

# Gesundheit braucht Politik

verein  
demokratischer  
ärztinnen und  
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 2/2020 | Solibetrag: 5 Euro

Erweitert euren Horizont!

 **BASISGRUPPE  
MEDIZIN**



**Ausbildung in  
GESUNDHEITSBERUFEN  
– noch zeitgemäß?**

# Inhalt

- 3 Editorial
- 4 Medizinische Ausbildung braucht Politik. Kritische Medizinstudierende im Gespräch
- 7 Plädoyer für eine Neuorientierung. Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung
- 10 Tobias Henke: Der Grundstein ist gelegt, das Haus steht noch nicht. Zur neuen Approbationsordnung
- 12 Kai-Uwe Helmers und Anke Kleinemeier: Verschärfung der sozialen Kluft. Über private Studiengänge Humanmedizin in Hamburg – und die Reaktionen auf ihre Kritik daran
- 16 Verschult, veraltet, borniert. Was Medizinstudierende von ihrem Studium halten
- 18 Udo Schagen: Viele Probleme schon damals gelöst. Zum Studium der Medizin in der DDR
- 23 Gerd Dielmann: Unausgegoren... Zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen
- 27 Auf die Ohren... Unabhängige Radioprogramme von Medizinstudierenden. Interview mit »Heile Welt Podcast« und »Kritis on Air«
- 29 Michael Janßen: Oh wie schön ist Kanada. Bericht von einer Hospitationsreise
- 30 Ein Leben lang gegen reduktionistische Medizin. Nachruf auf Prof. Gerhard Baader

## »Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin« – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdää ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren. Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de)

# Termine

- 06.-08. November **Jahreshauptversammlung** und Gesundheitspolitisches Forum des vdää in Berlin
- vdää-online Veranstaltungen**
- 09. Juli, 19:30 Uhr Die Ausbruchssituation von Covid19 in ausgewählten Ländern Afrikas – Diskussion mit Anna Kühne
- 17. Juli, 19:30 Uhr Die kommenden Verteilungskämpfe werden hart – Diskussion mit Felix Ahls und Nadja Rakowitz über eine solidarische Bürger\*innenversicherung als ein Gegenentwurf zur kommenden Austeritätspolitik
- 21. Juli, 19:30 Uhr Krise als Chance auf eine Abkehr von der Ökonomisierung und DRG? – Diskussion mit Peter Hoffmann über die aktuellen Proteste der Krankenhausbeschäftigten

## Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

## Redaktion

Felix Ahls, Luca Baetz, Elena Beier, Moritz Koopmann, Thomas Kunkel, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Cevher Sat, Jonas Schaffrath, Andrea Schmidt, Rafaela Voss, Ben Wachtler, Bernhard Winter

## Impressum

Gesundheit braucht Politik 2/2020  
ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte  
V.i.S.d.P. Thomas Kunkel /  
Bernhard Winter

## Bilder dieser Ausgabe

Die Bilder dieser Ausgabe kommen von verschiedenen Gruppen der Kritischen Medizinstudierenden, von ver.di, der ver.di Jugend und von verschiedenen Bündnissen für mehr Personal.

## Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal  
Telefon 0 61 81 – 43 23 48  
Mobil 01 72 – 1 85 80 23  
Email [info@vdaee.de](mailto:info@vdaee.de)  
Internet <https://www.vdaee.de/>  
<https://gpb.vdaee.de/>

Bankverbindung:  
Postbank Frankfurt  
IBAN: DE97500100600013747603  
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout Birgit Letsch  
Druck Hoehl-Druck

# Editorial

Diese Ausgabe von *Gesundheit braucht Politik* handelt von verschiedenen Aspekten rund um das Thema Aus- und Weiterbildung medizinischer Berufsgruppen. Zu Beginn der Corona-Krise gerieten Medizinstudierende in den Fokus, als sie aktiv von der Politik, den Uniklinika und Gesundheitsämtern angefragt worden sind, zu helfen und Personal aufzustocken<sup>1</sup>. Im Verlauf der Krise unterzeichnete Gesundheitsminister Jens Spahn auch eine Verordnung, um mehr Medizinstudierende kurz vor dem zweiten Staatsexamen in die Kliniken zu holen<sup>2</sup>. Er sagte, dass »der Einsatz der Studentinnen und Studenten [...] belohnt [...] und nicht bestraft«<sup>3</sup> werden müsse. Somit boten viele Studierende ihre Hilfe an und arbeiteten in der Pflege, im Gesundheitsamt, in Fieberambulanzen oder an Corona-Hotlines. Doch Materialmangel, schlechte oder fehlende Vergütung, mangelnde Wertschätzung und die unklare Aufgabenverteilung machten vielen Helfenden zu schaffen und stellten das Versprechen von Spahn infrage<sup>4</sup>. Es liegt die Vermutung nahe, dass so in einfacher Weise, schnell und effizient schon lang dagewesene Lücken im Gesundheitssystem gestopft werden sollten.

Mit diesem Thema beschäftigen sich zum Beispiel auch Gruppen von kritischen Medizinstudierenden. Doch wer sind überhaupt die sogenannten *KritMeds*, die sich in den letzten Jahren in vielen Städten gegründet hatten und eine Vielzahl von Veränderungen fordern? In diesem Heft finden sich drei Beiträge von Medizinstudierenden, die einen Einblick in den politischen Aktivismus derer geben sollen. Zu Beginn könnt Ihr einen Auszug eines Online-Gesprächs von uns fünf Studierenden aus den KritMed-Gruppen Freiburg, Göttingen und Halle (Saale) lesen, in dem Ihr erfahrt, was uns antreibt und wie sich unsere Gruppen organisieren. Hendrik van den Bussche, Udo Schagen und Norbert Schmacke erörtern Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung und stellen ein Konzept zur Neuorientierung vor. Dabei betonen sie vor allem Qualitätsmängel und uneinheitliche und unbezahlte Zeiten für Lehre während der Facharzt\*innenausbildung und fordern eine bessere Verzahnung von Praxis und Theorie auch über die Approbation hinaus. Vor der Corona-Pandemie sorgte der »Masterplan Medizinstudium 2020« und die daraus entstehenden Änderungen der Approbationsordnung für einige Debatten. Dabei scheinen Ziele wie mehr Praxisbezug und die Stärkung der kommunikativen und sozialen Fähigkeiten von angehenden Ärzt\*innen auf den ersten Blick als sinnvoll, wenn nicht sogar längst überfällig. Tobias Henke von der AG Gesundheitspolitik der bvmd (*Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland*) beleuchtet und kommentiert in seinem Artikel weitere Details der Änderungen der Approbationsordnung.

Außerdem nehmen wir die Strukturen von privaten Universitäten in den Blick, in denen sich die Chancengleichheit der Studienplatzvergabe für ein Medizinstudium als nichtig darstellt. Dabei ist unübersehbar, welche Studierende sich ein

Medizinstudium für Semestergebühren im mindestens fünfstelligen Bereich leisten können. Anke Kleinemeier und Kai-Uwe Helmers schildern und kritisieren die Situation in Hamburg, wo es gleich mehrere Möglichkeiten gibt, privat Medizin zu studieren und sie gehen zudem auf die Reaktionen auf ihren Artikel im Hamburger Ärzteblatt ein.

Extra für diese Ausgabe haben wir außerdem Medizinstudierende aus unterschiedlichen Städten gefragt, was sie an ihrem Studium stört, welche Themen unterrepräsentiert sind, wie sie Lehre und Studienorganisation verbessern würden und welche Veränderungen sie sich für die Zukunft wünschen würden. Zudem gibt uns Udo Schagen mit seinem Text über das Medizinstudium in der DDR einen Einblick in Ausbildungskapazitäten, Zulassung zum Studium sowie Stipendien und Frauenförderung, die zwar Vergangenheit, aber nichtsdestotrotz fortschrittlich sind. Er erörtert die Bedeutung des Akademikerverlusts an die BRD vor 1961 und fasst Ausbildungsziele der Hochschulen zusammen. Gerd Dielmann legt in seinem Text den Schwerpunkt auf die Bildungsreform in

Pflegeberufen. Er fasst die Neuerungen der Bildungsreform der Pflegeberufe durch das Pflegeberufsgesetz vom 17.07.2017 sowie der Ausbildungs- und Prüfungsordnung vom 02.10.2018 zusammen, zeigt Fortschritte und Lücken auf und kritisiert unter anderem die unklaren Berufsaussichten von Hochschulabsolvent\*innen.

Als ein etwas anderes Format stellen sich der »Heile Welt Podcast« sowie die »Kritis on Air« vor, zwei Podcasts (Audioformate) von Medizinstudierenden, die sich mit der gesellschaftspolitischen Seite der Medizin und des Gesundheitssystems auseinandersetzen. Obwohl sich ein großer Teil des Heftes kontextual im Rahmen des Medizinstudiums befindet, ist es uns auch im Sinne der zunehmenden Relevanz interdisziplinären Arbeitens sehr wichtig, dass nicht nur über die ärztliche Ausbildung gesprochen wird. In diesem Heft ist uns das nur ansatzweise geglückt. Ob es uns gelingen wird, ein weiteres Heft zu machen, das noch ein größeres Augenmerk legt auf die Ausbildung in Pflegeberufen sowie auf die Rahmenbedingung der Ausbildungen von Psychotherapeut\*innen, Hebammen, Physio- und Ergotherapeut\*innen, Logopäd\*innen, MTAs und MFAs, wird die Zukunft zeigen.

*Wir wünschen euch viel Spaß beim Lesen,  
die Kritmeds aus Göttingen, Halle (Saale) und Freiburg*

1 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111190/COVID-19-Aufrufe-an-medizinisches-Personal>

2 <https://www.tagesschau.de/inland/medizinstudenten-101.html>

3 <https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/jetzt-live-corona-update-von-gesundheitsminister-spahn,Ru3iEYK>

4 <https://transit-magazin.de/2020/05/stimmen-aus-dem-systemrelevanten-sektor/>

# Medizinische Ausbildung braucht Politik

## Kritische Medizinstudierende im Gespräch

Es ist ein alltäglicher Moment dieses Semesters, fünf Student\*innen vor dem Bildschirm, Webcam an, Mikrophone aus – so lang sie nicht selbst sprechen. Doch dies ist keine Online-Vorlesung und auch kein Seminar. Die fünf Studis sind nicht einmal alle an derselben Uni. Moritz und Rafaela studieren in Halle, Elena in Freiburg, Cevher und Luca in Göttingen. Und heute wird es nicht darum gehen, was im Studium passiert, sondern, was so alles nicht passiert. Die fünf sind Teil von kritischen Studierendengruppen, Sintoma in Halle, die Basisgruppe Medizin in Göttingen und Kritische Mediziner\*innen in Freiburg. Wir hören mal rein...

**Moritz:** Naja, wir haben uns nicht mit großem Plan gegründet. Es war eigentlich eher so eine Freundeskreis-Idee. Wir waren Leute, denen es ähnlich ging mit dem Medizinstudium und dann haben wir 2018 einfach in einer WG-Küche gestartet.

**Rafaela:** [nickt] Schon krass, wenn man bedenkt, dass wir mittlerweile mehr als 30 Aktive sind.

**Luca:** Wahnsinn, so einen personellen Rückhalt haben wir leider nicht. Wir sind so 20 Aktive.

**Cevher:** Im Plenum meist eher weniger – wie es eben allen so passt. Nicht jede\*r hat die Ressourcen, um neben Studium und gegebenenfalls Arbeit wöchentlich Zeit und Energie für ein zusätzliches Engagement aufzubringen. Das wissen wir und nehmen entsprechend Rücksicht darauf.

**Elena:** Bei uns schwankt die Anzahl von Aktiven von Semester zu Semester, je nach individuellen Kapazitäten. Wir hatten uns vor vier Jahren nach dem Vorbild der *Kritischen Mediziner\*innen* aus Berlin gegründet, mit denen wir uns von Beginn auch vernetzt hatten.

**Moritz:** Wir haben auch ganz schön was aufgewirbelt mit unserer Gründung. Es ging scheinbar vielen Leuten so wie uns, dass sie sich in den bisherigen universitären Strukturen einfach nicht repräsentiert gesehen haben.

**Cevher:** Das ist ein ewiges Thema. Hier in Göttingen gibt es die *Basisgruppe Medizin* schon seit den 70ern.

Gegründet hat sie sich aus ähnlichen Gründen: um Kritik an den hierarchisierten Strukturen zu äußern, aber auch um politischen Einfluss auf das Leben und Lernen in der Uni zu nehmen.

**Luca:** [verdreht die Augen] Und da sind wir heute immer noch dran. Nur, dass wir uns jetzt auch mit den Gesamtbedingungen im Gesundheitssystem befassen.

**Elena:** So viele Studis kamen schon zu uns und hatten sich gefragt, warum sie beispielsweise noch nie etwas von der DRG-Kritik gehört hatten, obwohl es im fünften Semester eine Vorlesung zu Gesundheitsökonomie gibt. Oftmals war die Antwort, dass die Vorlesung nicht sehr ansprechend aufgebaut war oder andere größere Fächer einfach den Vorrang hatten und es keine Zeit gab, sich damit zu beschäftigen.

**Rafaela:** Es ist schon krass, dass dieses existierende System kaum hinterfragt wird. Ich bin jetzt fast am Ende meins Studiums und habe für meine Dissertation weder gelernt, zu hinterfragen, wer Wissen produziert, noch, wie ich eigentlich so richtig wissenschaftlich arbeite.

**Cevher:** Es gibt ja auch keinen angemessenen Raum dafür an der Uni. Den müssen wir uns, zumindest hier in Göttingen, selbst schaffen, um endlich über die Verknüpfung von Gesellschaft und Medizin zu sprechen. Doch eine Parallelstruktur sollte nicht unser Endziel sein – die Themen müssen in der Lehre verankert werden!

[Alle nicken]

**Elena:** Wir hatten innerhalb unserer Gruppe letztes Semester das Überthema »Soziale Determinanten von Gesundheit« behandelt und uns allen ist aufgefallen, dass zum Beispiel der sozio-ökonomische Status und die Verhältnisse, in denen Menschen leben, als Ursache mancher Krankheiten oder als Faktor, der Situationen verschlechtern kann, so gut wie nie Thema im Studium ist.

**Cevher:** Das Motto der Basisgruppe »Medizin ist eine soziale Wissenschaft« ist für mich da essentiell. Wir brauchen einen institutionalisierten Raum, der eine Sensibilisierung für die Vielfalt an Menschen und Lebensrealitäten, denen wir in unserer Arbeit begegnen, ermöglicht. Es muss doch noch Platz für soziale Kompetenzen neben dem ganzen Faktenwissen geben!

**Rafaela:** Mich nervt dieser scheinbare Widerspruch sowieso total. Eine kontinuierliche Reflexion der eigenen Position und das aktive Zurücknehmen voreiliger, auf Stereotypen basierender Werturteile ist doch absolute Fachkompetenz und steht in keinerlei Widerspruch zu Faktenwissen. Studien zeigen doch, wie sehr Menschen unter all diesen ganzen rassistischen, heteronormativen und ausgrenzenden Selbstverständlichkeiten leiden. Rassismus und Sexismus in der Medizin sind real.

[Alle schweigen betroffen]



**Moritz:** Ich halte unsere Arbeit im Studium daher für einen wichtigen Anknüpfungspunkt. Schon während der medizinischen Ausbildung sollten wir sensibilisiert und darin geschult werden, Patient\*innen – auch wenn sie nicht einer angenommenen Norm entsprechen – bedürfnisorientiert zu behandeln.

