

ZUR REINTEGRATION VON MEDIZINSTUDENTEN AUS ENTWICKLUNGSLÄNDERN

W. Bichmann, R. Görgen, M. Güldner, H.J. Diesfeld, Heidelberg

The reintegration of medical students from developing countries.

Summary:

In the last few years the situation of foreign students at west-german universities got worse in consequence of a reducing labour market and rigid quota for foreigners' matriculation.

This is mainly concerning Third World students, who share the greatest financial and professional problems and who are hardly to be (re-)integrated in the respective societies and labour markets.

For doctors from the developing countries meanwhile there is hardly any chance to get into west-german labour market. But there are as well many obstacles on their way home, reintegrating in their domestic health system, which lacks well educated doctors, mainly in rural and marginal regions.

Principal deficits of the reintegration process are:

- the unadequate curricula in West-Germany
- criticized as well in our own country - ,
- the political situation in the students' domestic countries,
- the recognition of foreign examinations and certificates at home and
- the lack of financial support and professional assistance.

In order to promote reintegrating Third World doctors the Heidelberg "Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen" launched a "Reintegration Programm for Doctors".

This programm offers a couple of education and training units for students and postgraduates, support in the search for practical vacancies as well as financial assistance.

Zusammenfassung:

Die Lage der ausländischen Studierenden hat sich im Zuge der verschlechterten Arbeitsmarktsituation und fester Ausländerquoten bei der Zulassung zum Studium an den bundesdeutschen Hochschulen in den letzten Jahren negativ entwickelt.

Besonders betroffen davon sind Studenten aus Entwicklungsländern, deren materielle und berufliche Absicherung am schwächsten ist und deren (Re-)Integration die größten Probleme bereitet.

Für Mediziner aus Entwicklungsländern gibt es kaum noch einen Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt. Doch auch der Reintegration in die heimischen Gesundheitssysteme sind etliche Riegel vorgeschoben. Neben den auch im Inland bemängelten Defiziten des bundesdeutschen Medizinstudiums bilden die politische Lage im Heimatland, die Anerkennung der im Ausland erworbenen Abschlüsse und mangelnde finanzielle Möglichkeiten die gravierendsten Reintegrationshindernisse.

Um die Rückkehr der Ärzte in die chronisch defizitären Gesundheitssysteme der Entwicklungsländer zu erleichtern, startet das Institut für Tropenhygiene, Heidelberg 1988 ein "Reintegrationsprogramm für Ärzte". Es vereint ein Bündel von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen mit Hilfen zum Praxiserwerb und materiellen Überbrückungshilfen.

1. Die gegenwärtige Lage von ausländischen Studierenden an bundesdeutschen Hochschulen.

Bringt schon der vorübergehende Aufenthalt in fremden Kulturkreisen neben zahlreichen Bereicherungen auch immer Integrations- und Reintegrationsprobleme mit sich, kann der Bildungsaufenthalt im Ausland - und hier im besonderen das Hochschulstudium - wesentlich den Verlauf der weiteren Existenz bestimmen.

Nachdem in der Ausbauphase der bundesdeutschen Hochschulen auch der Ausländeranteil unter den Studenten stetig anstieg und im Rahmen recht liberal gehandhabter Ausländerpolitik Aufenthalts- und Erwerbsmöglichkeiten für die angehenden und examinierten Akademiker vorhanden waren, haben sich im letzten Jahrzehnt die Bedingungen wesentlich verschlechtert.

Zum einen wurden im Rahmen der allgemeinen Zulassungsbeschränkungen auch Quoten für Ausländer festgesetzt (in der Medizin gegenwärtig bei 6%), zum anderen führten der Anstieg der Arbeitslosigkeit und die Diskussion um Flüchtlinge und Immigranten zu Zugangssperren und einer immer restriktiveren Behandlung von Aufenthalt und Erwerbstätigkeit von Ausländern.

Lohölter (8) nennt als die aktuell wichtigsten Probleme des Ausländerstudiums in der Bundesrepublik

- mangelnde Vorinformation,
- große Sprachprobleme,
- ungewohntes Lehr- und Lernsystem,
- ungesicherte Finanzierung,
- Isolation und Ausländerfeindlichkeit, sowie
- mangelnden Studienerfolg (hohe Abbrecherquote, Versagen in Prüfungen).

Betrachtet man die Perspektiven des Ausländerstudiums unter der Prämisse einer mittelfristig stabilen strukturellen Arbeitslosigkeit und bis zur Mitte der Neunziger Jahre überlasteten Kapazitäten unserer Hochschulen, so scheint sich eine ambivalente Entwicklung abzuzeichnen:

Die Studien- und Arbeitssituation von Ausländern aus EG-Staaten wird sich im Rahmen des für 1992 geplanten europäischen Binnenmarktes entscheidend verbessern. Generelle Anerkennung von Abschlüssen, Freizügigkeit, sowie Arbeits- und Niederlassungsfreiheit werden nach gewissen Anpassungsproblemen die Studienbedingungen denen der inländischen Kommilitonen nahezu angleichen.

