	1,3%	161	1,6%	264	2,6%
WS 2002/03	10328	842	8,2%	3057	29,6%	9	0,1%	5816	56,3%	130	1,3%	195	1,9%	279	2,7%

Tabelle 8.2-5: Herkunftskontinente ausländischer Studierender der Medizin (Human- und Zahnmedizin) WS 1987/88 bis WS 2002/03

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

		1986	1987	1988	1989	1990	1991
Europa	Bulgarien	39	39	38	33	28	30
	Finnland	2					
	Frankreich	1					1
	Griechenland	11	14	14	15	27	36
	Italien						1
	Jugoslawien	7	6	6	2	6	1
	Niederlande						1
	Norwegen					3	7
	Österreich						1
	Polen	40	49	56	57	52	44
	Portugal	3	4	4	4	3	2
	Rumänien	1		1	3	1	
	Schweden					1	1
	Schweiz						1
	Sowjetunion						6
Ungarn	4	4	9	10	9	10	
Europa gesamt:		108	116	128	124	130	142
Afrika	Ägypten	2	2	3	4	3	5
	Äthiopien	68	71	74	61	50	43
	Algerien	2	1	1	2	2	1
	Angola	11	13	15	15	16	9
	Benin	2	1	1	2	5	5
	Ghana	1	2	3	4	7	10
	Guinea					1	1
	Guinea Bissao	2	2	2	2	2	5
	Kamerun		28	42	54	68	75
	Kapv. Inseln		1	1	1	1	1
	VR Kongo	1	1	2	2	3	4
	Lesotho	1	1	1	1	1	1
	Liberia				1	1	1
	Libyen	1					1
	Mali	2	3	3	3	2	3
	Marokko	3				2	3
	Mocambique			2	2	3	3
	Namibia	3	2	3	2		1
	Obervolta	1	1	1		1	1
	Rwanda	1	1	1	1	1	1
	Sambia	2	2	3	4	6	10
	Sao Tome u. Principe	5	5	6	6	5	5
	Senegal		1	1	1	1	1
	Seychellen	1	2	4	4	4	4
	Sierra Leone			1	1	1	1
	Simbabwe	3	2	12	15	16	16
	Somalia		1	1			
	Sudan	5	12	17	20	28	29
	Südafrika	1	1	2	2	2	1
	Tansania	1	1	1	1	2	3
	Togo	1	1	1	1	1	1
Uganda		1	2	3	4	4	
Westsahara			2	3	2	1	
Zaire				1	1		
Afrika gesamt:		120	159	208	219	242	250

		1986	1987	1988	1989	1990	1991
Amerika	Brasilien		1	1			1
	Chile	6	5	8	8	7	5
	Equador	3	2	1	1	1	
	Guatemala	2	2	2	2	2	
	Guayana	5	5	5	4	4	3
	Honduras		1	1	1	1	1
	Kolumbien	3	2	3	4	4	5
	Kuba			3	5	2	
	Mexiko	2	1	1	2	1	
	Nicaragua	4	4	8	9	12	15
	Panama	1	1				
	Peru	4	4	5	6	8	6
	Venezuela	1	1				
	Kanada					1	1
USA	1						
Amerika gesamt:		32	29	38	42	43	37
Asien	Afghanistan	26	28	35	49	58	59
	Bangladesh	1	2	2			
	Birma						1
	China						1
	Indien	4	3	4	4	5	6
	Irak	1	1	3	4	3	6
	Iran	7	6	6	4	11	15
	Israel	20	16	9	7	7	9
	Japan					1	1
	Jemenit. Arab. Rep.	45	50	53	51	54	37
	VDR Jemen	31	35	39	36	39	48
	Jordanien	29	27	22	21	22	21
	Kambodscha	1	2	9	11	3	3
	Katar					2	
	Koreanische DVR	11	16	18	14		
	Kuwait		1	1	1	1	1
	Laos	10	7	5	5	5	3
	Libanon	30	32	23	23	22	18
	Mongolei	24	24	30	27	25	17
	Nepal					1	1
	Pakistan	1	1				
	Papua Neuguinea		1	1			
	Palästina				7	12	15
	Philippinen	2	2	2	1	1	
	Saudi-Arabien						1
	Sri Lanka	3	4	4	4	4	3
	Syrien	45	43	47	48	48	40
	Taiwan						1
	Türkei					1	4
	VAE				1	1	
SR Vietnam	19	20	22	22	22	19	
Zypern	4	6	8	6	8	10	
Asien gesamt:		314	327	343	346	356	340
staatenlos							2
sonstige gesamt:							2
Summe ¹		574	631	717	731	771	771