**Cevher:** Was macht Ihr denn so, um Eure Kommiliton\*innen zu erreichen? Normalerweise organisieren wir zum Beispiel Veranstaltungen und Workshops zu den Themen. Wir hatten letztes Semester eine Diskussion zur Bürger\*innenversicherung.

**Elena:** Wir versuchen auch, mit Veranstaltungen oder Aktionen wie Kundgebungen oder Demonstrationen Studis und andere interessierte Leute zu erreichen. Oftmals haben wir gemerkt, dass es sinnvoll ist, medial präsent zu sein und dass wir politischen Druck ausüben können, wenn mit der lokalen Presse Interviews geführt werden. So haben wir dafür gekämpft, dass das Thema Schwangerschaftsabbruch endlich im Studium integriert wird. Und es hat geklappt!

**Rafaella:** Respekt dafür! Wir fanden von Anfang an wichtig, auch außerhalb des Mikrokosmos Uni aktiv zu sein, und wir haben uns z.B. am Aktionstag Pflege im Fokus beteiligt oder Stolper-

steine geputzt und uns mit der Vergangenheit der Medizin auseinandergesetzt. So sind wir schließlich auch zur Gedenkstätte Buchenwald gefahren.

**Moritz:** Wir hatten mehr Anmeldungen als Plätze für den Besuch. Wir werden das auf jeden Fall nochmal machen.

**Luca:** Was wir aus Göttingen auf jeden Fall noch weiterempfehlen können: Letztes Semester haben wir ein Regal in der medizinischen Bibliothek organisiert. Mit Lektüre zu Global Health und Social Sciences, um den Zugang zu gesundheitspolitischem Wissen zu erleichtern. Dazu haben wir einen Antrag für Unigelder gestellt und bewilligt bekommen!

**Cevher:** Und jetzt haben wir uns gefragt: *»Wie kriegen wir in diesen Zeiten unsere Themen unter die Leute?«* Seit einem Monat nutzen wir daher einen Telegram-Kanal, wo wir alle zwei Tage Inhalte posten, die wir spannend finden. Alles rund um das Thema Gesundheitspolitik. Wir hoffen, dass wir so vielleicht ein paar mehr Leute erreichen und zeigen, was so außerhalb unserer Lehrbücher geht.

**Rafaella:** Bildung und Weiterbildung sind natürlich unerlässlich! Auf die Straße zu gehen, für unsere Interessen zu demonstrieren, ist jetzt mindestens genauso wichtig. Darum haben wir ge-

meinsam mit anderen politischen Akteur\*innen unter dem Motto Vergesellschaften statt Klatschen eine ganze Aktionswoche im Mai organisiert, da war alles dabei: Ökonomisierungskritik, soziale Verhältnisse, Feminismus, Antirassismus und diese in Bezug auf Gesundheit.

**Luca:** Man muss sich immer wieder vor Augen halten, wie wichtig die ganzen Bündnisse sind, die wir so schaffen. Wir geben daher immer wieder DemoSani-Workshops für verschiedene politische Gruppen in Göttingen und haben so auch nochmal mehr gemerkt: Gesundheit braucht eben Politik.

**Cevher:** Das fängt schon an der Uni selbst an. Wir sind hier mit anderen Basisgruppen in einem Bündnis vernetzt und wollen über unsere Fächergrenzen hinweg kritische Wissenschaft vorantreiben.

**Elena:** Genauso hatten sich in Freiburg die Kritischen Einführungstage gegründet, um den Einstieg in linke Politik für neue Studierende zu erleichtern. Ich wäre echt froh gewesen, wenn es das schon vor ein paar Jahren gegeben hätte! Leider bin ich nur bei einer klassischen Stadt-Ralley der Fachschaft Medizin mit viel Alkohol, nackter Haut und peer pressure gelandet, was ich im Nachhinein echt ätzend fand. Hier entsteht gerade ein Arbeits-

kreis Awareness von verschiedenen Fachschaften, bei dem wir gerne mitwirken wollen, um bei solchen Aktionen eine Gegenstimme anbieten zu können.

**Moritz:** Es ist so hilfreich, sich auszutauschen, eine Gegenmeinung zu repräsentieren. Und auch Menschen zu haben, mit denen ich darüber reden kann, wie es mir damit geht.

**Rafaela:** Und gemeinsam Worte zu finden. Ich habe so viel dazugelernt in den anderthalb Jahren, die wir aktiv sind. Sowas wie Critical Whiteness lerne ich definitiv nicht im Studium. Und der Kontakt zu anderen Gesundheitsorganisationen ist ja auch etwas ganz Besonderes. Zum Beispiel auch der *vdää*, über den wir fünf jetzt ja verbunden sind.

**Cevher:** Definitiv, solche Organisationen und Bündnisse erlauben es uns, diesen Zwischenzustand zu überbrücken als Studierende zwischen Anfänger\*in und Expert\*in. Oft habe ich dieses Gefühl ›*Wir sind nicht so richtig Arbeitende im Gesundheitssystem, aber gleichzeitig doch schon ein Teil davon*‹ – daher ist es schon jetzt sinnvoll, und nicht zu früh, weiterzudenken, ich meine über das Studium hinaus. Dabei ist es ermächtigend zu sehen, dass auch die, die schon lange im *vdää* dabei sind, uns zuhören und von uns genauso lernen können, wie wir von ihnen.

**Luca:** Der Gedanke an den Krankenhausalltag ist erschreckend. Viele von uns sind daher im Göttinger *Supportbündnis Tarifvertrag* und kämpfen in der Gewerkschaft für bessere Arbeitsbedingungen, zuletzt für die Gastronomie und die Servicekräfte hier am Uniklinikum.

**Moritz:** Da denk ich außerdem an *Krankenhaus statt Fabrik*. Mir gefällt der Gedanke, Arbeitsbedingungen jetzt schon zu transformieren. Aber dabei eben nicht nur eine bessere Zukunft für Ärzt\*innen anzustreben, sondern für uns alle im Gesundheitswesen.

**Cevher:** Ich finde diesen Zukunftsblick auch nötig, wenn man sich so die Probleme der Welt anschaut. Wir waren daher an der Gründung einer *Health 4 Future* Ortsgruppe beteiligt, um zu zeigen: Wir schauen über den Tellerrand hinaus. Klar gibt es unser wöchentliches Plenum. Aber manche Themen überschreiten unsere Kapazitäten und machen ein Engagement in anderen Kontexten notwendig.

**Luca:** In der Basisgruppe treffen wir Entscheidungen basisdemokratisch. Manches können wir nicht mit allen entscheiden, aber wir sind alle gleichberechtigt. Besonders vor der Redeliste.

**Elena:** Das Prinzip der doppelt quotierten Redeliste finden wir super praktisch, obwohl es sich anfangs auch ein wenig starr und unpersönlich angefühlt hatte. Aber es hilft, den Plena und Diskussionen bei Veranstaltungen Struktur und auch Frauen\* mehr das Wort zu geben.

**Moritz:** Wir mussten erstmal in diese Arbeitsweise reinkommen. Wir waren zwar voller Tatendrang, aber wir hatten ja nichts, worauf wir aufbauen konnten. Und zack, hatten wir plötzlich fünf Plätze im Fachschaftsrat, aber kein Geld für irgendwas. [lacht]

**Rafaela:** Das Thema Finanzierung ist wirklich noch ein Knackpunkt für die Zukunft ...

**Luca:** Da haben wir es leichter. Die Basisgruppe hat sehr lange die O-Phasen-Parties organisiert und wir hatten dank unserer Vorgänger einiges, womit wir unsere Ideen so finanzieren konnten. Zum Beispiel bringen wir jedes Semester ein Ersti-Heft, die *Med-Info*, raus, in der wir eigene Texte zu aktuellen Themen, die uns interessieren, drucken und damit andere für die Themen motivieren wollten. Man braucht kein gesundheitspolitisches Vorwissen, um Alternativen und kritisches Denken zu erlernen. Darum gibt es bei uns einmal im Semester ein Einstiegsplenum für alle, die Lust auf mehr linke Gesundheitspolitik haben.

**Moritz:** Die Frage, wie man noch mehr Medizinstudierende politisieren kann, sitzt uns immer im Nacken. Oft stößt man auf Widerstände.

**Elena:** Ja, das finden wir auch. So oft mussten wir auf Nachfrage erklären, warum es uns als Fachschaftsgruppe geben soll und was der Mehrwert denn sei.

**Luca:** Aber genau das meinen wir bei der Basisgruppe, wenn wir mehr Weitsicht im Studium fordern. Für uns ist das ganz klar die Aufgabe der Lehre, dies zu fördern.

**Rafaela:** [nickt] Ich glaube, es hilft nicht, die Angepasstheit zu kritisieren. Das wird meist eher als Angriff aufgefasst und drängt Menschen von uns weg.

**Moritz:** Wir müssen da weitermachen, wo die Lehre aufhört: Auf bestehende Lücken hinweisen, denn nur so realisieren auch andere, was schief läuft bzw. dass überhaupt etwas schief läuft.

**Luca:** Es nervt mich, dass das Curriculum kaum Freiräume bietet, persönliche Akzente setzen zu können, mal durchzuatmen und zu schauen, wie man das Ganze eigentlich findet. Mich macht es unfassbar wütend, dass ich mir in meiner Freizeit selbst erarbeiten muss, wie sich Gesellschaft und Gesundheit zueinander verhalten.

**Cevher:** Ich würde mir für die Zukunft wünschen, dass wir mit unseren Veranstaltungen nur noch inhaltlich vertiefen müssen oder mal einen anderen Zugang, wie zum Beispiel einen Film bieten.

**Rafaela:** Genau darum wollen wir auch mit unserem Sitzen im Fachschaftsrat auf die Lehre Einfluss nehmen. Wir wünschen uns ein Studium mit mehr Diskussionen, Hinterfragen, kritischem Denken und konstruktivem Austausch und mit weniger starrem Auswendiglernen und sturem Multiple-Choice-Fragen-Ankreuzen.

**Moritz:** Ich möchte einfach, dass sie nicht nur behaupten, dass wir soziokulturelle Aspekte der Gesellschaft mit in unser Bild einzubeziehen sollen, sondern dass es uns einerseits vorgelebt und andererseits später im Berufsleben auch ermöglicht wird.

**Elena:** Dieses Vorleben und Vorbildsein ist so wichtig. Wie gerne hätte ich mir beispielsweise feministische Gynäkolog\*innen gewünscht, anstatt auf konservative Strukturen zu treffen.

**Luca:** Denn eigentlich versuchen wir doch lediglich, in Patient\*innen mehr als nur eine Diagnose zu sehen und sie bestmöglich zu versorgen. Dafür studieren wir doch schließlich Medizin, oder?

[Zustimmendes Nicken]

# Plädoyer für eine Neuorientierung

## Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung

Von Hendrik van den Bussche<sup>1</sup>, Detlef Niemann<sup>2</sup>, Bernt-Peter Robra<sup>3</sup>, Udo Schagen<sup>4</sup>, Beate Schücking<sup>5</sup>, Nobert Schmacke<sup>6</sup>, Claudia Spies<sup>7</sup>, Alf Trojan<sup>8</sup>, Uwe Koch-Gromus<sup>9</sup>

Dieser Aufsatz wurde schon im Februar 2018 im *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung / Gesundheitsschutz* veröffentlicht. Wir meinen, er sollte einer breiteren Öffentlichkeit und vor allem den jungen Mediziner\*innen bekannt gemacht werden. Wir danken den Autor\*innen, dass wir ihn hier für unser Format gekürzt veröffentlichen dürfen.

### ■ Hintergrund und Problembeschreibung

Der Prozess der Qualifizierung von Ärzten und Ärztinnen besteht in allen industrialisierten Ländern seit mehreren Jahrzehnten aus zwei Phasen mit einer vergleichbaren Dauer von ca. fünf bis sieben Jahren: der ärztlichen Ausbildung und der (ersten) ärztlichen Weiterbildung. Qualifizierungsmaßnahmen nach dem Erreichen der beruflichen Endposition werden üblicherweise als ärztliche Fortbildung bezeichnet.

Die ärztliche Ausbildung an den medizinischen Fakultäten und Hochschulen wird bundeseinheitlich durch die Approbationsordnung für Ärzte geregelt. Die Approbationsordnung wird als Rechtsverordnung vom Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Die ärztliche Weiterbildung beruht auf den *Weiterbildungsordnungen (WBO)* der Landesärztekammern (LÄK; aktuelle Fassung am Beispiel Hamburgs); diese wiederum basieren auf einer *Musterweiterbildungsordnung (MWBO)* der Bundesärztekammer (BÄK). Die Weiterbildungszuständigkeit der LÄK ist eine staatlich delegierte Aufgabe im Rahmen der Ärztekammergesetze der Bundesländer. Beide Instanzen – Fakultäten und Kammern – wachen eifersüchtig über ihre Alleinzuständigkeit für einen der beiden Abschnitte. (...)

Während die ärztliche Ausbildung in den letzten Jahrzehnten in Bezug auf Lernziele, Inhalte und Veranstaltungsformen immer detaillierter ausdifferenziert wurde, ist die ärztliche Weiterbildung als ein *Learning by Doing*, als ein *Training on the (Hospital) Job* ohne parallele theoretische Fundierung konzipiert. Implizit wird angenommen, dass die in der ärztlichen Ausbildung erworbene theoretische Qualifikation ausreicht und dass ein mehrjähriges praktisches Arbeiten im Krankenhaus – auch wenn in Lehr- und Lernhinsicht unstrukturiert – die fachärztliche Qualifikation quasiautomatisch herbeiführt.

Der Primat der ärztlichen Arbeit und die Hintanstellung des Bildungsaspekts lassen sich in der MWBO und in den WBO an

vielen Einzelheiten nachweisen: Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung (im Folgenden ÄiW) haben einen vollen Arbeitnehmerstatus mit allen entsprechenden Rechten und Pflichten. Sie müssen sich auf dem Arbeitsmarkt selber einen Arbeitsplatz suchen, erhalten einen Arbeitsvertrag mit dem Krankenhaus, aber zumeist keinen Weiterbildungsvertrag und sie können Gewerkschaften bilden. Alle Stellen für ÄiW werden voll auf den Stellenplan des Krankenhauses angerechnet. Stellen(-Anteile) für Qualifizierungsmaßnahmen gibt es nicht, ebensowenig Belohnungen für positiv bewertete Lehre. (...) Das daraus entstehende Problem der klinischen Qualifizierung des wissenschaftlichen Nachwuchses wird einfach negiert. Schließlich werden die Zeit- und Mengenvorgaben für die Zulassung zur fachärztlichen Prüfung in § 4 MWBO ausdrücklich als »Mindestzeiten und Mindestinhalte« definiert, womit für die weiterbildende Einrichtung die Verpflichtung entfällt, die Arbeits- und Weiterbildungsprozesse so zu strukturieren, dass die ÄiW die Anforderungen in der Mindestzeit erfüllen können. Das Anforderungserfüllungsrisiko liegt somit ausschließlich bei den ÄiW. (...)