Für Studierende aus Nicht-EG-Ländern bedeutet diese Entwicklung eine weitere Verschlechterung der

quantitativen und qualitativen Studiensituation, da sie die geringer werdenden (Rest-) Quoten und Möglichkeiten unter sich "aufteilen" müssen. Studenten aus Entwicklungsländern werden in diesem Prozess wiederum die schwächsten Startbedingungen vorfinden. Am Beispiel der Medizinstudenten soll nun auf diese Gruppe näher eingegangen werden, um danach in der Reintegrationsfrage Probleme und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

2. Perspektiven von Medizinstudenten aus Entwicklungsländern.

2.1. Medizinstudenten aus Entwicklungsländern: Anzahl, Herkunft und Schwerpunktgruppen.

Von den im Wintersemester 1985/86 an bundesdeutschen Hochschulen im Fach Humanmedizin Immatrikulierten 4.830 Ausländern kamen mit 2.167 Studenten etwa 45% aus den Entwicklungsländern. Hierbei werden im Gegensatz zu früheren Publikationen (Materialien, Nr.1) die EG-Länder Griechenland, Spanien und Portugal sowie Jugoslawien nicht einbezogen, da die rein quantitativen OECD-Kriterien der veränderten Datenlage jeweils angepaßt werden müßten und strukturelle Merkmale von Unterentwicklung die Zielgruppe besser charakterisieren.

Im folgenden gelten als "Entwicklungsländer" die Türkei und alle Staaten Lateinamerikas, Afrikas und Asiens mit Ausnahme von Japan, Südafrika und Israel. Auch in pragmatischer Hinsicht kommt man dabei den potentiellen Ansprechpartnern für eine Reintegration in entwicklungsländertypische Gesundheitssysteme (vgl.: Kap. 3.1.1.) weitaus näher als über weniger aussagekräftige quantitative Indikatoren (z.B.:BSP).

Eindeutiger Schwerpunkt der Herkunftsregionen waren der Nahe und Mittlere Osten. Von dort kamen mit 46% (1.011) nahezu die Hälfte aller Medizinstudenten aus

Entwicklungsländern (alle Daten für WS 85/86. Quelle: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden). Das übrige Asien stellte 20% (437) der untersuchten Gruppe, Afrika 9% (193) und Lateinamerika ganze 6% (121). Dagegen erreichte der Anteil der türkischen Medizinstudenten 19% (405).

Länderbezogen zeigten sich in der Statistik Schwerpunkte bei den Medizinstudenten aus dem Iran (26%), der Türkei (19%), Jordanien (8%), Indonesien (7%) und Afghanistan (6,6%). Alle anderen Nationen waren in kleinen Gruppen vertreten, das heißt an den verschiedenen Universitäten nur vereinzelt repräsentiert. Ausnahme: lokale Schwerpunkte durch Partnerschaften u.ä.

Eine vom Institut für Tropenhygiene, Heidelberg jüngst (SS 1988) durchgeführte Umfrage bei allen Universitäten mit medizinischen Fakultäten, deren Auswertung fast abgeschlossen ist, ergab für die letzten drei Jahre signifikante Verschiebungen in der hier betrachteten Zielgruppe.

So stieg die Gesamtzahl der Medizinstudenten aus Entwicklungsländern auf ca. 2.500 und ihr Anteil an der Gesamtzahl der ausländischen Kommilitonen auf knapp 50%.

Durch den immensen Zuwachs iranischer Studenten auf 38,2% verschob sich die Relation der Herkunftsregionen weiter zu ungunsten der entwicklungspolitischen Schwerpunktregionen, v.a. in Afrika und Lateinamerika (zusammen nur noch rund 10%). Länderbezogen ist bei nahezu allen Herkunftsregionen mit Ausnahme des Iran eine Stagnation, bzw. ein mehr oder weniger starker relativer Rückgang zu verzeichnen.

Die Aufgaben der Rückkehrförderung und beruflichen Eingliederung von Medizinern aus Entwicklungsländern bewegen sich demnach im Kräftedreieck zwischen entwicklungspolitischen Zielsetzungen (v.a. Afrika), der realen empirischen Verteilung der Zielgruppe (Iran, Türkei, Naher Osten) und den unterschiedlichen Reintegrationsvoraussetzungen ins Heimatland. In der Anlaufphase des Programms zeigt ein Abgleich

Tabelle 1: Medizinstudenten aus Entwicklungsländern an bundesdeutschen Hochschulen. Wintersemester 85/86.

ausländische Medizinstudenten:

4830

aus Entwicklungsländern:

2167 (=45%)

Schwerpunktregionen in % der EL:	Länderschwerpunkte in % der EL:
Mittlerer Osten: 723 (33%)	Iran: 575 (26%)
Übriges Asien: 437 (20%)	Türkei: 405 (19%)
Türkei: 405 (19%)	Jordanien: 174 (8%)
Naher Osten: 288 (13%)	Indonesien: 152 (7%)
Afrika: 193 (9%)	Afghanistan: 143 (6,6%)
Lateinamerika: 121 (6%)	

zwischen den neuesten Verteilungszahlen der Zielgruppe und den eingegangenen Anträgen auf Reintegrationsförderung deutlich die vorhandenen Rückkehrhindernisse in Krisengebieten wie Iran oder Afghanistan sowie bei den Studierenden mit unbefristeter Aufenthaltserlaubnis (Türkei). Herkunftsländer ohne Reintegrationshemmnisse weisen bei hohem Organisationsgrad der Studierenden in der Bundesrepublik und guten Informationsstrukturen auch ins Heimatland einen überproportional hohen Anteil an Anträgen auf (Indonesien).