Tabelle 8.2-6: Herkunftsländer der ausländischen Studierenden der Humanmedizin in der ehemaligen DDR bzw. den neuen Bundesländern von 1986 bis 1991

Quelle: Statistische Bundesamt (Zweigstelle Berlin) und eigene Berechnungen

¹ die Zwischensummen sind in dieser Summe nicht enthalten!

Befragung der Medizinstudierenden:

Ort	Gruppe/ Aktivität	Themengebiet
Aachen	1) Internationaler Freundeskreis 2) KHG 3) Akademisches Auslandsamt	1) Dritte Welt 2) Dritte Welt 3) Dritte Welt
Frankfurt am Main	KHG	Rückkehr
Hamburg	ESG	entwicklungspolitische Themen
Heidelberg	?	1) Medizin 2) Allgemein gesundheitliche Themen
Leipzig	1) Deutsch- Afrikanische Gesellschaft 2) Stube	1) Gesundheitsversorgung und andere Themen 2) Stube Programm
Lübeck	IPPNW	?
Marburg	TTM (Technologie Transfer Marburg)	Technologie Transfer
Münster	1) Ausländische Studentenvertretung 2) Internationales Zentrum der Universität	1) entwicklungspolitische Themen 2) entwicklungspolitische Themen

Tabelle 8.2-7: lokale Arbeitsgruppen und Aktivitäten zu Themen der Entwicklungspolitik oder der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern

Anerkennung des deutschen Medizinstudiums	hoher HDI Herkunftsland	mittlerer HDI Herkunftsland	niedriger HDI Herkunftsland	Zeilen summe
nein	8 (16,7%)	39 (81,3%)	1 (2,1%)	48
ja	2 (6,1%)	15 (45,5%)	16 (48,5%)	33
weiß nicht	1 (5,0%)	14 (70,0%)	5 (25,0%)	20
Spaltensumme	11 (10,8%)	68 (66,7%)	22 (22,5%)	101

Tabelle 8.2-8: Chiquadrat-Test: Anerkennung des deutschen Medizinstudiums in der Heimat mit HDI- Kategorie des Herkunftslandes, $p= 0,000072$ (höchst signifikant)

bevorzugtes Land für Famulatur/ Praktisches Jahr	Anzahl der Nennungen (in % der 42 Studierenden)
Großbritannien	17 (40%)
USA	15 (36%)
Iran	5 (12%)
Kanada, Schweiz	je 4 (je 10%)
Australien, Israel, Kamerun, Simbabwe, Südafrika	je 3 (je 7%)
Ghana, Indien, Jemen	je 2 (je 5%)
<u>Asien</u> : Asien (allg.), Malaysia, Pakistan, Philippinen, Südkorea, Syrien, Taiwan, Vietnam <u>Afrika</u> : Afrika (allg.), Malawi, Mali <u>Südamerika</u> : Brasilien, Nicaragua, Venezuela <u>Europa</u> : Europa (allg.), Spanien	je 1 (je 2%)

Tabelle 8.2-9: Wunschland für Famulatur/ Praktisches Jahr außerhalb Deutschlands

Befragung der ÄrztInnen

Herkunft	Studierende in den alten Bundesländern (Zeilenprozentuierung)	Studierende in den neuen Bundesländern (Zeilenprozentuierung)	Zeilen summe
hoher HDI	9 (100,0%)	0	9
mittlerer HDI	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5
niedriger HDI	5 (27,8%)	13 (72,2%)	18
Spaltensumme	17 (53,1%)	15 (46,9%)	32

Tabelle 8.2-10: Chiquadrat-Test: „neue“ und „alte“ Bundesländer mit HDI-Kategorie des Herkunftslandes, $p = 0,0003$ höchst signifikant