### ■ Geschichtlicher Hintergrund

Ein geschichtlicher Rückblick kann erklären, wie es zu dieser theoriefernen Konzeption der Weiterbildung in Deutschland kam. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts galt der ärztliche Qualifikationsprozess mit der jeweiligen Approbation nach einem praktischen Jahr als beendet. (...) Eine eventuelle weitere anschließende Spezialisierung wurde als freiwillig und nichtregelungsbedürftig angesehen. Sie fand im Rahmen eines Meister-Lehrling-Verhältnisses statt. Man wurde Schüler des spezialisierten (Prof.) Dr. X und übernahm Schritt für Schritt das Denken und Handeln des Meisters; das Grundmodell war *Learning by Imitation*. Das Weiterbildungsverhältnis war somit ein persönliches, kein institutionell definiertes. (...)

Erst 1924 verabschiedete der 43. Deutsche Ärztetag in Bremen »Leitsätze zur Facharztfrage«, mit denen die ersten 14 Spezialisierungen kodifiziert wurden. Diese erste »Weiterbildungsordnung« konzentrierte sich – wie auch die späteren – zum einen auf Bezeichnungs- und Abgrenzungsfragen. Zum anderen forderten die Bremer Leitsätze eine »genügende Ausbildung in seinem Sonderfach« in Form einer »Fachausbildung« zwischen drei und vier Jahren, dies allerdings mit der Maßgabe, dass »eine besondere Prüfung für Fachärzte weder erwünscht noch nötig ist« [8, 9].

Wurde 1924 noch eine »genügende Ausbildung« als notwendig anerkannt, gelang es im Jahr 1950 auf Betreiben des



Marburger Bundes, das Wort Aus-bildung durch den Begriff Weiterbildung zu ersetzen, um damit den Bestrebungen der Krankenhäuser einen Riegel vorzuschieben, unter Berufung auf den Ausbildungscharakter der Tätigkeit keine oder nur geringe Vergütungen zu zahlen [10]

Erst 1968 – d. h. erst vor weniger als 50 Jahren – wurde auf dem 71. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden die erste MWBO verabschiedet. Sie enthielt für alle Facharztsparten detaillierte Richtlinien zur Anerkennung. (...) Im Jahr 1972 erging ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (im Folgenden: BVerfG) zur Facharztfrage. In diesem Urteil stellte das BVerfG fest, dass der Facharzt kein besonderer Beruf im Sinne des Artikels 12 des Grundgesetzes sei, sondern eine besondere Form innerhalb der ärztlichen Berufsausübung. Deswegen beschränkte das BVerfG die Zuständigkeit der Bundesregierung auf Fragen der Zulassung zum ärztlichen Beruf, mit anderen Worten auf die Ordnung der Grundausbildung (Bestellungsordnung, später Approbationsordnung), während Fragen der Berufsausübung – und um eine solche handele es sich bei der fachärztlichen Tätigkeit – in die Zuständigkeit der Länder falle. Allerdings vermerkte das BVerfG in diesem Urteil, dass die fachärztliche Tätigkeit einer Berufswahl dennoch »nahekomme«, weswegen das Gericht im Detail beschrieb, was von den Landesregierungen einerseits bzw. den ärztlichen Berufsorganisationen auf Länderebene andererseits zu regeln sei. Die bis dahin seitens der Bundesländer praktizierte Gesetzgebung, die Zuständigkeit für die Weiterbildung den Ärztekam-

mern im Rahmen ihrer Berufsordnungen zu übertragen, hielt das BVerfG für nicht verfassungskonform. (...)

Mit der Zeit also wandelten sich die aus Sicht des BVerfG zu teilenden Zuständigkeiten geräuschlos in eine praktisch einseitige Zuständigkeit der Ärztekammern. Die Kammergesetze mit den so zurückhaltend interpretierten statusbildenden Normen gelten seit den 1970er-Jahren heute noch fast unverändert weiter (...). Fünfundvierzig Jahre später halten die Ärztekammern noch immer an der Auffassung fest, die fachärztliche Qualifikation sei so etwas wie eine Zusatzqualifikation, jedenfalls kein Beruf im Sinne des Artikels 12 GG, obwohl sich die ärztliche Versorgung und die fachärztliche Berufstätigkeit in vielerlei Hinsicht weiterentwickelt haben und mit der Einführung einer Pflichtweiterbildung für Hausärzte im Jahr 1993 das Prinzip der Freiwilligkeit der Weiterbildung de facto aufgehoben wurde. Seitdem darf niemand mehr in der ärztlichen Versorgung von gesetzlich Versicherten tätig sein, der/die keine fachärztliche Anerkennung erworben hat. Aus unserer Sicht ist die fachärztliche Weiterbildung längst eine spezielle Berufsausbildung geworden und hat das Stadium der Zusatzqualifikation überschritten. Dennoch hat sich bis dato kein Gesundheitsministerium und kein Parlament daran interessiert gezeigt, Fragen nach der Qualität der ärztlichen Weiterbildung und deren Sicherstellung zu stellen. Es hat sich im Gegenteil eine Wahrnehmung durchgesetzt, die die Gewichtsverlagerung der Zuständigkeiten zwischen Behörden und Kammern geradezu als bindendes Resultat dieses BVerfG-Urteils betrachtet!

Die Ärztekammern halten indes an der Formulierung fest, die Approbation sei der Abschluss der formalen Qualifizierung, die Phase danach eben kein formaler Lernprozess. (...) Solche Abgrenzungen zwischen Aus- und Weiterbildung sind nicht nur unrealistisch, sondern auch riskant. Indem sie suggerieren, die ärztliche Ausbildung reiche für die theoretische und klinisch-praktische Grundqualifikation, negieren sie, dass die Grundausbildung an den medizinischen Fakultäten geschichtlich noch nie in der Lage war, ein berufsadäquates Kompetenzniveau zu vermitteln. (...) Keine einzige Studie belegt für die heutige Zeit, dass am Ende der ärztlichen Ausbildung ein Kompetenzniveau im Sinne der Voraussetzungen für eine selbstständige Tätigkeit je erreicht wurde.

#### ■ Lösungswege

Die Lösung kann nur in einer besseren Verzahnung von Aus- und Weiterbildung als zwei Phasen eines einheitlichen Qualifizierungsprozesses mit jeweils adäquaten Anteilen von Theorie und Praxis gesucht werden. Der ärztliche Qualifizierungsprozess sollte als ein Kontinuum mit einem geglätteten Übergang zwischen seinen beiden Abschnitten betrachtet werden. Das bedeutet zum einen, dass Lernen in der Weiterbildung einen zentralen Stellenwert bekommen sollte und damit didaktische Prinzipien gleichermaßen für beide Abschnitte gelten müssten. Statt einer Steuerung über Mindestzeiten und Mindestmengen an diagnostischen und therapeutischen Interventionen (»Kataloge«) sollten Fachgesellschaften und Ärztekammern pro Fachrichtung Mustercurricula erstellen, die auf der Basis von erforderlichen ärztlichen Kompetenzen ein ausgewogenes Verhältnis von theoretischen und praktischen Lernanteilen aufweisen. (...)

Auch ist es mit der Formulierung von Kompetenzen nicht getan; vielmehr muss auf dieser Basis festgelegt werden, über welche theoretischen bzw. praktischen Lehr- und Lernsituationen die Kompetenzziele erreicht und wie sie evaluiert werden sollen. Diese Mustercurricula müssten in einem weiteren Schritt auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses konkretisiert und



adaptiert werden. Dass dies alles organisatorische und finanzielle Implikationen hat, ist evident.

Zum anderen erfordert eine bessere Verzahnung andere Zuständigkeitsregelungen und Entscheidungsprozesse. Wie oben beschrieben, haben die Landesregierungen den Ärztekammern die Zuständigkeit für die ärztliche Weiterbildung weitestgehend überlassen. Die Qualität künftiger Fachärzte und Fachärztinnen liegt damit in unserer Gesellschaft fast vollständig in den Händen von Organisationen, die zwar einerseits als Körperschaften des öffentlichen Rechts mittelbare Staatsgewalt ausüben, andererseits aber auch die Partikularinteressen ihrer Berufsgruppe aktiv vertreten. Das faktische Zuständigkeitsmonopol der Kammern ist in Anbetracht der gesellschaftlichen Bedeutung einer quantitativ und qualitativ optimalen Ausdifferenzierung des Qualifikationsprofils der ärztlichen Profession aufgrund dieser doppelten Funktion der Ärztekammern problematisch (...) Kaum ein anderes Land der OECD kennt diese quasivollständige staatliche Abstinenz in Sachen ärztlicher Angebotsplanung und Qualitätssicherung. (...)

Ein mögliches Korrektiv (der Ausrichtung von Studierenden auf die Maximalversorger der Universitätskliniken) könnte darin liegen, die verfasste Ärzteschaft an den Konzeptualisierungen und konkreten Umsetzungen der Curricula in der ärztlichen Ausbildung maßgeblich zu beteiligen. Vermutlich würde diese Maßnahme ein deutliches Mehr an Praxisbezug im gesamten Studium bringen. Umgekehrt könnte eine stärkere Beteiligung der Universitäten an der ärztlichen Weiterbildung dazu führen, dass die vielbeklagten Translationsprozesse zwischen Forschung und Praxis effektiver würden. Außerdem könnte deren Wirkung dazu beitragen, dem Defizit an Evidenzbasierung der Weiterbildung (...) schrittweise abzuhelpen. (...)

## ■ Folgerungen

(...) Die medizinischen Fakultäten und die Fachgesellschaften sollten in den Dialog darüber einbezogen werden, wie ko-

operative Beratungs- und Entscheidungsprozesse zwecks Verzahnung von Aus- und Weiterbildung entwickelt und erprobt werden können. Hierbei sind auch Rationalisierungsreserven und abschnittsüberschreitende, modular aufgebaute curriculare Angebote zu prüfen. Gegenstand eines solchen Kooperationsprozesses sollten mindestens folgende Aufgaben sein:

- Analysen der Stärken und Schwächen der aktuellen ärztlichen Aus- und Weiterbildung, auch unter Berücksichtigung der Entwicklung in anderen OECD-Ländern.
- Formulierung von Leitbildern und Kompetenzprofilen für die ärztliche Tätigkeit und für die Aus- und Weiterbildung als aufeinander ausgerichtete, abgestimmte Prozesse. Für die zu konzipierenden Verfahren zur kontinuierlichen und summativen Evaluation der ÄiW wären die erreichten Qualifikationen das Maß der Dinge, nicht primär die Zahl der absolvierten Jahre.
- Aufbau von Strukturen/Einrichtungen, die die speziellen Vorlesungen, Seminare, Übungen und Kurse für die fachspezifischen theoretischen und praktischen Anteile der Weiterbildung anbieten. Die jüngst beschlossenen Kompetenzzentren für das Fach Allgemeinmedizin könnten hier als Blaupause dienen.
- Entwicklung von Standards und Qualitätsindikatoren zur Gestaltung zentraler Elemente der Aus- und Weiterbildung (z. B. valide Verfahren zur Evaluation der Weiterzubildenden bzw. der weiterbildenden Einrichtungen).

Neben der Sicherstellung der fachlichen Qualifikation der Fachärzte und Fachärztinnen ist es eine wichtige Aufgabe des Staates, unter Hinzuziehung ärztlichen und wissenschaftlichen Sachverständs den Bedarf an Fachärzten und Fachärztinnen abzuschätzen und für eine Balance zwischen Bedarf und Angebot zu sorgen. (...)

Die Autorinnen und Autoren wissen, dass die Umsetzung der obigen Vorschläge ein enorm komplizierter Prozess wäre, der viele Schwierigkeiten zu überwinden hätte, um am Ende erfolgreich zu sein. Doch möchten wir darauf verweisen, dass die obigen Ideen bereits in vielfältiger Form in anderen OECD-Ländern umgesetzt werden. (...) Man muss also das Rad der Kooperation nicht neu erfinden. (...) Die trennenden Barrieren institutioneller, rechtlicher und politischer Art mögen heute als kaum überwindbar erscheinen. Was aber an Barrieren aufgebaut wurde, kann auch wieder abgebaut werden.

*Zu den Autor\*innen:* 1 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, 2 Hamburg, 3 Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät, Universität Magdeburg, 4 Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, 5 Rektorat, Universität Leipzig, 6 Abteilung Versorgungsforschung, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, 7 Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Berlin, 8 Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 9 Dekanat der Medizinischen Fakultät, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

(Quelle: Bundesgesundheitsblatt 2018, 61: 163–169, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-017-2675-x>)



# Der Grundstein ist gelegt, das Haus steht noch nicht

## Tobias Henke zur neuen Approbationsordnung

Das Regelwerk für die Ausbildung von Mediziner\*innen wird von Grund auf geändert – und die Weichen für die Ärzt\*innen der nächsten Jahrzehnte damit neu gestellt. Tobias Henke hat sie aus Sicht der Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschlands (bvmd) unter die Lupe genommen. Die Kritik an der Approbationsordnung könnte aus einer linken Perspektive sicher noch weiter gehen, ebenso die Forderungen.

Das Medizinstudium ist in den letzten Jahren stärker als je zuvor in den Fokus der Politik gerückt. Mit der Veröffentlichung des *Masterplan Medizinstudium 2020* im März 2017 war klar, dass die Ausbildung von Ärzt\*innen weitreichend reformiert werden soll. Dass dafür auch die Rechtsarchitektur des Medizinstudiums – und damit die *Approbationsordnung für Ärzte* (ÄApprO) umgebaut werden musste, war schnell klar.

Im November 2019 war das Bundesgesundheitsministerium dann soweit und teilte den Arbeitsentwurf zur reformierten Approbationsordnung mit einigen kommentarberechtigten Organisationen – darunter auch mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd).

Schnell wurde nach einer ersten Durchsicht der 182 Seiten umfassenden Verordnung klar: Es gibt viel Für und Wider. Zuerst einmal ist aber ein klarer Fortschritt erkennbar, denn die Ausbildung von Ärzt\*innen soll in Zukunft konsequent kompetenzorientiert stattfinden. Mit der Stärkung von Praxisnähe sowie ärztlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen geht das Studium einen wichtigen Schritt in die

Richtung qualitativ hochwertiger Patient\*innenversorgung.

Dafür wird die Struktur des Studiums verändert: Theoretische und klinische Studieninhalte werden im Rahmen eines sogenannten Z-Curriculums stärker verknüpft und bilden in der Theorie ein gutes Modell. Konkret bedarf es aber noch deutlicher Verbesserungen – so müssen in der Neufassung in fakultären Prüfungen vor dem ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung beispielsweise nur 10% klinische Inhalte integriert sein – ein marginaler Anteil, der oftmals jetzt schon integriert ist, der aber die Strukturbemühungen des sich gerade in der Entwicklung befindlichen *Nationalen Lernzielkatalogs Medizin* (NKLM) konterkariert. Als Mindestvorgabe sollten daher wie in den Staatsexamina eher 20–30% klinische Inhalte integriert werden, um die Synchronität von Lehre und Prüfung sicherzustellen.

Wirklich schade ist, dass die fakultären Leistungsnachweise nach wie vor kleinteilig an klassischen Fächern orientiert sein sollen. Dadurch bleiben wir hinter aktuellen didaktischen Möglichkeiten zur Curriculumsentwicklung zurück – und während Chemie und Physik Denkmalschutz genießen, bleiben digitale Kompetenzen einmal mehr auf der Strecke. Mehr noch: Digitale Lehrformate tauchen unter den anzubietenden Unterrichtsformaten nicht einmal als Begriff auf – nicht erst nach der Lehre in Corona-Zeiten dürfte das überholt sein. Lehrmethoden wie *Blended-Learning*, *Flipped Classroom* oder *Gamification-Modelle* (siehe Kasten S. 11) sind in anderen Studiengängen be-

reits vielfach implementiert und auch an einigen medizinischen Fakultäten pilotiert – und der Nutzen hochsignifikant publiziert.