Unter den türkischen Medizinstudenten befindet sich ein großer Anteil sogenannter Bildungsinländer, der aber noch nicht exakt quantifiziert wurde. Lohölter nennt für das Jahr 1982 etwa 30% Bildungsinländer unter allen ausländischen Studienanfängern (8). An der Universität Frankfurt hätten im WS 84/85 etwa 35% der für das Medizinstudium zugelassenen Ausländer einen bundesdeutschen Bildungsweg durchlaufen. Lohölter konstatiert:

"Bleibt es bei der Zulassung der Bildungsinländer über die jetzige 6%-Ausländerquote in der Medizin, wäre die Folge, daß die Zahl der auch schulisches und kulturell wirklich aus Entwicklungsländern stammenden Medizinstudenten sich weiter verringern würde." (8)

Bereitet die Integration von Bildungsinländern sicher geringe Probleme, so dürfte ihre Re-(?)Integration in die Gesundheitssysteme der Entwicklungsländer eher die Ausnahme darstellen.

2.2. Defizite des deutschen Medizinstudiums im Hinblick auf die Entwicklungsländer.

Die Probleme und Defizite des deutschen Medizinstudiums werden auch nach der fünften Novellierung der XAppO von 1987 weiter diskutiert. An dieser Stelle sollen sie nur aufgegriffen werden, sofern sie eine Relevanz für die Umsetzung in der Bundesrepublik (nicht) erworbener Kenntnisse in Entwicklungsländern besitzen. Neben reintegrationswilligen Ausländern sind davon selbstverständlich auch Inländer mit dem Berufsziel Entwicklung und Zusammenarbeit betroffen.

2.2.1.: Eine starke Theoriebelastung des Studiums vermittelt nicht die in Entwicklungsländern notwendigen und oft auch formal geforderten praktischen Kenntnisse und Erfahrungen (zum AiP vgl.: Kap. 2.3.).

2.2.2.: Die aktuelle Struktur des Curriculums läßt einer intensiveren Beschäftigung mit Problemen der Gesundheitsversorgung der Entwicklungsländer und Fragen der Tropenmedizin wenig Raum. Die für die Arbeit in der Dritten Welt entscheidende Behandlung der Präventivmedizin, der allgemeinen Hygiene, des öffentlichen Gesundheitswesens oder der Arzt-Patient-Kommunikation scheidet an einem weitgehend inflexiblen Stoff- und Prüfungsschema. In auffälliger Weise stimmen hierin die Vorschläge der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung für eine Reform der bundesdeutschen ärztlichen Ausbildung im allgemeinen (4) und die Empfehlungen des World University Service für eine stärkere Entwicklungsorientierung des Studiums überein (15; vgl. auch: Schormair (10), S.13). Beide fordern eine Möglichkeit zur intensiveren prüfungsrelevanten Beschäftigung mit Themen der öffentlichen Gesundheitssysteme, der Sozial- und Ethnomedizin, sowie außermedizinischer

Voraussetzungen von Krankheit/Gesundheit in Wahlpflichtveranstaltungen.

2.2.3.: Mangelnde Übertragbarkeit der hierzulande gelehrt und praktizierten Methoden, Anwendungen, etc. auf andere Regionen und Gesundheitssysteme.

2.2.4.: Ausgehend von Sprach- und Akkulturationsproblemen bringen die verwendeten Prüfungsmethoden (multiple choice tests) eine überdurchschnittliche Versagensquote von Ausländern und speziell von Studenten aus Entwicklungsländern. So haben vom Frühjahr 1978 bis zum Frühjahr 1983 40,1% der ausländischen Teilnehmer die ärztliche Vorprüfung nicht bestanden. Bei den Studenten aus Entwicklungsländern blieben sogar 48,5% erfolglos (deutsche Studenten = 16,6%) (Mat., Nr.1; zur Frage der Berücksichtigung individueller Studiervoraussetzungen vgl.: Schormair (10), 1988, S.12).

2.3. Approbation und Praxiserwerb in der Bundesrepublik.

Eine Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes in der Bundesrepublik ist derzeit für Mediziner aus Entwicklungsländern kaum noch zu erlangen. Die Sättigung des Arbeitsmarktes, nachdrängende starke deutsche Absolventenjahrgänge und eine restriktive Ausländerpolitik sind hierfür verantwortlich.

Jedoch bereits die unter großen Diskussionen ange-laufene AiP-Phase bereitet im Hinblick auf das Ausländerstudium etliche Probleme.

Obwohl die ausländischen Studierenden offiziell zur AiP-Phase zugelassen sind, steht zu erwarten, daß sie - den erwarteten allgemeinen Stellenmangel vorausgesetzt - die größten Schwierigkeiten bei der Stellensuche und damit bei der Vollendung der Ausbildung in der Bundesrepublik haben werden.

Nach ersten offiziellen Stellungnahmen (z.B. der Landesregierung Baden-Württemberg, siehe Landtagsdrucksache 10/516) wird den ausländischen Studierenden eine Wartezeit von einem halben Jahr, im Bedarfsfall bis zu maximal einem Jahr zugestanden. In dieser Zeit sind sie aufenthalts- und arbeitsrechtlich abgesichert. Danach droht die Ausweisung aus der Bundesrepublik, da die "erlaubnisbegründenden Faktoren" (Studium, Fortbildung) wegfallen.

Angesichts der Stellensituation für Deutsche und Ausländer verstärkt sich von daher aktuell der Trend, die Ableistung des AiP im Ausland zu ermöglichen.