Grund für Studium in Deutschland	hoher HDI Herkunftsland (Zeilen- prozentuierung)	mittlerer HDI Herkunftsland (Zeilen- prozentuierung)	niedriger HDI Herkunftsland (Zeilen- prozentuierung)	Zeilen summe	p
gute Ausbildung	8 (30,8%)	4 (15,4%)	14 (53,8%)	26	0,84 ¹
fremde Kultur/ anderes Land kennen lernen	3 (17,6%)	4 (23,5%)	10 (58,8%)	17	0,22
Stipendium für Deutschland	0	1 (7,7%)	12 (92,3%)	13	0,00047
hohes Ansehen nach Studium in Deutschland	4 (33,3%)	1 (8,33%)	7 (58,3%)	12	0,63
kein Studienplatz im Heimatland	5 (50%)	2 (20,0%)	3 (30,0%)	10	0,11
Freunde, Bekannte, Verwandte in Deutschland	4 (57,1%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)	7	0,033
keine Studiengebühren	3 (50,0%)	0	3 (50,0%)	6	0,40 ¹
Spaltensumme pro Zeile ²	je 9 (28,1%)	je 5 (15,6%)	je 18 (56,3%)	je 32	

Tabelle 8.2-11: sieben Chiquadrat-Tests (bzw. exakte Tests nach Mehta und Patel bei Häufigkeiten < 7):
Gründe der ÄrztInnen für ein Medizinstudium in Deutschland und HDI-Kategorie Herkunftsland

¹ exakter Test nach Mehta und Patel wegen zu gering besetzter Felder beim Chiquadrat-Test

² Die „Spaltensumme pro Zeile“ ergibt sich aus den dargestellten „Positiv- Antworten“ und den hier aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht gezeigten „Negativ-Antworten“
(z. B. gute Ausbildung – hoher HDI: 8 „Positiv-Antworten“ und 1 nicht dargestellte „Negativ-Antwort“)

Beginn des Studiums	Anzahl (in %)
60er Jahre (1962, 1963)	2 (6%)
70er Jahre (1979)	1 (3%)
80er Jahre (1980 – 1982, 1984 – 1989)	30 (88%)
90er Jahre (1990)	1 (3%)
gesamt	34 (100%)

Tabelle 8.2-12: Beginn des Medizinstudiums in Deutschland

Ende des Studiums	Anzahl (in %)
60er Jahre (1969)	1 (3%)
70er Jahre (1975)	1 (3%)
80er Jahre (1986, 1988, 1989)	5 (15%)
90er Jahre (1990 – 1996)	27 (79%)
gesamt	34 (100%)

Tabelle 8.2-13: Ende des Medizinstudiums in Deutschland

Land der Tätigkeit im Praktischen Jahr	Anzahl der Antworten (in %)
Deutschland	23 (69,7%)
außerhalb Deutschlands (Heimatland/ ungeklärt)	10 (30,3%) (8/2)
gesamt	33 (100%)

Tabelle 8.2-14: Tätigkeitsland im Praktischen Jahr

Land der Tätigkeit als Arzt/Ärztin im Praktikum	Anzahl der Antworten (in %)
Deutschland	7 (23,3%)
außerhalb Deutschlands (Heimatland/ ungeklärt)	23 (76,7%) (21/2)
gesamt	30 (100%)

Tabelle 8.2-15: Land der Tätigkeit im AiP

Deutschland vor ... Jahren verlassen	Häufigkeit der Nennungen (in %)
weniger als einem Jahr	8 (22%)
ein Jahr	6 (17%)
zwei Jahre	4 (11%)
drei Jahre	5 (14%)
vier Jahre	6 (17%)
fünf Jahre	3 (8%)
sechs, sieben, acht, 19 Jahre	je 1 (je 3%)
gesamt	36 (100%)

Tabelle 8.2-16: Zeitraum seit dem Verlassen Deutschlands

Themen der Weiterbildungen	Häufigkeit der Nennungen (in % von 17 ÄrztInnen)
keine Spezifizierung	11 (65%)
internistische Themen	6 (35%)
HIV/ AIDS	4 (24%)
pädiatrische, chirurgische Themen, Hygiene und Parasitologie, Radiologie	je 3 (je 18%)
gesundheitspolitische Themen	2 (12%)
Anästhesie/ Notfallmedizin, Arzneimittel, Augenheilkunde	je 1 (6%)