Mit dem Studium ändern sich auch die Staatsexamina: Die Umwandlung der mündlichen M1-Prüfung in eine klinisch-praktisch strukturierte Prüfung stellt einen entscheidenden Schritt in Richtung Kompetenzorientierung und Vergleichbarkeit dar. Gerade letztere kann aber nur gewährleistet werden, wenn objektive Prüfungsschemata vorhanden sind und mehr als ein\*e Prüfende\*r anwesend ist – das ist bisher nicht vorgesehen, was durchaus verwundert. Ein Vier-Augen-Prinzip ist in weiten Teilen der Prüfungslandschaft Standard, das sollte es auch bei Staatsexamina sein – zum Schutze der Prüflinge und Prüfenden. Auch die finalen mündlichen Staatsexamensprüfungen, die im Entwurf als vierter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M4) benannt sind, verbessern eine bisher wenig objektive und nicht ausreichend standardisierte Prüfung. Der erste Teil der neuen M4-Prüfung mit seiner eng am Absolvent\*innenprofil orientierten Struktur, der Bewertung mittels standardisierter Checklisten sowie der Signalwirkung für nötige Lehrinhalte des Praktischen Jahrs bietet einen deutlichen Mehrwert.

Ein großes Gewicht fällt in der neuen Approbationsordnung der Allgemeinmedizin zu. Schließlich weiß man im Bundesgesundheitsministerium um die demographische Entwicklung in Deutschland und die sich daraus ergebenden Versorgungsherausforderungen, vor allem in ländlichen Räumen. Sinnvoll ist daher die Integration längs





durch das gesamte Studium, die durch stetes Wiederaufgreifen gelernter Inhalte einen nachhaltigen Kompetenzerwerb ermöglichen kann. Fraglich ist, ob die vorgesehenen acht Wochen Blockpraktikum in Lehrpraxen qualitativ gut umsetzbar sind. Aus Sicht der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland muss hier auf vier, maximal sechs Wochen korrigiert werden. Denn: Ein rein quantitativer Ausbau der Blockpraktika ist nicht zielführend und gefährdet eher die Qualität derselben. In der Allgemeinmedizin selbst gab es Zweifel, wie bei der ohnehin angespannten Zeitsituation insbesondere im ländlichen Raum derartige Kapazitäten für Lehre bereitgestellt werden sollen. Oder wie es ein Allgemeinmediziner ausdrückte: Motivierte Lehrpraxen fallen nun mal nicht vom Himmel. Deswegen wäre es sinnvoller, den engen Fokus auf das Fach Allgemeinmedizin auf den Bereich primärärztlicher Versorgung zu erweitern und die Realität der Primärversorgung zu berücksichtigen.

Ein wesentliches Anliegen für die Medizinstudierenden ist seit jeher das *Praktische Jahr* (PJ). Die Verbesserung der strukturellen Anforderungen an die Lehre wie die Bereitstellung eines eigenen Arbeitsplatzes, Zugang zum Patientenverwaltungssystem und klar definierte Verantwortlichkeiten für die Betreuung der Studierenden sind ein Schritt in die richtige Richtung. Ein wichtiger und wesentlicher Punkt jedoch fehlt: Die Integration einer Mindestaufwandsentschädigung für PJ-Studierende in Höhe des BAföG-Höchstsatzes zur Sicherung des Lebensunterhaltes. Studierende, die 40 Stunden und mehr pro Woche zur Patient\*innenversorgung, aber auch Patient\*innensicherheit beitragen, können nicht noch nebenher ihren Lebensunterhalt in Nebenjobs erarbeiten. Findet eine solche Regelung keinen Eingang mehr in die ÄApprO, scheidet die Neuordnung an einer sensiblen Stelle: Nicht nur soziale Ärzt\*innen auszubilden, sondern auch sozial Ärzt\*innen auszubilden.

Insgesamt ist also zu sagen: Der Grundbaustein für eine zukunftsfähige Ausbildung von Mediziner\*innen ist gelegt. Er liegt an der richtigen Stelle für ein tragfähiges Fundament, hat aber noch teils scharfe Kanten, die des Nachschleifens bedürfen. Und mit dem gelegten Grundstein ist noch kein Haus gebaut, weitere Regelwerke müssen angepasst werden. Nur wenn die Kapazitätsverordnungen an den erhöhten Bedarf an kapazitätsrelevanten Ressourcen, wie z.B. für Lehre einkalkulierte Vollzeitäquivalente angepasst werden, kann Rechtssicherheit für Fakultäten und Studienanwärter\*innen geschaffen werden. Nur wenn der Entwicklungsprozess von Nationalen Kompetenzbasierten Lehrmittelkatalogen und den Gegenstandskatalogen produktiv voranschreitet – gewährleistet durch eine gemeinsame, vermittelnde Kommission unter Federführung des BMG, kann die neue ÄApprO auch mit Inhalten gefüllt werden. Nur, wenn an den Universitäten frühzeitig mit der Lehrkonzeptentwicklung nach der neuen ÄApprO begonnen wird, kann die neue Approbationsordnung flüssig greifen. Und nur, wenn gute Lehre dann auch umgesetzt wird – dann kann die Mediziner\*innenausbildung wirklich zukunftsfähig werden.

*Tobias Henke ist Medizinstudent und Bundeskoordinator für Gesundheitspolitik in der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Der Autor meldet keine finanziellen oder persönlichen Interessenskonflikte an.*

## Blended Learning

Blended Learning oder integriertes bzw. gemischtes Lernen bezeichnet lt. Wikipedia eine didaktisch sinnvolle Verknüpfung von traditionellen Präsenzveranstaltungen und modernen Formen von E-Learning. Das Konzept verbindet elektronische Lernformen mit den sozialen Aspekten der Face-to-Face-Kommunikation sowie ggf. dem praktischen Lernen von Tätigkeiten. Beim Blended Learning werden Präsenzphasen und Online-Phasen funktional aufeinander abgestimmt. Es soll Lernen, Kommunizieren, Informieren und Wissensmanagement, losgelöst von Ort und Zeit in Kombination mit Erfahrungsaustausch, Rollenspiel und persönlichen Begegnungen im klassischen Präsenztraining ermöglichen. (Sauter und Bender. 2004, lt. Wikipedia Blended Learning)

## Flipped Classroom

Flipped Classroom ist ein Modell des Blended Learning. Für den Unterricht bedeutet es eine Veränderung um 180 Grad. Im traditionellen Präsenzunterricht bildet die Lehrkraft die Brücke zwischen den Lernenden und dem Wissen. Im Flipped-Classroom-Modell bekommen die Studierenden hingegen direkten Zugriff auf die Lerninhalte. Die Lehrkräfte erfüllen dabei die Funktion von Coaches oder Mentor\*innen und die Studierenden bereiten sich auf den Präsenzunterricht selbst vor. Während des Unterrichts können Lehrkräfte sich dann auf die Anwendung und die Vertiefung des Lernstoffs fokussieren. Die Studierenden sollen ihre Hausaufgaben vorbereitet haben und so über das Basiswissen zum Thema verfügen. Während der Unterrichtszeit können sie daher tiefer in die Materie einsteigen und Fragen stellen. So erfahren die Lehrkräfte, welche Probleme die Studierenden haben.

## Gamification Modelle

Serious Games sind Spiele, die primär für einen didaktischen Kontext entwickelt werden und somit in Lehrveranstaltungen und Curricula integriert werden können. Deutlich gestiegene Serverkapazitäten ermöglichen es, aufwendige 3D-Simulationen anbieten zu können. Hierbei können sowohl ein hoher Realitätsgrad als auch Elemente der Gamification zur Motivationssteigerung gezielt didaktisch genutzt werden. Z.B. wird an der Uni in Göttingen eine digitale Simulation einer Notaufnahme im Rahmen der Pflichtlehre eingesetzt. In Kleingruppensitzungen von 18 bis 50 Studierenden übernehmen die Teilnehmenden jede\*r für sich die ärztliche Tätigkeit in der virtuellen Notaufnahme. Es müssen hierbei bis zu zehn Patient\*innen parallel behandelt werden. Die Termine werden von erfahrenen Ärzt\*innen begleitet, die für inhaltliche Fragen zur Verfügung stehen. So sollen die Studierenden lernen können, Verantwortung zu übernehmen und Entscheidungen zu treffen, ohne echte Patient\*innen zu gefährden. Und diese soll ermöglichen, den Umgang mit relevanten Krankheitsbildern standardisiert zu lehren und parallel mehr als eine Kasuistik zu bearbeiten. (Siehe <https://hochschulforumdigitalisierung.de/de/blog/serious-games-im-medizinstudium-nun-lasst-den-worten-daten-folgen>) *Die Redaktion*

# Verschärfung der sozialen Kluft

## Kai-Uwe Helmers und Anke Kleinemeier über private Studiengänge Humanmedizin in Hamburg und die Reaktionen auf ihre Kritik daran

Kai-Uwe Helmers und Anke Kleinemeier haben im Hamburger Ärzteblatt 10/2019 einen Artikel veröffentlicht zu inzwischen drei Möglichkeiten allein in Hamburg, an privaten Hochschulen Medizin zu studieren. Wir dokumentieren diesen Artikel hier zusammen mit einer Zusammenfassung der – zum Teil heftigen und von einem der drei privaten Träger anscheinend lancierten – Reaktionen darauf im HÄB 11 und 12/2019 und der abschließenden Stellungnahme der Autor\*innen, die diese im HÄB 12/2019 ebenfalls veröffentlicht haben.

Anfang 2019 hat der Senat in Hamburg die Zulassung für einen Medizinstudiengang an der privaten *Medical School Hamburg (MSH)* erteilt. Zusätzlich wird die *UMCH (Universitätsmedizin Neumarkt am Mieresch Campus Hamburg)* im September 2019 die ersten Medizinstudierenden aufnehmen. Neben der Universität Hamburg bestehen somit nun drei weitere Möglichkeiten des Medizinstudiums an privaten Hochschulen – MSH und UMCH als auch die *Semmelweis Universität*. Die *Semmelweis Universität* in Budapest hat für den klinischen Teil eine *Asklepios Medical School GmbH* eingerichtet, so dass Studierende nun die Vorklinik in Budapest machen müssen und danach in Hamburg studieren können. Bei der MSH sind als Lehrkrankenhäuser die Kliniken in Schwerin vorgesehen. Die Zulassung wurde vom Wissenschaftsrat empfohlen »nach ausführlicher Prüfung«, wobei in diese Prüfung nur einfließt, »ob es sich bei der zu prüfenden Einrichtung um eine Hochschule handelt, an der Leistungen in Lehre und Forschung erbracht werden, die anerkannten wissenschaftlichen Maßstäben entsprechen«. Die Zulassung der Studierenden zu einer solchen Hochschule ist nicht Gegenstand der Prüfung, d.h. diese obliegt dem Ermessen der Hochschule. Das bedeutet, es wird nicht beschrieben, wie die Auswahl der Studierenden erfolgen soll.

Bei der MSH betragen die Kosten 1.500 Euro monatlich bis zum Praktischen Jahr (PJ), im PJ beträgt die Gebühr dann monatlich 300 Euro. Das be-

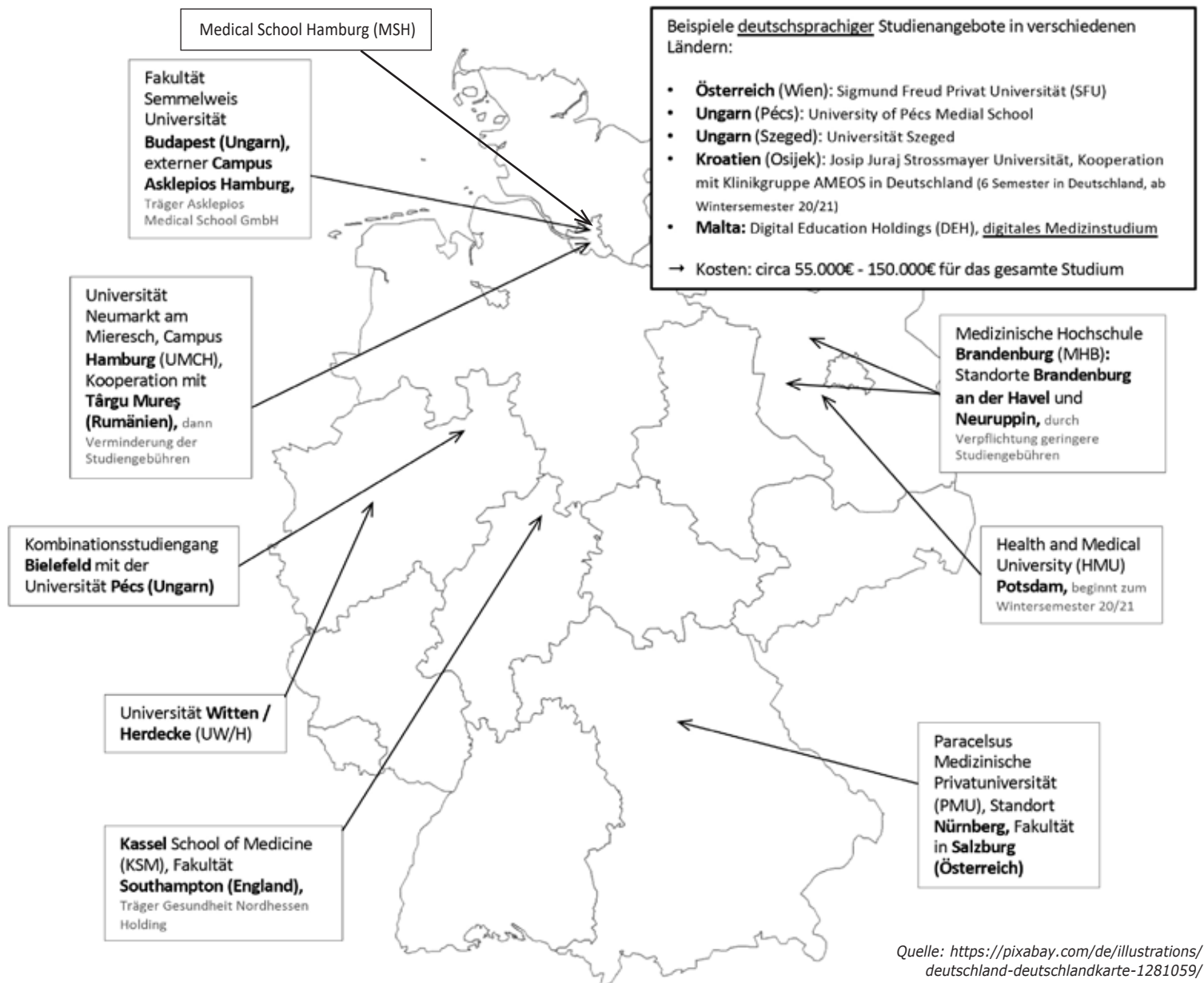


deutet für die ersten Jahre eine Gebühr von 18.000 Euro pro Jahr. Damit wird die soziale Herkunft zum Auswahlkriterium und bestimmt, welche Studierenden hier Medizin lernen dürfen. Bei der *Semmelweis Universität* im Zusammenhang mit der *Asklepios Medical School* kostet es 7.800 Euro pro Semester bzw. 15.600 Euro pro Jahr. In beiden Fällen wird somit deutlich, dass es sich um eine Möglichkeit des Medizinstudiums für Menschen mit großen finanziellen Ressourcen handelt. Da in den staatlichen Universitäten für einen sofortigen Medizinstudienplatz ein Numerus Clausus (NC) von 1,0 bis 1,2 notwendig ist, während bei einer schlechteren Abiturnote Wartesemester anfallen oder gar eine andere Studienwahl erforderlich wird, dürfen Menschen mit viel Geld auf private Universitäten ausweichen.