Neben der Befürchtung, ohne die zuhause verlangte vollständig abgeschlossene Ausbildung dazustehen, bewirkt die Neuregelung eine allgemeine Verunsicherung potentieller Gaststudenten aus Nicht-EG-Ländern.

2.4. Hindernisse bei der Rückkehr in die Entwicklungsländer.

Auch dem Entschluß, in das Heimatland oder ein anderes Land der Dritten Welt zur Berufsausübung zurückzukehren, stehen etliche Hindernisse im Wege.

2.4.1. So studieren in der Bundesrepublik sowohl viele Ausländer aus Krisen- und Kriegsregionen als auch politisch Verfolgte, die nach der Flucht aus ihrem Heimatland um politisches Asyl nachsuchen. Eine Reintegration in das Herkunftsland ist in diesen Fällen ohne eine vorausgegangene Änderung der

politischen Verhältnisse undenkbar. Gerade in den oben genannten Schwerpunktgruppen besteht dieses Problem sehr häufig (Afghanistan, Jordanien/ Palästinenser, Iran, Türkei).

2.4.2. Eine große Rolle bei der Reintegration spielen nicht zuletzt die häufig fehlenden finanziellen Voraussetzungen.

Ca. 80% der Studenten aus Entwicklungsländern erhalten keine finanzielle Förderung und geraten somit, unter anderem bedingt durch geringe Zuerwerbsmöglichkeiten und erhöhte Studienanforderungen (Sprache), in finanzielle Engpässe. An eine materiell aufwendige Niederlassung im Heimatland (Flüge, Ausstattung, etc.) ist somit oft nicht zu denken.

2.4.3. Nach erfolgter Rückkehr stellt sich in vielen Ländern die Frage der Anerkennung der deutschen Abschlüsse. In Jordanien und Tunesien wird zum Beispiel vor der Zulassung eine zusätzliche medizinische Prüfung in englischer, bzw. französischer Sprache verlangt, während Ägypten, Indonesien, Irak, Nigeria und Jordanien ein Praxisjahr im Lande ("internship") voraussetzen (6 und 13). Türkische Ärzte müssen nach der Approbation eine Pflichtzeit in Gesundheitsstationen der peripheren Regionen absolvieren, eine gesundheitspolitisch durchaus sinnvolle Maßnahme, die aber die Reintegrationsbereitschaft nicht fördert. Hinzu kommt, daß Reintegranten bei der Vergabe von Arbeitsplätzen in den jeweiligen öffentlichen Gesundheitssystemen mangels vorher angebahnter Verbindungen häufig an letzter Stelle rangieren.

Zudem wird der Berufsstart durch Anpassungsprobleme an die zumeist völlig unbekanntem Spezifika der jeweiligen Gesundheitssysteme (angelsächsisch oder französisch geprägtes Ausbildungssystem, heimische Fachterminologie, Ökonomie des Gesundheitswesens, usw.) geprägt.

3. Das Reintegrationsprogramm für Ärzte.

3.1. Voraussetzungen für eine Reintegration von Medizinern aus Entwicklungsländern.

Die oben angerissenen Defizite des deutschen Medizinstudiums sowie die zusätzlichen Reintegrationshindernisse in den Herkunftsländern führen direkt zu der Frage nach den Voraussetzungen für eine positive Lösung der Reintegrationsproblematik.

3.1.1. Grundsätzlich spricht die zumeist chronisch defizitäre gesundheitliche Versorgung von weiten Teilen der Bevölkerung für eine Umkehrung des "brain drain" in Richtung Entwicklungsländer.

Dies gilt in besonderem Maße für die Länder, die noch einen akuten Ärztemangel aufweisen, aber auch für ländliche und marginale urbane Regionen statistisch besser "versorgter" Länder.

"Für viele Entwicklungsländer bedeutet schon eine verhältnismäßig geringe Zahl von im Ausland tätigen Ärzten einen unverhältnismäßig großen Verlust. Zu den Überlegungen, wie die medizinische Versorgung in den Entwicklungsländern verbessert werden könnte, gehört deshalb unbedingt eine Motivierung des Medizinstudenten, in sein Heimatland zurückzukehren, ebenso wie die theoretische und praktische

Qualifizierung für die Ausübung seines Berufes im Entwicklungsland." (15)

Der Bedarf an ärztlicher Versorgung ist also in den Herkunftsländern ungleich größer als auf dem gesättigten Gesundheitsmarkt der Industrieländer, wobei neben den ländlichen vor allem die randständigen Zonen der Großstädte die Hauptkrisengebiete markieren.

"Zumindest in den 70er Jahren galt die Faustregel, daß 3/4 der Bevölkerung der Entwicklungsländer in ländlichen Gebieten lebt, während sich 3/4 der zur Verfügung stehenden Ressourcen des Gesundheitswesens auf die städtischen Bevölkerungsgruppen konzentrieren." (Mat., Nr. 6)

Als Hauptprobleme der Gesundheitsversorgung in den Entwicklungsländern können hier nur stichwortartig die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit, die durch Mangelernährung und die hygienischen Verhältnisse hervorgerufene Mortalität bei "banalen" Infektionskrankheiten (Lungenentzündung, Masern, Durchfallerkrankungen) sowie die zahlreichen Fragen der Prävention und medizinischen Basisversorgung (PHC) angeführt werden (vgl. dazu: Bichmann, 1986, S.27-36).