Tabelle 8.2-17: Themen der Weiterbildungsveranstaltungen

Veranstalter der Weiterbildungen	Häufigkeit der Nennungen (in % von 17 ÄrztInnen)
Universität	15 (89%)
keine Spezifizierung	10 (59%)
Krankenhaus, fachspezifischer Verband	je 4 (je 24%)
ausländische Förderer/ WHO	3 (18%)
Pharmaindustrie	2 (12%)

Tabelle 8.2-18: Veranstalter der Weiterbildungen

Land	Anzahl der Studierenden	% der Studierenden	Anzahl lt. Befragung AA	% aller Stud. aus Afrika, Asien, Lateinamerika (n=3006)
Iran	52	51,0 %	1235	41,1%
Kamerun	8	7,8 %	123	4,1%
China	4	3,9 %	101	3,4%
Palästina	4	3,9 %	9	0,3%
Afghanistan	3	2,9 %	158	5,3%
Indien	3	2,9 %	50	1,7%
Indonesien	3	2,9 %	24	0,8%
Israel	3	2,9 %	140	4,7%
Sudan	3	2,9 %	81	2,7%
Jemen	2	2,0 %	25	0,8%
Nicaragua	2	2,0 %	4	0,1%
Pakistan	2	2,0 %	7	0,2%
Süd- Korea	2	2,0 %	80	2,7%
Syrien	2	2,0 %	96	3,2%
Vietnam	2	2,0 %	56	1,9%
Äthiopien	1	1,0 %	25	0,8%
Bolivien	1	1,0 %	6	0,2%
Irak	1	1,0 %	14	0,5%
Jordanien	1	1,0 %	142	4,7%
Mali	1	1,0 %	3	0,1%
Venezuela	1	1,0 %	2	0,1%
Ver. Arab. Emirate	1	1,0 %	4	0,1%

Tabelle 8.2-19: Herkunftsländer der ausländischen Studierenden der Humanmedizin:
Vergleich der Stichprobe der eigenen Befragung mit den Zahlen der Akademischen
Auslandsämter

Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich bei Herrn Professor Dr. Klaus Fleischer für die Überlassung des Themas, bei Herrn Priv.-Doz. Dr. August Stich für die wissenschaftliche Betreuung und Korrektur meiner Arbeit und bei Herrn Prof. Dr. Klaus Brehm für die Übernahme des Korreferates.

Ich danke den Studierenden und Ärztinnen und Ärzten für ihre Zeit und ihre Ideen beim Ausfüllen der Fragebögen, den Akademischen Auslandsämtern und den Mitarbeitern des Ärzteprogramms für ihre Kooperation bei der Versendung der Fragebögen.

Des Weiteren danke ich allen Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates: Herrn Prof. Dr. Hans-Jochen Diesfeld und Herrn Dieter Hampel vom ITHÖG (Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen) in Heidelberg, Herrn Karl-Heinz Hein-Rothenbücher vom Missionsärztlichen Institut in Würzburg, Herrn Dr. A. H. van Soest vom DIFÄM (Deutsches Institut für Ärztliche Mission) in Tübingen und Frau Prof. Monika Treber von der Katholischen Stiftungsfachhochschule in Berlin für die Beratungen hinsichtlich der Gestaltung der Fragebögen und der Vorgehensweise bei der Befragung der Studierenden bzw. der ÄrztInnen. Insbesondere danke ich Herrn Dieter Hampel, der durch seine intensiven Kontakte mit ausländischen Studierenden und die langjährigen Erfahrungen in den Seminaren für ausländische MedizinstudentInnen mich mit vielen wertvollen Tipps und Materialien im Vorfeld und im Verlauf der Fragebogenaktion unterstützte.

Für die Beratungen bei der statistischen Auswertung der Rücksendungen danke ich Frau Dr. Imme Haubitz vom Rechenzentrum der Universität Würzburg.

Ein herzliches Dankeschön an meine Mutter, die durch ihre liebevolle Kinderbetreuung entscheidend zu Fertigstellung der Arbeit beitrug. Danke meinem Vater und meiner Mutter, die mir das Studium ermöglichten.