Gesundheitsversorgung ist neben Ernährung, Bildung und Wohnen ein Grundrecht. Es ist nicht ausreichend untersucht, wie sich später Ärzt\*innen, die an einer von ihnen bzw. ihren El-

tern finanzierten Medizinhochschule studiert haben, in Bezug auf den medizinischen Moralkodex in der Versorgung der Allgemeinheit verhalten werden. Es ist aber zu befürchten, dass von denen, die dann »viel investiert haben«, einer medizinischen Versorgung unter marktwirtschaftlichen statt sozialen Kautelen weiter Vorschub geleistet wird. In einem Artikel von 2019 zur sozialen Herkunft von Humanmediziner\*innen schreibt Lisa Richter: »Medizinstudierende und Ärzt\*innen entstammen überdurchschnittlich oft aus sehr gut ausgebildeten akademischen Elternhäusern bzw. hohen sozialen Schichten. Sie bringen in der Regel durch ihre Sozialisation spezifische Weltanschauungen und Ressourcen mit, die sich auch in der Arzt-Patienten-Beziehung ausdrücken können. Hierbei muss zum einen berücksichtigt werden, dass sowohl die eigene Sozialisation, als auch die professionsspezifische Sozialisation als Arzt bzw. Ärztin, sowie die sozialen Hintergründe der Patient\*innen eine Rolle spielen. Problematisch wird eine elitäre Ärzteschaft an der Stelle, an der sie den Zugang zu wichtigen Ressourcen gefährdet. Ärzt\*innenseitig ist das der ungleiche Zugang zur ärztlichen Ausbildung und damit zusammenhängenden Zugängen zum berufsspezifischen sozialen Prestige und Einkommen. Patient\*innenseitig ist das die mögliche Einschränkung einer bedürfnisgerechten Behandlung durch die soziale Entfernung von den behandelnden Ärzt\*innen.«<sup>1</sup> Diese beschriebenen

## Überblick der Standorte privater Medizinuniversitäten in Deutschland



Zustände werden sich durch die Etablierung privater Hochschulen zuspitzen.

Die Geschichte von Studiengebühren in der Bundesrepublik Deutschland macht deutlich, dass es bis 2005 ein *Hochschulrahmengesetz* (HRG) gab, welches allgemeine Studiengebühren ausschloss. Gegen dieses Gesetz klagten erfolgreich die unionsgeführten Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt, die darin einen unzulässigen Eingriff des Bundes in die Gesetzgebungskompetenz der Länder im Kulturbereich sahen. Das Bundesverfassungsgericht gab diesen Ländern am 26. Januar 2005 Recht und so wurde ab 2006 in fast allen Bundesländern Studiengebühren in unterschiedlicher Höhe eingeführt. Der *Internationale Pakt über wirtschaftliche,*

*soziale und kulturelle Rechte* (IPW-SKR – kurz: *UN-Sozialpakt* genannt), den auch Deutschland 1973 unterzeichnet hat, fordert dass »der Hochschulunterricht auf jede geeignete Weise, insbesondere durch allmähliche Einführung der Unentgeltlichkeit, jedermann gleichermaßen entsprechend seinen Fähigkeiten zugänglich gemacht werden muss« (Art. 13.2.c). Damit soll das kulturelle Menschenrecht auf Bildung gewährleistet werden. Durch die Einführung von Studiengebühren wird dieses Menschenrecht ausgehöhlt.

Auch eine rotgrün-geführte Bundesregierung konnte trotz anderslautender Versprechen keine anderen Akzente setzen. Das *Aktionsbündnis gegen Studiengebühren* (ABS) entstand im April 1999 als Protest gegen die mangelnde Entschlossenheit der damaligen

rot-grünen Bundesregierung, ihr Wahlversprechen eines bundeseinheitlichen Studiengebührenverbotes in die Tat umzusetzen. Das ABS tritt auf grundsätzlicher Ebene für eine umfassende Gebührenfreiheit des Hochschulstudiums ein: »Studiengebühren sind aus gesellschafts-, sozial- und bildungspolitischen Gründen abzulehnen. Sie lösen kein einziges Problem, sondern verschärfen die Krise des Bildungssystems.«

In Bezug auf private Hochschulen ist aus unserer Sicht somit zu kritisieren:

- dass der Zugang zum Studium der Humanmedizin noch stärker als bisher von der sozialen Herkunft abhängig wird;
- dass private Universitäten mit Stu-

diengebühren soziale Notwendigkeiten (z.B. den Bedarf an qualifizierten Ärzt\*innen) privatisieren und damit gesellschaftliche Kosten auf den Einzelnen abwälzen;

- dass Studiengebühren schon vorhandene gesellschaftliche Ungleichheiten reproduzieren und schon vorhandene soziale Selektionswirkungen des Bildungssystem verstärken;
- dass Studiengebühren den Status der Studierenden von dem eines Universitätsmitglieds zu dem eines Kunden verringert (das heißt auch, der Entwurf einer teils partizipatorisch (selbst-)verwalteten, grundsätzlich demokratisch orientierten Gemeinschaft wird ersetzt durch eine Art kommerzielles Vertragsverhältnis);
- dass die Studiengebühren, wie sie von den beiden privaten Universitäten in Hamburg erhoben werden, einer Entsolidarisierung entsprechen und Ausdruck eines unsozialen Bildungsverständnisses sind.

Daher rufen wir alle gesellschaftlichen Kräfte auf, sich für ein Verbot von Studiengebühren einzusetzen. Speziell die Humanmedizin ist ein sehr beliebtes Fach, in dem erheblich weniger Menschen studieren können, als sich bewerben. Den Zugang über hohe Kosten anstelle von sozialen und fachlichen Kriterien zu regeln, widerspricht einem verantwortungsvollen, demokratischen und sozialen Handeln. Darüber hinaus ist es ein völlig falsches Signal, wenn wir dem Ärzt\*innenmangel mit privaten Universitäten entgegenwirken und somit das elitäre Bild dieses Berufes verfestigen. Wir brauchen eine Erweiterung der Studienplätze ohne Studiengebühren und einheitliche Aufnahmekriterien und einen Zugang der unter anderem dadurch die soziale Herkunft sensibel berücksichtigt.

*Kai-Uwe Helmers ist Allgemeinmediziner in Hamburg, und Anke Kleinemeier ist Frauenärztin in Hamburg; beide sind Mitglieder der vdää Regionalgruppe Hamburg.*

1 Lisa Richter: »Bleibender sozialer Abstand. Die soziale Herkunft von Humanmediziner\*innen und die Arzt-Patienten-Beziehung«, in: Gesundheit braucht Politik, 2/2019

## Der Sturm im Wasserglas

### Zusammenfassung Leser\*innenbriefe im Hamburger Ärzteblatt 11 und 12/2019 durch die Redaktion von GbP

Der Artikel hatte offensichtlich einen Nerv getroffen bei Ärzt\*innen wie Verantwortlichen an diesen privaten Hochschulen und in entsprechenden Kreisen viele Diskussionen ausgelöst. Das *Hamburger Ärzteblatt* hat Auszüge aus nahezu allen Leser\*innenbriefen<sup>1</sup> veröffentlicht und es dabei unterlassen, moderierend zu agieren, sondern auch – entgegen sonstiger Gepflogenheiten – tendenziell diffamierende Äußerungen veröffentlicht. Es ist ferner nicht kommentiert worden, dass es sich bei den Zuschriften teilweise um eine Art Gegenkampagne des Asklepios Campus gehandelt hat.

Die überwiegende Mehrheit der Leser\*innenbriefe übt heftige Kritik. Ein mehrfach genannter Punkt ist die Behauptung, dass Private Unis eine Reaktion auf Staatsversagen seien. Die meiste Kritik wird daran geübt, dass der Artikel die Frage stellt, ob die hohen Studiengebühren gute Voraussetzungen seien, um Studierende mit hoher sozialer Kompetenz zu gewinnen. Die Autor\*innen stellten, so die Behauptung von auffallend vielen Studierenden des Asklepios Campus, die moralische Integrität der Studierenden infrage. Das scheint einigen richtig weh zu tun. Auf das eigentliche Argument des Textes geht aber kaum einer der Beiträge ein.

Auch die Studierendenvertretung des Asklepios Campus Hamburg verteidigt ihren »Berufsstand« mit wohl-

gesetzten Worten und u.a. versuchen sie, die Argumentation zu widerlegen, indem sie bestreiten, dass man von Hause aus viel Geld haben müsse, um dort zu studieren, weil es auch Kreditmodell gibt. Ebenfalls eine Medizinstudentin am Asklepios Campus versucht, die Frauenkarte zu spielen und meint, dass es gerade für Frauen einen großen Unterschied mache, ob sie mit Mitte zwanzig oder Anfang dreißig in das Berufsleben starteten: »Das haben besonders alte, weiße Männer häufig noch nicht verstanden«. Ein anderer Medizinstudent am Asklepios Campus hat seinen Kopf noch nicht recht unter Kontrolle und wittert standesbewusst Rufmord: »Neben Wut und Empörung verspürte ich nach dem Lesen dieses Artikels eine Scham, welche sich meiner Meinung nach zu Unrecht in meinem Kopf ausbreitete ... Wut und Empörung sind nicht nur das Resultat Ihres Artikels, sondern auch der Tatsache geschuldet, dass eine eigentlich renommierte Fachzeitschrift einen solch unfundierten, unreflektierten, subjektiv verfassten Artikel veröffentlicht. Diese von Ihnen getätigte Publikation gleicht einem Rufmord, welcher nicht nur das Image der Universitäten, sondern auch ihrer Studenten und zukünftigen Ärzte beschmutzt«. Das HÄB ermöglichte es Kai Uwe Helmers und Anke Kleinemeier, noch in dieser Ausgabe auf die Reaktionen zu antworten. Wir dokumentieren auch dies:

## Antwort von Kai-Uwe Helmers und Anke Kleinemeier

Der Zugang zum Medizinstudium sollte sozial gerecht gestaltet werden. Ungleichheiten sollten nicht noch vertieft werden, wie es durch die privaten Studiengänge der Fall ist. Dies hat eine besondere Bedeutung vor dem Hintergrund, dass dieses Studium eines der beliebtesten ist und die Zahl der Be-

werbungen auf die zu wenigen Studienplätze sehr hoch ist. Es kommen etwa 5 Bewerbungen auf einen freien Studienplatz. Es sollte die Aufgabe der Politik unter Begleitung der demokratischen Öffentlichkeit sein, Kriterien für diesen Zugang weiter zu entwickeln. Die neuen Regelungen, die 2020 in



Kraft treten, sind diesbezüglich eine verpasste Chance, wenn auch Spielraum bestehen bleibt. Da dieses Thema zu wenig Beachtung erfährt, haben wir dazu zu allererst hier im *Hamburger Ärzteblatt* veröffentlicht.

Annähernd alle Äußerungen zu unserem Artikel dazu bestätigen die Kritik an dem gegenwärtigen Status quo. Auch der gegenwärtige Status quo, unabhängig von den privaten Studiengängen, vertieft den ungleichen Zugang zum Studium und zur Bildung im Allgemeinen. Die Ungleichheiten haben leider in den letzten Jahrzehnten zugenommen.

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ökonomisierung sowohl der ambulanten wie auch der stationären Medizin ist aus unserer Sicht daher von besonderem Interesse, das Soziale in der Medizin zu stärken. Approbierte Ärzt\*innen sollten nicht mit einer hohen Verschuldung in das Berufsleben starten und somit gezwungen werden, ökonomische Überlegungen priorisieren zu müssen.

Nicht die Studierenden an den privaten Studiengängen kritisieren wir, sondern die Strukturen. Ohne Frage können Strukturen Sozialverhalten positiv aber auch negativ beeinflussen. Kritische Anmerkungen dazu müssen erlaubt sein und so ist es aus unserer Sicht erfreulich, dass es einigen Studierenden ein Anliegen war, ihre soziale Motivation deutlich zu machen. Hier ist auch ein Missverstehen wollen von an-

derer Seite zu vermuten, um vom Eigentlichen abzulenken.

Ein Zugang zum Studium, der damit beginnen muss, sich über die Finanzierung Gedanken zu machen, schließt bestimmte Personenkreise aus. Auch Finanzierungsmodelle mittels Kreditvergabe stellen eine hohe Hürde dar und das insbesondere für Menschen aus ärmeren Verhältnissen. Wenn wir betrachten, dass viele Kolleg\*innen beispielsweise eine Niederlassung scheuen, da ihnen das finanzielle Risiko zunächst unberechenbar scheint – wie fühlt sich dann jemand ohne Geld vor der Aufnahme eines Studiums der Humanmedizin! In diesem Zusammenhang von Sozialneid zu schreiben, trifft den Punkt nicht, führt eine unangemessene persönliche Ebene in die Debatte ein und lenkt damit vom Thema ab. Darüber hinaus stellen wir nicht die Ausbildung in Deutschland und insbesondere die Ausbildung an der Hamburger Universität in Frage, die neben einer herausragenden Ausbildung und einer exzellenten Forschung auch wichtige Aspekte in der Patientenversorgung übernimmt. An der Universität Hamburg gibt es darüber hinaus großes demokratisches und zivilgesellschaftliches Engagement und Partizipation durch die Studierenden. Die öffentlichen Universitäten sind ein hohes gesellschaftliches Gut. Die Kritik, die an der Universität geäußert wurde, wird all diesen Aspekten nicht gerecht.

Nicht dem Markt oder dem Engage-

ment privater Universitäten sollte es überlassen werden, ausreichend Nachwuchs auszubilden. Daher sollten ausreichend viele Studienplätze geschaffen werden. Prognosen, die auch aktuelle Vorstellungen zu einer gewünschten Work-Life-Balance berücksichtigen, kommen zu einem deutlich höheren Bedarf. Auch eine mögliche Rückkehr der Studierenden aus anderen Ländern sollte geregelt und ggf. erleichtert werden.

Bildung ist eine öffentliche Aufgabe und sollte das auch eine bleiben. Statt Studiengebühren und NC sollten einerseits Kriterien wie soziales Engagement und Berufsausbildungen, andererseits aus unserer Sicht die soziale Herkunft zukünftig stärker berücksichtigt werden. Erfahrungen aus der Gleichberechtigungspolitik haben gezeigt, dass Quoten dazu ein gangbares und effizientes Mittel sein können. Die vielen, die aus widrigen sozialen Umständen zukünftig keinen Studienplatz erhalten und bisher keinen erhalten haben, werden kaum gesehen. Daher ist es uns ein Anliegen, für diese die Stimme zu erheben. In den Zugangsregelungen werden den Bundesländern und den einzelnen Universitäten Spielräume zugestanden, die auch dafür genutzt werden könnten.

1 Nachzulesen hier: [https://www.aerztekammer-hamburg.org/archiv\\_hamburger\\_aerzteblatt.html](https://www.aerztekammer-hamburg.org/archiv_hamburger_aerzteblatt.html)

# Verschult, veraltet, borniert

## Was Medizinstudierende von ihrem Studium halten

Wir haben Medizinstudierende aus ganz Deutschland gefragt, wie sie ihr Studium finden, welche Themen unterrepräsentiert sind, was Probleme darstellen und was sie sich für ihr Studium wünschen. Die Antworten auf verschiedene Fragen wurden zu einem zusammenhängenden Text zusammengefügt, teilweise gekürzt und grammatikalisch und/oder auf Rechtschreibung korrigiert, sind aber nicht inhaltlich abgeändert.