Hinzu kommt: "Gesundheit ist jedoch nicht einfach durch medizinische Versorgung herstellbar. Sie hängt vielmehr ab von vielfältigen Einflüssen. Dementsprechend müssen auch die Interventionen zur Gesundheitsverbesserung bzw. Verhinderung von Krankheiten auf verschiedenen -auch nicht-medizinischen- Ebenen angesiedelt sein" (ebd.: S.31).

3.1.2. Nach der Auswertung aktueller und verlässlicher Daten über die Zusammensetzung der ausländischen Medizinstudenten gehört die Überprüfung der objektiven Reintegrierbarkeit (z.B.: Flüchtlinge) und vor allem die Respektierung des (nicht) vorhandenen subjektiven Reintegrationswillens der Betroffenen zur Grundvoraussetzung der Reintegrationsarbeit.

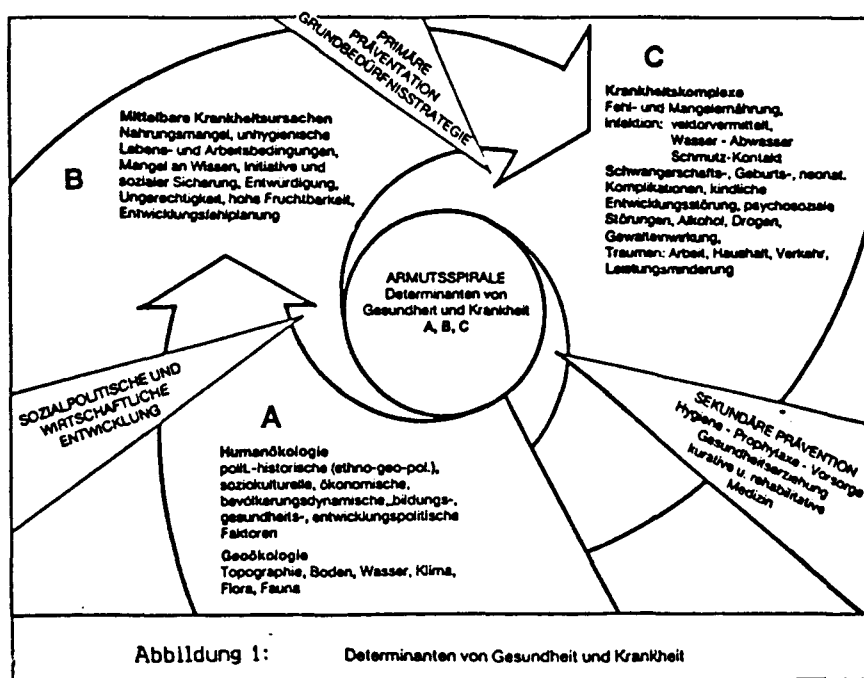
3.1.3. Solange die Vermittlung entwicklungsbezogener Inhalte und Erfahrungen (Tropenmedizin, PHC, etc.) nicht in die obligatorische oder wahlweise ärztliche Ausbildung hierzulande eingehen, bedarf es zusätzlicher studienbegleitender oder weiterbildender Lehrveranstaltungen nicht nur in Fragen der Tropenmedizin, sondern auch in den zahllosen angrenzenden Feldern, wie z.B. Fragen der Planung und des Managements peripherer Gesundheitsdienste, der Anleitung von paramedizinischem Personal, der Ökonomie des Gesundheitswesens, etc.

3.1.4. Nicht zuletzt führt die Analyse der Lage der ausländischen Studenten und potentiellen Reintegranten zu der Überzeugung, daß ohne angemessene und gezielt eingesetzte materielle Hilfe die inhaltlichen Bemühungen an den sozialen und ökonomischen Realitäten scheitern werden.

3.2. Prinzipien des Reintegrationsprogramms.

Das im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaftliche Zusammenarbeit 1988 anlaufende Reintegrationsprogramm für Ärzte wird von der Deutschen Stiftung für internationale Entwicklung (DSE) getragen und in gleichberechtigter Partnerschaft mit dem Institut für Tropenhygiene der Universität Heidelberg durchgeführt.

Es setzt die in den 70er Jahren begonnene Arbeit der



Friedrich-Thieding-Stiftung und des Centrums für internationale Migration (CIM) auf der Grundlage eines neuen Programmentwurfs und einer reformierten Programmstruktur fort.

Inhaltlich und organisatorisch baut das Programm dabei auf den Erfahrungen und Arbeitsergebnissen des von 1983-1988 von der Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung eingerichteten Modellversuchs "Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern" am Heidelberger Tropeninstitut auf.

* Reintegration beginnt bei Aufnahme des Studiums in der Bundesrepublik.

Nur wenn während des Studiums die spezifischen beruflichen Anforderungen des Entwicklungslandes im Blickfeld bleiben, ist gewährleistet, daß sich der zukünftige Arzt mit Fragen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern auseinandersetzt und das hier Gelernte im Hinblick auf die zukünftige Tätigkeit ergänzt bzw. korrigiert. So sind z.B. berufspraktische Erfahrungen im Rahmen von Famulaturen oder Praktischem Jahr im Heimatland wertvolle Möglichkeiten, Probleme vor Ort kennenzulernen und die für eine spätere erfolgreiche Arbeitssuche notwendigen professionellen Kontakte zu knüpfen. Die Bearbeitung einer wissenschaftlichen Fragestellung aus dem Bereich der Gesundheitssystemforschung, der Tropenmedizin oder der kulturvergleichenden medizinischen Anthropologie - um nur einige Möglichkeiten zu nennen - ist für den Studierenden aus einem Entwicklungsland sehr viel sinnvoller und fruchtbringender als die Auseinandersetzung mit einem Spezialgebiet medizinischer Versorgung im Industrieland. Somit hätte ein Reintegrationsprogramm, das erst nach Studienabschluß Angebote macht, wesentliche Chancen zur Förderung der Rückkehrmotivation und der Knüpfung beruflicher Kontakte verschenkt.