Vielen Dank auch an meine Freundin Carmen und an Claudia, die mich in Gesprächen zum „Durchhalten“ ermutigten, wenn kein Ende abzusehen war.

Last but not least danke ich meinem Mann Raymond für seine tatkräftige Unterstützung bei Computerproblemen, für das Korrekturlesen und die Anregungen beim Layout und ganz besonders für den Rückhalt während des Verfassens der Arbeit.

Persönliche Daten

Name Ruth Strauß
Anschrift Dr.-Zinn-Str. 5
91126 Schwabach
Tel.: 09122 - 608353
Geburtsdatum 10.07.1971
Geburtsort Weißenburg
Familienstand verheiratet, zwei Kinder
Nationalität deutsch

Schulbildung

1977 - 1981 Grundschule in Nennslingen und Raitenbuch
1981 - 1983 Hauptschule in Nennslingen
1983 - 1987 Rudolf-Nebel-Realschule in Nennslingen
1987 - 1991 Werner-von-Siemens-Gymnasium in Weißenburg
1991 Abitur

Studium

1991 - 1993 Vorklinisches Studium an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
1993 - 1998 Klinisches Studium an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
1998 - 1999 Praktisches Jahr:
Dermatologie 04/98 - 08/98
 Universitätsklinik für Haut- und
 Geschlechtskrankheiten in Würzburg
Chirurgie 08/98 - 11/98
 Kantonales Spital in Herisau, Schweiz
 Chirurgische Universitätsklinik in Würzburg
Innere Medizin 11/98 - 02/99
 Missionsärztliche Klinik in Würzburg
05/1999 Abschluß des Studiums

Famulaturen

1994 Chirurgie, Städtisches Klinikum in Görlitz
1994 Innere Medizin, Missionsärztliche Klinik in Würzburg
1995 Gynäkologie und Geburtshilfe,
Tameside Hospital in Ashton-under-Lyne, England
1996 Allgemeinmedizin, Praxis Dr. Zinecker in Nürnberg
1996 Tropenmedizin und Dermatologie
gremaltes, Leprakrankenhaus in Madras, Indien

Berufliche Tätigkeit

07/1999 - 10/1999	Ärztin im Praktikum im Kantonalen Spital Herisau, Schweiz
10/1999 - 03/2000	Ärztin im Praktikum im Krankenhaus München Schwabing
04/2000 - 12/2000	Ärztin im Praktikum in der Missionsärztlichen Klinik, Würzburg
12/2000 - 12/2004	Elternzeit
01/2005 - 03/2006	Weiterbildungsassistentin zur Fachärztin für Allgemeinmedizin in der Gemeinschaftspraxis Dr. S. Garkisch und C. Krönert-Messing in Nürnberg
ab 04/2006	Assistenzärztin an der Chirurgischen Abteilung im Stadtkrankenhaus Schwabach

Promotion

Promotionsarbeit bei Prof. Dr. Klaus Fleischer zum Thema
"Studierende der Humanmedizin aus Entwicklungsländern an deutschen Hochschulen - Bewertung des Medizinstudiums in Deutschland und der Vorbereitung auf die Bewältigung von Gesundheitsproblemen in Entwicklungsländern"

Nebentätigkeiten

1994 - 1996	Sitzwache Medizinische Intensivstation der Universitätsklinik Würzburg
1997 - 1998	studentische Aushilfe im Pflegebereich der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg
01/98 - 06/98	Nachwachtätigkeit in der häuslichen Pflege
1995 - 1997	Tutorin von Anamnesegruppen an der Universität Würzburg mit begleitender Supervision (studentische Balint-Arbeit)

Persönliche Interessen

1984 - 1991	ehrenamtliche Tätigkeit in der kirchlichen Jugendarbeit der Heimatgemeinde
1991 - 1994	Mitarbeit im entwicklungspolitischen Arbeitskreis der Evangelischen Landjugend in Bayern
1993 - 1999	Mitarbeit im Brasilienarbeitskreis und als studentische Sprecherin an der Katholischen Hochschulgemeinde in Würzburg
Fremdsprachen	Englisch
Hobbys	Sport, Natur, Reisen

Schwabach im März 2006