### **Studentin**

#### **(Studienabschnitt: Klinik)**

Ich studiere Medizin, weil ich darin eine Mischung eines wissenschaftlichen und sozialen Studiums sowie Berufsfelds sehe, das sehr vielseitig ist. In meinem bisherigen Studium hatte ich aber oft das Gefühl, dass zu wenig auf die sozialen Aspekte eingegangen wird. Ich würde mir wünschen, dass im Studium auch über soziale Ungleichheit, Schwangerschaftsabbrüche, Gendermedizin und Rassismus in der medizinischen Praxis gesprochen wird. Generell habe ich das Gefühl, dass nicht genug auf Probleme des klinischen Alltags eingegangen wird. So wird nicht darauf vorbereitet, dass durch die zunehmende Ökonomisierung im Krankenhaus Ärzt\*innen nicht primär das Wohl der Patient\*innen im Auge haben müssen, sondern auch die Kosten und so häufig auch entgegen der ärztlichen Ethik handeln müssen.

### **Jakob (Studienabschnitt: Klinik)**

Für mich sind Politik und damit der Blick für das Gesellschaftliche unterrepräsentiert. Ich kenne niemanden, der dieses Studium gewählt hat, um später unternehmerisch für sich alleine zu arbeiten. Ich sehe bei vielen Studierenden den Wunsch nach Teilhabe an einer in die Gesellschaft eingeflochtenen Gesundheitsversorgung. Ein Problem unseres Studiums ist, dass es stark an Theorie überladen ist. Heute kann jeder Medizinstudierende ehrlich zugeben, dass dieser ganze Stoff sowie so nicht hängen bleibt und, dass das viele Spezialwissen, oft etwas für den Facharzt wäre. Ich wäre dafür, die Zeit bis zur Approbation auf wichtige

Grundfertigkeiten zu beschränken und einen Überblick zu vermitteln, um eine Grundsicherheit auf Station zu erlangen. Dafür die gewonnene Zeit mehr in die praktischen Tätigkeiten des Arztberufes zu stecken und außerdem eine wirklich akademische freie Ausbildung zu ermöglichen. Es braucht Angebote, Wahlmöglichkeiten und die Möglichkeit des selbstständigen und interessenorientierten Arbeitens, damit auch die Charakterbildung vorangetrieben wird. Niemand wird freiwillig Fachidiot. Es sollte mehr Hausarbeiten und kontroverse Diskussionen geben, Ethik und Sozialmedizin sollten eine wichtigere Rolle spielen und außeruniversitäres Engagement sollte angerechnet werden. Das größte Problem in der Lehre ist, dass die Zuständigen auf den Stationen didaktisch ungeschult sind. Diese Unsicherheit merkt man den auszubildenden Ärzt\*innen stark an und es wird oft mit Strenge oder hierarchischen Strukturen überspielt. Das Ergebnis ist dann meist eine schlechte Feedback- und Fehlerstruktur und hat für mich die großen Defizite in der Lehre erklärt. Generell sollte mehr frei und interessenorientiert gearbeitet werden. Wahlfächer, Hausarbeiten und ausführliche kontroverse Diskussionen finden quasi nicht statt. Fächer wie Sozialmedizin oder Ethik kommen viel zu kurz. Ich denke, dass alle Medizinstudierende, insbesondere noch vor dem PJ ein »bigger picture« vermittelt bekommen sollten. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man schnell ins Gespräch über eine Verbesserung der Lehre kommen kann. Natürlich sind die Strukturen zäh und uneinladend, aber man versteckt sich auch gerne hinter

dem Mythos, dass ja alles schon immer gut funktioniert hätte. »Es könnte schlimmer sein«, ist ein Satz, den ich nicht mehr hören kann.

### **J., Studentin (Studienabschnitt: Praktisches Jahr)**

Ich studiere Medizin, weil ich mich für den menschlichen Körper interessiere, weil ich in politischen Bewegungen in veränderlichen globalen Bedingungen immer etwas beitragen können will, ohne unbedingt selbst in erster Reihe zu stehen und weil ich Angst vor einem finanziell prekären Leben habe. Durch das Studium fühle ich mich zwar medizinisch-fachlich ausreichend vorbereitet, aber ich fühle mich wenig vorbereitet auf die tiefe Widersprüchlichkeit der medizinischen Berufsethik, meiner eigenen Werte und der Kräfte und Anreize, die ärztliches Handeln und die Beziehungen darin tatsächlich formen.







Hierunter leide ich täglich. Für meine Nachfolger\*innen wünsche ich mir ein Medizinstudium, das kritisch auf die Kräfte und die Geschichte blickt, die die heutige »westliche Schulmedizin« geformt haben, eine realistische Wahrnehmung der heutigen Gesundheitsarbeit vermittelt, und eine positive Vision für tatsächlich gute und menschliche Medizin und Wege dorthin aufbaut.

**Rabea (Studienabschnitt: Klinik)**

Mir fehlen als Themen die kritische Bewertung von Studien und Lehrmeinungen, der Umgang mit der Pharmaindustrie, kritische Betrachtung von Lehrmeinungen, Diskriminierung in der Medizin, Gendermedizin, Möglichkeiten zur betrieblichen Einflussnahme auf gute Arbeitsbedingungen und Arbeitnehmerrechte, Fehlermanagement im Krankenhaus, psychische Gesundheit von Krankenhauspersonal, interpersonelle Zusammenarbeit und Austausch mit anderen Berufsgruppen z.B. durch gemeinsame Lehrveranstaltungen. Meines Erachtens sind viele Lehrveranstaltungen auch wegen der aktuellen Personalsituation in Unikliniken nicht gut vorbereitet. Praktika in Gruppen oder halbherzige Erklärungen, Augenrollen, wenn Studierende auf die Station kommen, sind immer noch die Regel und gute Praxisanleitung erhält man kaum, wenn es gut läuft in einer Famulatur in einem kleineren Krankenhaus. Ich wünsche mir eine engere Verzahnung von Theorie und Praxis. Bei uns im Studium war zum Beispiel

das 6. Semester durch 8 Stunden Seminare unter der Woche gefüllt, das war ineffizient, hat viele Ressourcen beim Uniklinik-Personal gekostet und der geringe Praxisanteil war frustrierend für die Studierenden. Einen Denkstoß hat mir auch das Konzept aus Frankreich gegeben, wo Studierende von Beginn des klinischen Abschnitts für Aufgaben wie EKGs befunden, Patiententransporte, Aufnahmen im Stationsteam fest eingeplant und auch geringfügig beschäftigt sind. Dadurch entsteht eine engere Verzahnung zwischen Klinikpersonal und Studierenden und auch eine bessere Lehre.

**Paula (Studienabschnitt: Klinik)**

Medizinethik, Gesundheitspolitik, gesellschafts-, wirtschafts- und sozialpolitische Anteile der Gesundheit und Diskriminierung im Gesundheitssystem sind unterrepräsentiert. Für eine wirksame medizinische Versorgung sind neben klinisch-naturwissenschaftlichen Aspekten die Fragen nach den Lebens- und Krankheitsumständen, sozialen Risikofaktoren, die Krankheit fördern bzw. die Gesundheit verhindern, elementar. Bei der Behandlung stellt sich zu selten die Frage, an welchen Stellen diese durch politische Handlungen abwendbar sind bzw. gewesen wären. Ich würde Lernende aktiv in die Organisation und Durchführung der Lehre einbeziehen. Wir wissen am besten, wie wir lernen und was wir dazu brauchen. Feedback und Reflexion sollten mehr Raum bekommen, um die Studienor-

ganisation kontinuierlich zu verbessern und an sich ändernde Umstände anzupassen.

**Lena (Studienabschnitt: Klinik)**

Mich reizt am Medizinstudium besonders die Kombination aus praktischer Arbeit, die sozialen Aspekte, die Arbeit mit Menschen und die gesellschaftliche Relevanz des medizinischen Feldes. Unterrepräsentiert im Studium sind vor allem soziale Gerechtigkeit und Gesundheit, mentale Gesundheit im medizinischen Bereich und insbesondere auch während des Studiums, geschlechterspezifische Themen, globale Gesundheit. Das größte Problem in der Lehre ist, dass der Druck und die Arbeitsbelastung in der Klinik wenig Raum für Lehre der Studierenden lassen, selbst wenn Ärzt\*innen motiviert und engagiert sind.

**Anne (Studienabschnitt: Klinik)**

Im Medizinstudium wird aus meiner Sicht der sozialwissenschaftliche Aspekt der Medizin unterrepräsentiert. Dazu gehören soziale Determinanten von Gesundheit, die ihren Ausdruck in unterschiedlichen Risikofaktoren, wie der Luftqualität, Armut und in Diskriminierungsformen, wie Rassismus und anderen -ismen finden. Sie manifestieren sich in der Ungleichheit innerhalb der Gesellschaft und so in der Gesundheit. Aber auch der Klimawandel als größtes Gesundheitsrisiko und die Konzepte von Planetary Health, die in Zukunft unabdinglich in der Medizin sein



werden, zählen zu den kaum besprochenen Themen im Studium. Außerdem werden Studierende nicht ausreichend darauf vorbereitet, dass sie in einem globalen, kapitalistischen System mit neoliberalen Tendenzen praktizieren werden. Der Umgang mit wirtschaftlichem Druck und Interessenkonflikten wird genauso unzureichend vermittelt wie interkulturelle Kompetenzen. An vielen Stellen fehlt die Orientierung an pädagogischen Konzepten bei den Lehrveranstaltungen. Die Seminarstrukturen sollten ausgebaut werden, sodass die aktive Teilnahme und Problemlerarbeitung durch Studierende gefördert wird. Online-Learning und digitale Formate sollten mit Präsenz-Veranstaltungen kombiniert werden. Auch eine Wahl zwischen den beiden Formen halte ich für sinnvoll, um Lehre an verschiedene Lebensumstände der Studierenden anzupassen. Gerade im Moment ist es möglich herauszufinden, für welche Veranstaltung sich Onlinekurse anbieten und wie diese verbessert werden können. Um die Methodik zu verbessern ist es aus meiner Sicht ausschlaggebend, dass Lehrende aktiv mit Studierenden zusammenarbeiten, nicht nur auf Altbekanntes zurückgreifen und Kritik umsetzen.

**Carmen (Studienabschnitt: Klinik)**

Das größte Problem ist für mich das unglaublich verschulte

und veraltete System. Man hat keine Flexibilität in seiner Lehrplan-Gestaltung, extrem viele Pflichtveranstaltungen und kaum Möglichkeiten, vom vorgegeben Plan abzuweichen. Es besteht ein hoher Prüfungsdruck, der Hang, Detailwissen in sinnlosen Multiple-Choice-Klausuren abzufragen, und der Glaube, dass das Medizinstudium der einzige Lebensinhalt eines Studierenden sein sollte. Oft wird noch die Meinung vertreten, man müsse uns durch Stress und Druck im Studium auf unseren späteren Alltag vorbereiten. Neben Pflichtveranstaltungen, Klausuren, Famulaturen und womöglich auch noch der Doktorarbeit bleibt kaum Zeit für Freizeit oder einen Nebenjob. Das benachteiligt besonders Studierende, die keine Unterstützung von zu Hause bekommen oder auf Bafög angewiesen sind, für das sie in Regelstudienzeit bleiben müssen. Ich habe das Gefühl, nur sehr schwer Einfluss auf Studienorganisation und Lehre nehmen zu können. Meist ist nicht mal ein Tausch eines Seminartermins oder eines Praxistages erlaubt. Sehr hierarchische Strukturen in den Kliniken, die von Generation zu Generation weitergegeben werden, verhindern zudem Veränderungen auf universitärer Ebene. Für meine Nachfolger\*innen wünsche ich mir ein Medizinstudium, das flexibler gestaltet werden kann mit weniger Prüfungsdruck und ein faires PJ. Ich wünsche mir eine praxisnahe Lehre, in der mehr Frauen vertreten sind und dass man nicht als billige Arbeitskraft missbraucht wird.

**trans\* maskuliner Student (Studienabschnitt: Vorklinik)**

Das größte Problem am Medizinstudium ist, dass sich die Lehre gerne selbst als unpolitisch definiert, dadurch weitere Reflexionsprozesse vermeidet und somit weiterhin diskriminierend agieren kann. Außerdem wird in der ärztlichen Ausbildung meist höchstens am Rande und fachlich überholt auf die Bedürfnisse von trans\* und inter Personen eingegangen. Dies hat zur Folge, dass die meisten Fachärzt\*innen im Umgang überhaupt nicht sensibilisiert sind und Betroffene dort wiederholt massiven Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt sind.

# Viele Probleme schon damals gelöst

## Udo Schagen zum Studium der Medizin in der DDR

Seit 1990 gelten für das Medizinstudium an den Hochschulen der neuen Bundesländer die Rechtsvorschriften der neuen Bundesrepublik Deutschland. Ein Teil des ausbildenden Personals verblieb weiter in Kliniken und Instituten der Universitäten (Rostock, Greifswald, Berlin, Halle, Leipzig und Jena) sowie der Medizinischen Akademien (Magdeburg und Dresden) sowie Erfurt, die inzwischen als Hochschuleinrichtung nicht weitergeführt wurde. Sie brachten zwar ihre Erfahrungen in die Ausbildung nach den neuen

Vorschriften ein, aber das Studium war schrittweise dem der westdeutschen Universitäten angepasst worden. Dieser Prozess wurde durch massiven Stellenabbau sowie durch Berufungen westdeutscher Professoren beschleunigt.

Die Qualität der Ärzteausbildung in der DDR im Vergleich zur alten BRD war nie ernsthaft bezweifelt worden. Im Gegenteil, es bestand sowohl in Bundes- und Länderministerien

*Zehn Jahre lang, heißt es,  
Hast du in schönen Schulen  
Die auf Kosten des Volkes errichtet wurden  
Gelernt, zu heilen, und für deine Wissenschaft  
Ein Vermögen ausgegeben.  
Du mußt also heilen können.  
Kannst du heilen?*

Bertolt Brecht

wie in den Ärztekammern Konsens, alle ärztlichen Examina der Ausbildungs- wie der Weiterbildungsphase ohne Weiteres anzuerkennen.

75 Jahre nach Kriegsende und der Bildung zweier deutscher Staaten Raum für den Blick auf die Ausbildungsbedingungen zwischen 1945 und 1990 in der sowjetischen Besatzungszone und dann in der DDR zu geben, ist im allgemeinen Diskurs zu den Nachkriegsjahrzehnten eher die Ausnahme. 1990 hatte ein Fünftel der Gesamtbevölkerung der vereinigten Republik ihr Leben in der DDR verbracht. Diese Sozialisierung wirkt auf die nachgeborenen Jahrgänge weiter. Mir scheint es unumgänglich, die damaligen sowie die Erfahrungen der nachfolgenden Generationen in jede historische Betrachtung einzubeziehen.

Im hier zur Verfügung stehenden Raum ist es nicht möglich, ein vollständiges Bild des Medizinstudiums in der DDR zu geben. Einige bedenkenswerte Charakteristika der DDR-Ausbildung werden vorgestellt, die Kommentierung wird zugunsten der Darstellung von Fakten beschränkt. Am Ende finden sich die Nachweise für alle Angaben sowie auch zusätzlich ausgewählte Literatur.