* Reintegration kann nur dann erfolgreich sein, wenn Förderungsangebot und individuelle Bedürfnisse sich ergänzen.

Somit ist es nicht Ziel, Medizinstudenten nach Abschluß ihres Studiums zur Heimreise zu bewegen - hierzu bedürfte es keines Reintegrationsprogramms, da dies auf ausländerrechtlichem Wege bewerkstelligt werden könnte. Vielmehr soll Medizinstudenten und Ärzten, die eine berufliche Reintegration anstreben, die Unterstützung gewährt werden, die ihnen eine Arbeitsaufnahme in ihrem Heimatland oder einem anderen Entwicklungsland ermöglicht oder erleichtert.

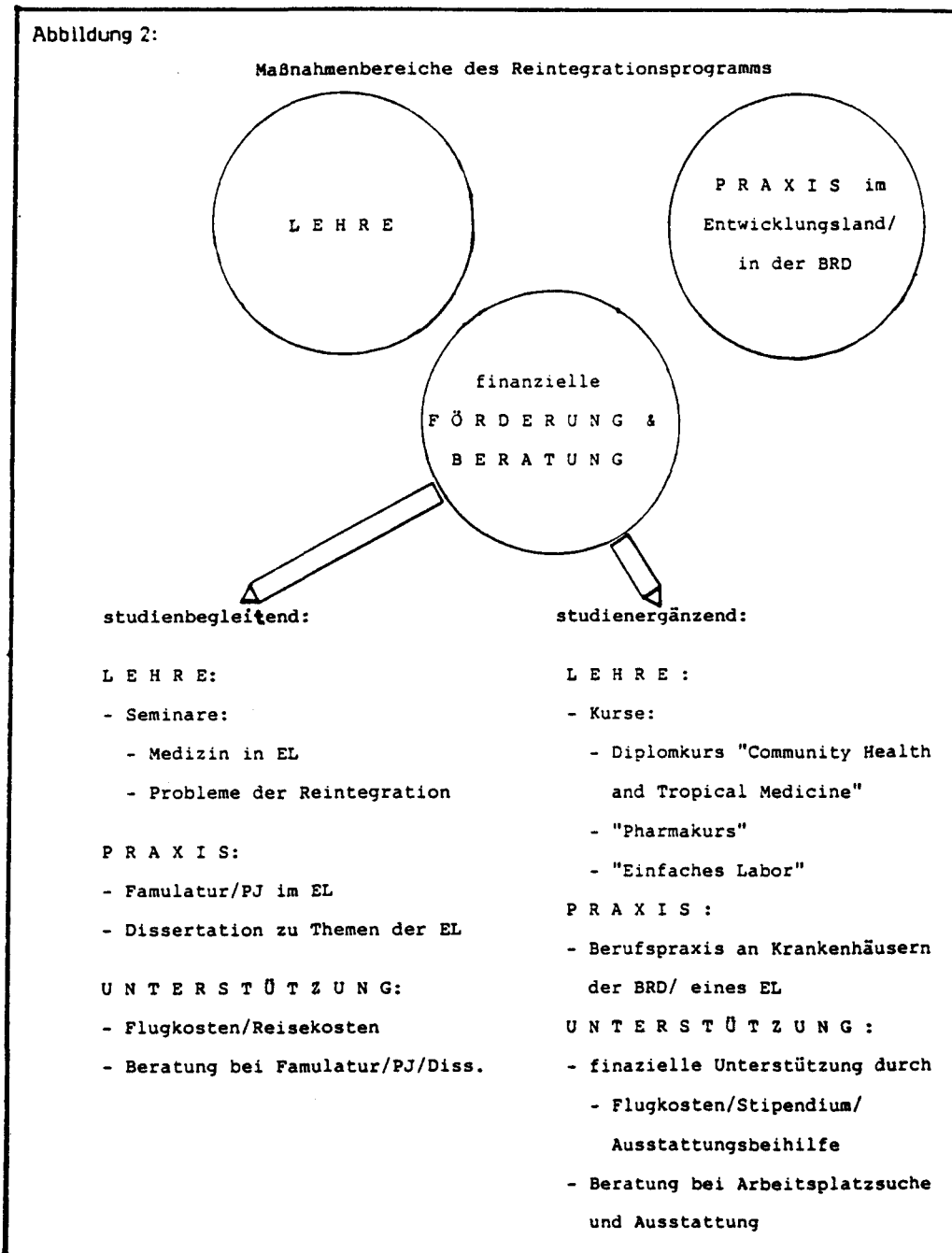
Somit ist Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme von Reintegrationsangeboten oberstes Prinzip.

* Reintegrationsangebote erfordern Kontaktpersonen und Netzwerke.