Das Studium in der DDR orientierte sich an der deutschen Tradition und den bis zum 19. Jahrhundert entwickelten Zulassungsordnungen für den Arztberuf – im Unterschied zu den unter völlig anderen Voraussetzungen entstandenen Anforderungen der Sowjetunion oder Großbritanniens. Anders hätte auch die schon erwähnte prinzipielle Anerkennung aller Abschlüsse nicht erfolgen können.

Besonders dargestellt werden daher

- Ausbildungskapazität und Studenten-Dozenten-Relationen
- Zulassung zum Studium, Frauenförderung, Stipendien,
- die Bedeutung des Akademiker-Verlustes an die BRD,
- das Ausbildungsziel der Hochschulen.

Nicht behandelt wird hier, wieweit die mit der BRD-Approbationsordnung (ApprOÄ) nicht kompatiblen Bestandteile, das Pflegejahr vor der Zulassung und die Militärmedizinische Qualifizierung bzw. das Medizinische Zivilverteidigungspraktikum, den Wissens- und Könnensstand der Absolventen beeinflussen. Auch dazu wird auf die Literatur verwiesen.

### ■ **Ausbildungskapazitäten und Student-Dozent-Relationen (Schagen 1993a)**

Die Gesamtzahl der Absolventen im Studienfach Medizin pro Jahr betrug 1989

- in der DDR 1.615, bei 16,7 Millionen also 9,6 Absolventen/100.000 Einwohner,
- in der BRD 9.846, bei 61,7 Millionen also 16 Absolventen/100.000 Einwohner.

Die Zahl der berufstätigen Ärzte (Arztdichte) betrug 1990 in der DDR 254 Ärzte/100.000 Einwohner und in der BRD 316/100.000 Einwohner, damals beides im internationalen Vergleich ein Wert auf den ersten Rängen.

Die Zahlen für Studienanfänger lagen in den alten Bundesländern nach früherem kontinuierlichem Anstieg etwa ab Beginn der achtziger Jahre relativ konstant bei 11.000 bis

12.000 Studenten jährlich, in der DDR stiegen sie in diesem Zeitraum ebenfalls nur noch von ca. 1.700 auf über 1.800. Den Stand vor der Vereinigung gibt die Tabelle 1 wieder.

**Tab. 1**  
**Studienanfänger der Medizin**

Studienanfänger der Medizin (ohne Zahnmedizin) an medizinischen Fachbereichen und Hochschulklinika der BRD im Jahre 1988		Studienanfänger der Medizin (nicht Stomatologie) an den Hochschulen und medizinischen Akademien der DDR im Jahre 1989	
Aachen	378	Berlin	514
Berlin	785	Dresden	-
Bochum	507	Erfurt	-
Bonn	361	Greifswald	176
Düsseldorf	690	Halle	210
Erlangen-Nürnberg	517	Jena	160
Essen	214	Leipzig	471
Frankfurt/M.	516	Magdeburg	139
Freiburg	512	Rostock	192
Gießen	461	insgesamt	1.862
Göttingen	612	<i>durchschnittlich</i>	207
Hannover	432		
Hamburg	769		
Heidelberg	596		
Kiel	266		
Köln	503		
Lübeck	193		
Mainz	449		
Marburg	451		
München U	697		
München TU	157		
Münster	453		
Tübingen	682		
Regensburg	243		
Saarland	369		
Ulm	355		
Witten-Herdecke	23		
Würzburg	350		
insgesamt	12.541		
<i>durchschnittlich</i>	448		

Ausgehend von den tatsächlichen Gesamt-Absolventenzahlen westdeutscher Universitäten der letzten Jahre (1989: 9.314) sowie den vorliegenden Untersuchungen über Studienabbrecher ergab sich sechs bis sieben Jahre später die Absolventenzahl von etwa 330 im Durchschnitt für die westdeutschen Hochschulen, für die DDR (1989: 1.515) von knapp 170. Auffälligster Unterschied waren die pro Jahr aufgenommenen und ausgebildeten Studenten. Westdeutsche Hochschulen wiesen eine Jahrgangsstärke von ca. 400 auf, ostdeutsche etwa die Hälfte. Um erste Rückschlüsse auf die Ausbildungsintensität zu erlauben, sollen Lehrpersonal- und Bettenzahlen für die klinische Unterweisung mitbetrachtet werden. Als Beispiel dienen die Berliner Hochschulen mit folgenden Anhaltswerten für 1990:

Tab. 2

Freie Universität Berlin (FUB) mit den Klinika Steglitz und Rudolf Virchow	Humboldt-Universität zu Berlin (HUB) Bereich Medizin (Charité)
5.167 Studenten 1.-12. Fachsemester	2.351 Studenten (nur Humanmedizin)
1.230 Wissenschaftliches Personal insgesamt	1.609 Hochschullehrer und sonstiges Akademisches Personal
3.691 Betten	1.943 Betten

Für die FUB wurden, grade weil dadurch der Vergleich schärfer wird, die Studentenzahlen für das 13. und höhere Fachsemester nicht aufgeführt, da sie keine zusätzliche Lehrbelastung verursachten. Die Personalzahl für die HUB enthält, da sie anders nicht zur Verfügung stand, auch die Dozenten für Zahnmedizin, Medizinpädagogik, Krankenpflege und sog. Fremdausbildung mit insgesamt zusätzlichen 1.291 Studenten. Selbst wenn die Personalzahl deshalb um ein Drittel reduziert werden müsste, beliefe sich das Student-Dozent-Verhältnis für die FUB auf 4,2:1 und für die HUB auf 2,2:1. Das Student/Bett-Verhältnis für die FUB wäre 1,4:1, für die HUB 1,2:1. Da es in erster Linie um die früheren Studienbedingungen geht, bleiben die späteren für beide Universitäten, insbesondere aber für die Charité, empfohlenen und dann umgesetzten drastischen Reduzierungen von Betten und Personal hier außer Betracht.

Für die westdeutschen Universitäten wurde zum Wintersemester 1990 aufgrund der 7. Novellierung der ApprOÄ, die ein intensivere Studentenbetreuung zum Ziel hatte, eine Reduzierung der Zulassungszahl um ca. 20% angestrebt und umgesetzt. Eine überschlägige Berechnung ergibt, dass bei Übernahme der westdeutschen Rechtsvorschriften (Approbationsordnung, Landeshochschulrecht) die Charité, statt der früheren jährlichen Zulassung von 300–400 Studenten mindestens 450–600 hätte zulassen müssen, also ohne die inzwischen eingeleiteten Betten- und Personalreduzierungen eine Erhöhung um ca. 50% die Folge gewesen wäre. Wird davon ausgegangen, dass sich die Situation an den anderen DDR-Hochschulen ähnlich darstellte, so hätte dies dort eine Erhöhung der Ausbildungskapazität um insgesamt ca. 800 im

Jahr ergeben. Die mit großem Aufwand betriebene Reduzierung der Studienplätze an den westdeutschen Hochschulen wäre auf alle deutschen Hochschulen gesehen schlagartig wieder um mindestens ein Drittel vermindert, die Zahl der Studenten also nicht so stark reduziert worden. Der Weg, dies zu verhindern, war die schrittweise erfolgende Personalreduzierung an den Hochschulen der neuen Länder einschließlich des Beschlusses, Erfurt als Sitz einer Medizinischen Fakultät ganz aufzugeben.

### ■ Zulassung zum Studium, Frauenförderung, Stipendien

Der spätere Leiter des Instituts für Pathologische und Klinische Biochemie der Charité, Johann Gross, schreibt in seinen autobiographischen Notizen:

»Im Jahre 1956, ich war in der 11. Klasse, informierte unser Klassenlehrer über die Möglichkeiten eines Studiums in der Sowjetunion (SU). Die Vorbereitung darauf und der Abschluss des Abiturs erfolge an der Arbeiter- und Bauern Fakultät >Walter Ulbricht< (ABF II) in Halle. Die Arbeiter und Bauernfakultäten (ABF) waren Bildungseinrichtungen, die vor allem Arbeitern und Bauern, auch älteren Personen, die Möglichkeit bot, das Abitur zu machen. Als Folge des 2. Weltkrieges hatten viele junge Menschen keine Chance, das Abitur abzulegen (...). Das galt erst recht für Kinder von Arbeiter und Bauern, denen aus sozialen Gründen der Weg in die Universitäten verstellt war. Es galt auch, eine neue Intelligenz mit antifaschistischer Gesinnung heranzubilden. Ich bewarb mich aus zwei Gründen: 1. Das Studium in Moskau erschien mir sehr interessant, schließlich hatte die SU den Faschismus besiegt. Eine zweite Sprache perfekt zu erlernen, erschien mir ebenfalls erstrebenswert. (...) 2. Der Wechsel an die ABF II in Halle bedeutete zugleich eine finanzielle Entlastung meiner Eltern. Man galt an der ABF als Student und erhielt ein Stipendium von 188 M monatlich. (...) 1957/58 änderte sich die Linie des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen für das Medizinstudium in der SU, dieses wurde eingestellt. Offensichtlich waren die Studienkonzepte für die Ausbildung (...) zu unterschiedlich.« (Gross 2020)

Arbeiter- und Bauernkinder wurden, zu Lasten der Kinder aus bürgerlichem Elternhaus, bevorzugt zugelassen. Hinter



dieser Feststellung verbirgt sich allerdings eine hohe Komplexität der Entwicklung dieses Prinzips im Einzelnen, auf die hier nicht eingegangen werden kann. Es muss, wie auch für die folgende Darstellung des Frauenanteils, auf die Literatur verwiesen werden (Schagen 1996, 2009). Sie kam auf dem Hintergrund besonderer Förderung zustande. Schon 1964 lagen die Anteile für Absolventinnen des Humanmedizinstudiums bei 56,2%. Dies wirkte sich bis zum Ende der DDR in folgender Weise aus:

**Tab. 3**  
**Die Entwicklung des Anteils der Ärztinnen an allen berufstätigen Ärzten in Prozent**

	Deutsches Reich
1910	0,31
1925	5,37
1935	7,00
1942	12,40

	BRD	DDR
1952	13,3	
1955	14,8	
1960	15,8	26,2
1965	17,2	38,6
1970	19,2	42,5
1975	20,2	47,6
1980	21,6	53,4
1985	24,7	52,6
1990	29,0	53,5

	BRD
1994	35,2

Das Prinzip der besonderen Förderungen bis dahin aus sozialen Gründen selten zum Studium gekommener Studenten machte eine familienunabhängige Finanzierung erforderlich. Ab 1951 erhielten alle (!) Studenten unabhängig vom Familieneinkommen der Eltern ein, später auch erhöhtes, Stipendium in Höhe von 180 Mark als Grund- und zusätzlich bis zu 80 M als Leistungszulage. Ein aus ökonomischen Gründen vom Staatssekretariat für das Hoch-

schulwesen der DDR 1955 unternommener Versuch, Stipendien wieder in Abhängigkeit vom Elterneinkommen zu vergeben, scheiterte auch am Widerstand der Studenten. An Beträge in dieser Höhe war zum damaligen Zeitpunkt in der alten Bundesrepublik nicht zu denken. Das Studentenwerk Göttingen ging für die alte BRD z. B. für 1953/1954 von monatlichen Studienkosten ohne Gebühren von DM 145 aus. Stipendien hätten so gut wie nie die Höhe des Bedarfs erreicht. Nicht einmal ein Recht auf eine einkommensabhängige finanzielle Studienförderung, etwa im Sinne des zum WS 1957/58 eingeführten Honnefer Modells, das ca. 15–20% aller Studenten in Anspruch nehmen konnten und des ab 1971 an seine Stelle tretenden BAFÖG, gab es damals in der BRD (Schagen 2001a).

### ■ Die Bedeutung des Akademiker-Verlustes an die BRD

Ein großes Problem des DDR-Gesundheitswesens war die Aufrechterhaltung einer der Erweiterung prophylaktischer, therapeutischer und metaphylaktischer Möglichkeiten entsprechenden Arztdichte.

Aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung wissen wir, dass »allein bis 1961 (...) über 97.000 akademisch ausgebildete Fachkräfte die DDR verlassen« haben. (Köhler 1995 nach Buck-Bechler in: Benndorf u.a. 2001, S. 91). Im Jahr 1961 stammten 10.267 Ärzte, das waren 10,9% aller Ärzte in der Bundesrepublik, aus der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR, weitere 14,5% waren schon bei Kriegsende aus diesem und den früheren deutschen Ostgebieten stammende Ärzte. Die bekannte, besonders enge Verflechtung der deutschen Ärzteschaft mit den Organisationen des Nationalsozialismus hatte dazu geführt, dass der größte Anteil dieser Ärzte schon zum Kriegsende und kurz darauf die von der sowjetischen Armee eroberten Gebiete Richtung Westdeutschland verlassen hatte. Der Anteil der »SBZ-Flüchtlinge« (BRD-Terminologie bis in die siebziger Jahre) in der Ärzteschaft bzw. der »Republikflüchtigen« (DDR-Terminologie) war bei den west-

deutschen Ärzten doppelt so hoch wie im Durchschnitt der westdeutschen Bevölkerung. 10.267 Ärzten aus der DDR, die in der Bundesrepublik tätig waren, standen in der gesamten DDR nur 14.592 berufstätige Ärzte gegenüber! Von der Gesamtzahl der jeweiligen Medizinstudenten in der DDR wurden für die Jahre 1959 und 1961 29 bzw. 21%, für 1960 sogar 44% als »Abgangsquote« registriert und mindestens für einen Kreis von Fachleuten veröffentlicht. Diese Zahlen sind keine »normalen« Abbrecherquoten, was bei Berücksichtigung des schon damals bestehenden Betreuungssystems der Studenten in Seminargruppen als ganz unwahrscheinlich anzunehmen wäre, sondern sie sind nur auf dem Hintergrund der »Republikflucht« zu erklären. Insgesamt musste diese Situation zu besonderen Anstrengungen um die Erhöhung der Studienplatzzahlen in der Medizin führen, u.a. zur Gründung der drei Medizinischen Akademien in Magdeburg, Dresden und Erfurt. (Schagen 1996). Mit dem Bau der Berliner Mauer 1961 hatte diese Migration von Ost- nach Westdeutschland ein abruptes Ende.

### ■ Das Ausbildungsziel der Hochschulen

Zwei umfangreiche Publikationen geben Informationen über die Entwicklung und Gestaltung des Studiums in den unterschiedlichen Phasen der beiden deutschen Staaten: Ein 500 Seiten starker Band zu »Neuen Wegen in den Fakultäten«, der 1993 als Ergebnis der Kooperation von über 60 Autoren aus Ost und West erschien (Habeck u.a. 1993). Die Berichte von über 15 meist in verantwortlicher Position an der Studienreform der beiden Staaten beteiligter wurden 2000 auf einer wissenschaftlichen Arbeitstagung vorgestellt und dokumentiert. Auch hieraus können nur einzelne Aspekte hervorgehoben werden. (Benndorf u.a. 2001)

Ein in der alten Bundesrepublik unbekannter Aspekt war die Aufteilung der Studienjahrgänge in auf Dauer zusammengehörige Seminargruppen von ca. 20 Studenten mit einem ausgewählten und festen Betreuer aus dem Kreis der Dozenten, deren Aufgabe es war:

- »die Studenten in allen politisch-ideologischen, geistig-kulturellen, allgemein fachlichen und persönlichen Problemen zu beraten und zu betreuen,
- die Gemeinschaftsarbeit zwischen Hochschullehrern und Studenten maßgeblich mitzugestalten und zu entwickeln,
- die Arbeit der gesellschaftlichen Organisationen, insbesondere des sozialistischen Jugendverbandes, zu unterstützen,
- die Entwicklung der Beziehungen zwischen den Mentoreinrichtungen, den Einrichtungen des Berufspraktikums und den von ihnen betreuten Gruppenkollektiven zu unterstützen und im Rahmen eines Aufgabengebietes enge Beziehungen zu diesen Einrichtungen zu unterhalten.« (Ausbildungs- und Erziehungsprogramm von 1969, in Benndorf u.a., 2000, 116).