Um den spezifischen und sehr unterschiedlichen Bedürfnissen der Medizinstudenten aus Entwicklungsländern gerecht werden zu können, müssen für die fachlichen und organisatorischen Fragen Partner zur Verfügung stehen, die über die Probleme und Lösungsmöglichkeiten gut informiert sind und sowohl in der Bundesrepublik als auch in Entwicklungsländern über die notwendigen Kontakte verfügen. Dies kann selbstverständlich nicht bedeuten, daß für jedes Problem und für jedes Land die erforderlichen Kontakte und Lösungsmöglichkeiten auf Abruf bereit stehen. Die Tatsache aber, daß die Programmträger im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit langjährig tätig sind, deutet schon an, daß die hierdurch bestehenden Kontakte auch für die Reintegration von Medizinern genutzt werden können und sollen.

3.3. Ziele und Angebote des Programms.

Aus den zu erwartenden beruflichen Anforderungen einer ärztlichen Tätigkeit im Entwicklungsland und aus der Tatsache, daß das Medizinstudium hier in der Bundesrepublik Deutschland nur unzureichend auf diese Anforderungen vorbereitet, ergeben sich die Ziele und Maßnahmen eines Reintegrationsprogramms, das berufliche Eingliederung und Rückkehr fördern will.



Die Ziele des Reintegrationsprogramms können folgendermaßen formuliert werden:

1. Förderung sozialer und fachlicher Verbindungen zum Heimatland.
2. Ermöglichung eines im Heimatland anerkanntsfähigen Ausbildungsabschlusses durch:
 - Vermittlung entwicklungslandbezogener medizinischer Kenntnisse und durch
 - Vermittlung praktischer medizinischer Erfahrung.
3. Unterstützung der Arbeitssuche im Heimatland.

Um diese Ziele erreichen zu können, sind studienbegleitende und studienergänzende Maßnahmen notwendig.

Es müssen spezifische Lehrangebote gemacht werden, es besteht Bedarf am Erwerb berufspraktischer Erfahrungen hier und im Entwicklungsland und es besteht Bedarf an Beratung, Kontaktvermittlung und nicht zuletzt an finanzieller Unterstützung. Die Maßnahmen sollten aufeinander bezogen sein und sich soweit als möglich ergänzen:

Das Reintegrationsprogramm für Ärzte kann selbstverständlich nicht beanspruchen, für die Mehrzahl der in der Bundesrepublik studierenden Medizinstudenten aus Entwicklungsländern wirksame Unterstützung zu gewähren. Eine Platzierung der studienergänzenden Maßnahmen (Diplomkurs, Praxiserwerb) in die Wartezeit oder als Teil des AiP könnte in diesem neuen Problembereich zumindest für einen Teil der Betroffenen Lösungsmöglichkeiten anbieten.

Die oben genannten Probleme der Reintegration, wie z.B. die Unmöglichkeit in das Heimatland zurückzukehren, die Arbeitsmarktlage im Heimatland, private Hindernisse usw. sowie der begrenzte Rahmen des Programms selber, machen aber eine Konzentration der Anstrengungen auf die Reintegrierbaren und Reintegrationswilligen notwendig und sinnvoll.

4. Perspektiven.

Zur Erreichung einer besseren Ausrichtung der bundesdeutschen ärztlichen Ausbildung an internationalen Problemen und speziell an der Gesundheitsversorgung unter Armutbedingungen kann das Reintegrationsprogramm für Ärzte nur einen bescheidenen Teil beitragen. Von Nöten wäre ein integriertes Maßnahmenbündel von Curriculumreform, Weiterbildungsmöglichkeiten, studienbegleitenden Kursen in medizinischen und vor-, bzw. außermedizinischen Inhalten, sowie eine gewisse Internationalisierung der Ausbildung durch Austauschfamulaturen, PJ und andere Austauschprogramme.

Ebenso wird angeregt, die Aufnahme von Reintegranten in die (ländliche) Gesundheitsversorgung der Heimatländer durch ihre Einbeziehung in die Entwicklungsdienste der Industrieländer zu fördern.

Fernziel dieser Maßnahmen wäre dann eine multilaterale Ausbildung und Beschäftigung von Medizinern.

Der durch eine wechselseitige Anerkennung und Anpassung von Studiengängen, Abschlüssen, etc. geförderte Austausch unterschiedlicher Methoden und Sichtweisen medizinischer Versorgung könnte dazu beitragen, die im Moment noch bestehende Einbahnstraße internationaler Zusammenarbeit in eine gegenseitige Anregung zur Weiterentwicklung zu verwandeln.

5. Literatur.

1) Bichmann, W. 1986: Die Gesundheitssituation in der Dritten Welt. Aufgabenbereiche des Arztes und Anforderungen an die Ausbildung an bundesdeutschen Hochschulen, in: Bichmann, W. u.a. (Hg.) 1986, Modellversuch, Materialien Nr.6, a.a.O., S.27-38.

2) Diesfeld, H.J./Wolter, S. (Hg.) 1986: Medizin in Entwicklungsländern. Handbuch zur praxisorientierten Vorbereitung für medizinische Entwicklungshelfer, Frankfurt/M., Bern, New York, Nancy.

3) Galal, S. 1977: Ausländische Ärzte in Niedersachsen. Eine empirische Studie über "pull and push"-Faktoren, die zum "brain-drain" führen. Med. Diss., Hannover.

4) Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 1988: Empfehlungen für eine Verbesserung der ärztlichen Ausbildung, in: Medizinische Ausbildung 5/1, Mai 1988, S. 2-9.

5) Ghawami, K. 1986: Die Arbeit des WUS zur Medizinerbildung, in: Bichmann, W. u.a. (Hg.) 1986, Materialien Nr.6, a.a.O., S.185-186.

6) Kroeger, E./Donner, F. 1985: Fachgutachten zur Weiterentwicklung des Reintegrationsprogrammes für Ärzte aus Entwicklungsländern, Düsseldorf, S. 12-26.

7) Lohölter, R. 1985: Die Hürden werden immer höher, in: Deutsche Universitäts-Zeitung 11/1985.

8) ders. 1986a: Probleme des Ausländerstudiums in der Medizin. Bestandsaufnahme und Lösungsansätze, in: Die Medizinische Welt, 37, Nov. 1986, S.344-350.

9) ders. 1986b: Änderungen der Approbationsordnung. Auswirkungen für ausländische Studenten, in: Bichmann, W. u.a. (Hg.) 1986, Materialien Nr.6, a.a.O., S.47-65.

10) Schormair, Ch. 1988: Das Curriculum im Medizinstudium. Einige grundlegende Gedanken, in: Medizinische Ausbildung 5/1, Mai 1988, S.10-14.

11) Stevens, M. Werth 1982: Akademiker aus Entwicklungsländern in der Bundesrepublik Deutschland: Zwischen Brain Drain und Rückkehr, Saarbrücken/Fort Lauderdale.

12) Tawakoli, P. 1976: Integrations- und Reintegrationsproblematik der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden iranischen Ärzte und ihrer nach Iran zurückgekehrten Kollegen. Eine vergleichende Untersuchung, Diss., Bochum.

13) Van Elmeren, W./ Satzinger, W./ Schwefel, D. (Gesellschaft für Gesundheitsforschung e.V., München) 1984: Reintegrationshilfen für Ärzte aus der Dritten Welt. Evaluation der entwicklungspolitischen Förderung der Rückkehr und der beruflichen Eingliederung von Ärzten aus Entwicklungsländern, München, S. 80, 89, 159 und 170.

14) Wissenschaftsrat 1986: Empfehlungen zu Aufgaben, Organisation und Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten.

15) World University Service - Deutsches Komitee e.V. 1986: Ergänzende Maßnahmen für Medizinstudenten aus Ländern der Dritten Welt in der Bundesrepublik Deutschland, in: Bichmann, W. u.a. (Hg.) 1986, Materialien Nr.6, a.a.O., S.187-201.

Materialien des Modellversuchs: Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern am Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, Heidelberg.

Nr.1 Bichmann, W./Chikosi, W./Diesfeld, H.J./ Ndyanabangi, B./Sich, D. (Hg.) 1984: Ausländische Medizinstudenten in der Bundesrepublik Deutschland. Auswertung der Statistiken, Heidelberg.

Nr.2 Bichmann, W./Diesfeld, H.J./Sich, D. (Hg.) 1984: Medizin in Entwicklungsländern - praxisorientierte Lehre. Bericht über ein Expertenseminar (8./9.3.1984), Heidelberg.

Nr.3 1985: Medizin in Entwicklungsländern. Studienbegleit- und Reintegrationsseminar (30.9.-6.10.1984), Heidelberg.

Nr.4 Bichmann, W./Diesfeld, H.J./Sich, D./ Walzenbach, H. (Hg.) 1985: Medizin und Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Veranstaltungen des Modellversuchs im Sommersemester 1984, Heidelberg.

- Nr.5 Bichmann, W./Diesfeld, H.J./ Sich, D. (Hg.) 1985: Klinische Aspekte der Medizin in Entwicklungsländern I. Veranstaltungen des Modellversuchs im Wintersemester 1984/85, Heidelberg.
- Nr.6 Bichmann, W./Diesfeld, H.J./Ghawami, K./Kotenkar, A. (Hg.) 1986: Medizinerbildung für Entwicklungsländer aus studentischer Sicht. Dokumentation zweier Seminare des World University Service, Deutsches Komitee in Idstein, Februar und Juni 1985, Heidelberg.
- Nr.7 Reitmaier, P./Sich, D./Diesfeld, H.J./Bichmann, W. (Hg.) 1986: Klinische Aspekte der Medizin in Entwicklungsländern II. Innere Medizin und Chirurgie unter einfachen Bedingungen. Dokumentation der Lehrveranstaltungen im Sommersemester 1985, Heidelberg.
- Nr.8 Bichmann, W./Diesfeld, H.J./Reitmaier, P./Sich, D. (Hg.) 1986: Klinische Aspekte der Medizin in Entwicklungsländern III. Dokumentation der Lehrveranstaltungen im Wintersemester 1985/86, Heidelberg.
- Nr.9 Diesfeld, H.J./Ghawami, K./Görgen, R./Razum, O./Tautz, S. (Hg.) 1987: Multiplikatorenseminar Studienbegleitprogramm: Medizin in Entwicklungsländern, Heidelberg.
- Nr.10 Sich, D./Deigner, A./Diesfeld, H.J. (Hg.) 1987: Medizin und Kultur I: Einige Grundkonzepte der Ethnomedizin. Ethnomedizinisches Literaturseminar, Colloquium und Blockseminar Sommersemester 1987. Dokumentation der Lehrveranstaltungen, Heidelberg.

Dr. Wolfgang Bichmann,
Regina Görgen,
Matthias Güldner,
Prof. Dr. Hans Jochen Diesfeld
Institut für Tropenhygiene und öffentliches
Gesundheitswesen am Südostasien Institut der
Universität Heidelberg (ITH-ÖG)
Im Neuenheimer Feld 324
D-6900 Heidelberg