Eine wesentliche Aufgabe dieser Seminargruppen war es auch, dafür zu sorgen, dass jedes Mitglied über die gegenseitige Unterstützung der Gruppe alle Examina und somit den zeitgerechten Fortgang im Studium durchlaufen konnte. Statt Konkurrenz sollte hier also Kooperation und gegenseitige Unterstützung gelernt werden.

In der alten Bundesrepublik war das Studium »auf eine Ausbildung auszurichten, welche die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs« zum Ziel haben sollte. Der Begriff »selbständig« wies im gesundheitspolitischen Diskurs auf das Recht zur Niederlassung in eigener Praxis hin, assoziierte also immer die Möglichkeit der vollständig selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs in eigener Praxis. Gleichzeitig bestand aber unter den für die Lehre Verantwortlichen schon lange Konsens, dass die Fakultäten dies seit langem nicht mehr leisten konnten. Die Vorschrift war und blieb das Ergebnis des langjährigen Kampfes ärztlicher Standesvertreter, die damit eine ansonsten unvermeidliche Pflichtweiterbildung vor der Niederlassung verhinderten. Die DDR kannte dagegen eine mindestens vierjährige obligatorische Weiterbildung für alle Ärzte im Anschluss an das Medizinstudium. Daher konnten die Inhalte der Basisausbildung an der Hochschule auf die wesentlichen Punkte reduziert und das für eine selbständige Tätigkeit notwendige Spezialwissen dann in der Weiterbildungsphase vermittelt werden. (Schagen in Habeck u.a. 1993, S. 4/5).

## ■ Zusammenfassung

Mindestens bis zum Mauerbau 1961 hatte das DDR-Studien- und Gesundheitswesen mit der Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten in den Westen zu kämpfen. Im Sinne eines Brain-Drain profitierte die alte Bundesrepublik von den hohen Investitionen der DDR in ihr Bildungswesen in erstaunlichem Maße – etwa wie dies für die ökonomisch besser aufgestellten alten Kolonialmächte gegenüber Entwicklungsländern der Fall war.

Zum Zeitpunkt des Beitritts der neuen Bundesländer sprachen die wichtigsten objektiv zu erfassenden Basisdaten für qualitativ bessere Bedingungen des Medizinstudiums an den Fakultäten der DDR im Vergleich zur alten Bundesrepublik. Das Verhältnis sowohl von Dozenten wie von Betten zu den Studienjahrgängen war deutlich günstiger. Die Unterstützung



der Studenten bei der Aneignung des Stoffes durch die Organisation des Unterrichts in kontinuierlich betreuten Seminargruppen von je 20 Studenten war deutlich größer. Zudem waren die Studienjahrgänge je Hochschule kleiner und damit sowohl für die Studierenden wie für die Dozenten besser überschaubar.

Die heute wieder viel diskutierte und beklagte kontinuierliche Reproduktion neuer Ärztgenerationen aus der gleichen sozialen, in der Regel besonders privilegierten, Schicht und die gleichzeitig weiter bestehende Benachteiligung von Studienbewerbern aus bildungsfernen Schichten, in der DDR-Terminologie: Arbeiter- und Bauernkinder, war in der DDR bzw. schon in der SBZ aufgrund grundsätzlicher politischer Entscheidungen zum Hochschulzugang auf einen anderen Weg gebracht worden. Dies ging mit einer sehr frühen Regelung der familienunabhängigen Stipendienvergabe für alle Studenten einher, so dass im Unterschied zu der in diesem Heft geschilderten Situation (siehe den Beitrag, S. 12ff.) keine finanziellen Hürden mehr vor der Aufnahme eines Studiums bestanden.

Ebenfalls sorgten schon kurz nach dem Krieg besondere Förderprogramme dafür, dass der Frauenanteil zunächst im Studium, dann aber auch bei den berufstätigen Ärztinnen zu gleichberechtigten Anteilen an den Absolventen aber auch der Berufstätigen führten, von denen die Bundesrepublik weit entfernt war. Sogar bei den leitenden Positionen konnte ein zwar langsamer aber doch auch deutlicher Anstieg beobachtet werden (Schagen 1996).

Das ebenfalls in diesem Heft (siehe Beitrag S. 7ff.) beklagte Kernproblem der bei uns immer noch bestehenden völligen Desintegration von Ausbildung und Weiterbildung war in der DDR dadurch gelöst, dass das Ausbildungsziel des Hochschulstudiums in verlässlicher Weise mit den Weiterbildungszielen der Facharztqualifikation über die staatliche Verantwortung und die Organisation des Übergangs verknüpft war.

*Udo Schagen ist Arzt; er leitete von 1986 bis 2004 die Forschungsstelle Zeitgeschichte der Medizin, zunächst an der FUB und dann an der Charité / Universitätsmedizin Berlin.*

*Das Literaturverzeichnis finden Sie auf der Homepage <https://gbp.vdaee.de/> oder Sie bekommen es von der Geschäftsstelle.*

# Unausgegoren...

## Gerd Dielmann zur Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen

Gerd Dielmann stellt uns die Reform der Pflegeberufsausbildung vor und diskutiert deren Fallstricke. Außerdem geht er auf die geplante Hochschulausbildung für Pflegekräfte ein. Die Bilanz ist ernüchternd.

Nach langen Geburtswehen wurde die groß angekündigte Ausbildungsreform der Pflegeberufe mit dem *Pflegeberufegesetz* vom 17.07.2017 und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vom 02.10.2018 vorläufig abgeschlossen. Erste kleinere Änderungen wurden zwischenzeitlich bereits vorgenommen, zuletzt mit dem 2. *Bevölkerungsschutzgesetz* vom 19.05.2020. Die ersten Ausbildungen konnten ab 1. Januar 2020 beginnen.

Wesentliche Elemente der Reform sind:

- eine Neustrukturierung der Ausbildung mit einem »generalistisch« ausgerichtetem Berufsabschluss und neuer Berufsbezeichnung »Pflegefachfrau/Pflegefachmann«,
- Abschaffung des Schulgelds in der Altenpflege durch eine einheitliche Finanzierung über Ausgleichsfonds,
- Vorbehaltstätigkeiten für Pflegefachkräfte,
- eine grundständige Hochschulausbildung, die Berufs- und Hochschulabschluss verbindet auch als Regelausbildung,
- Qualitätsverbesserungen durch den bundesrechtlichen Rahmen mit Tendenzen zur Verschulung der Berufsausbildung und stärkerer Selektion.

### ■ Die »generalistische« Ausbildung der Pflegeberufe – eine Mogelpackung?

Im Pflegeberufegesetz (PflBG) werden die bisher auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen ausgebildeten Pflegeberufe mit Abschlüssen in allgemeiner Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege zusammengeführt. Dazu gehören auch neue Finanzierungsgrundlagen mit dem erfreulichen Nebeneffekt, dass Schulgeldzahlungen in der Altenpflegeausbildung auch dort, wo sie noch üblich waren, endlich abgeschafft werden. Das aus der Ausbildung im Krankenhaus bekannte Finanzierungsmodell über Ausgleichsfonds wird erweitert und dient für die einheitliche Ausbildung als Vorbild.

Träger der praktischen Ausbildung können jetzt neben Krankenhäusern und Altenheimen auch ambulante Pflegedienste sein. Als Ergebnis eines Kompromisses innerhalb der großen Koalition können neben dem neuen Abschluss als **Pflegefachfrau/-fachmann** zunächst befristet auch weiter-

hin die Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger\*in und Altenpfleger\*in erworben werden. Der theoretische und praktische Unterricht im Umfang von mindestens 2.100 Stunden erfolgt an Pflegeschulen, die sich in gleicher Trägerschaft befinden oder vertraglich mit dem Ausbildungsträger verbunden sein müssen. Ausbildungsträger ist immer ein Betrieb. Der Betrieb ist Vertragspartner des/der Auszubildenden und insbesondere für die praktische Ausbildung verantwortlich.

Die Ausbildungsstruktur sieht für die praktische Ausbildung **Orientierungs-, Pflicht- und Vertiefungseinsätze** vor und enthält bei einem Mindestumfang von 2.500 Stunden weitere Einsätze zur freien Verteilung. Die Kompetenzentwicklung im Bereich der pädiatrischen Versorgung fällt für Pflegefachfrauen- und -männer im Regelfall äußerst bescheiden aus. Lediglich 120 Ausbildungsstunden, die in einer Übergangszeit bis 2024 gar noch auf 60 Stunden halbiert werden können, sind zwingend vorgeschrieben. Das sind etwa eineinhalb Wochen und damit nicht mehr als bereits bisher im Krankenpflegegesetz vorgesehen war. Wie in eineinhalb Wochen die im Ausbildungsprofil beschriebenen Kompetenzen in der »Pflege von Menschen aller Altersstufen« (Anl. 6 PflAPrV) entwickelt werden sollen, bleibt das Geheimnis des Ordnungsgebers.

Andererseits ist es auch möglich, den überwiegenden Teil der praktischen Ausbildung im Rahmen der Pflicht- und Vertiefungseinsätze in der pädiatrischen oder psychiatrischen Pflege zu absolvieren, wenn der Ausbildungsträger eine Kinderklinik oder Psychiatrie ist, mit entsprechenden Möglichkeiten, die Auszubildenden in der Akut- oder Langzeitpflege einzusetzen. Folgerichtig sind die **Vertiefungseinsätze** als Anlage zur Urkunde über die Berufserlaubnis beizufügen, damit bei Bewerbungen der Ausbildungsschwerpunkt erkennbar ist.

Möglich sind nunmehr verschiedene Qualifikationsprofile: Pflegefachfrauen und -männer mit Vertiefung in Akut-, Langzeit-, ambulanter, psychiatrischer und pädiatrischer Pflege, spezialisierte Abschlüsse in Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege sowie ein Hochschulabschluss in allgemeiner Pflege.

Viele bisherige Träger der Altenpflegeausbildung werden die Vorgaben zur Ausbildung in der Akutversorgung, in



der pädiatrischen und psychiatrischen Versorgung vor schwer lösbare Aufgaben stellen. Für ambulante Pflegedienste ist die Ausbildung ohnehin wenig attraktiv. Sie werden selbst dann, wenn 1.300 Ausbildungsstunden beim Ausbildungsträger verbracht werden, nur selten in der Lage sein, die verschiedenen Anforderungen umzusetzen, die sich aus Ausbildungszielen und Kompetenzbeschreibungen ergeben. Die bisher für alle drei Abschlüsse erreichten Ausbildungszahlen von etwa 140.000 Auszubildenden<sup>1</sup> wird der dann in Deutschland mit Abstand zahlenmäßig größte Ausbildungsberuf kaum mehr erreichen, geschweige denn – wie politisch beabsichtigt – übertreffen können.

### ■ Vorbehaltstätigkeiten und Pflegeassistenz

Während die ausdrückliche Berechtigung zur Ausübung definierter heilkundlicher Tätigkeiten<sup>2</sup> im PflBG nicht mehr auftaucht, werden erstmals von den Berufsverbänden gefeierte **Vorbehaltstätigkeiten** festgelegt. Den nach diesem Gesetz Qualifizierten (und Gleichgestellten) sollen in der Berufsausübung künftig die *Erhebung des Pflegebedarfs, die Organisation des Pflegeprozesses* und seine *Evaluation* vorbehalten sein, also allen anderen untersagt werden. Nicht vorbehalten wird die *Planung, die Durchführung* und die *Dokumentation der Pflege*, die gleichwohl als Ausbildungsziel für die Pflegefachfrauen und -männer bestehen bleiben. Da weder medizinische noch therapeutische Berufe bislang eine Neigung gezeigt haben, den Pflegefachkräften diese Tätigkeiten streitig zu machen, kann sich die »Operation Vorbehalt« nur gegen die Pflegeassistenzkräfte und andere Helfer\*innen richten, die in den letzten Jahren zunehmend pflegerische und pflegenah Aufgaben übernehmen mussten. Beflissene Pflegewissenschaftler\*innen haben dazu bereits unter dem Stichwort »Qualifikationsmix« einschlägige Projekte durchgeführt.<sup>3</sup> Anstatt den Pflegeprozess als ganzheitliches Geschehen zu begreifen, bei dem Bedarfserhebung, Begründung, Durchführung, Dokumentation und Auswertung in einer Hand liegen, soll Pflegearbeit

verbilligt werden, indem die **Durchführung der Pflege** auch in den Krankenhäusern in höherem Maße auch Assistenzkräften überantwortet wird. Damit nicht genug, soll diesen oft zweijährig ausgebildeten Pflegekräften, u.a. die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Auswertung ihres pflegerischen Bemühens und deren Qualitätssicherung bei Strafandrohung verboten werden.<sup>4</sup>

Um diese Tendenz zu unterstützen wird eine Zwischenprüfung eingeführt, die zwar bei Nichtbestehen nicht zwingend zum Ausbildungsabbruch führen soll, es den Bundesländern aber ermöglicht, bis dahin erreichte Qualifikationen auf eine landesrechtliche Ausbildung in einem Pflegeassistenzberuf anzurechnen.<sup>5</sup>

### ■ Verbesserte Qualitätsstandards und verstärkte Auslese

Insgesamt positiv zu werten sind die neuen Anforderungen an Pflegeschulen hinsichtlich der Ausstattung, der Qualifikation der Lehrkräfte, der Entwicklung schulinterner Curricula und der Praxisbegleitung. Aber die Tendenzen zur Verschulung durch Übertragung von Aufgaben, die in die Verantwortung der Betriebe gehören, wie die Überprüfung der betrieblichen Ausbildungspläne und Ausbildungsnachweise, die Bewertung der praktischen Ausbildung und die Beteiligung bei Abschluss der Ausbildungsverträge und bei Kündigungen, sind einer Stärkung der betrieblichen Berufsbildung und der diesbezüglichen Verantwortung der Betriebe eher abträglich. Verbessert werden die Vorgaben für die praktische Anleitung (10 % der Stunden je Einsatz) und die betrieblichen Ausbildungspläne.

Die Auszubildenden werden verschärftem Prüfungsdruck ausgesetzt durch vorgeschriebene Benotungen in Theorie und Praxis, durch Jahreszeugnisse und Vornoten, die zumindest in der Krankenpflegeausbildung bis dahin nicht üblich waren. Dies und auch die Zwischenprüfung wird zu vermehrten Ausbildungsabbrüchen führen. Die Fehlzeitenregelung wird verschärft, anstatt an die bereits üblichen gesetzlichen und tariflichen Freistellungsmög-

lichkeiten angepasst zu werden.<sup>6</sup> Dabei liegt der Anteil der nicht erfolgreich absolvierten Ausbildungen bereits heute zwischen 24 und 29%.<sup>7</sup>

Endlich wird vorgeschrieben was im dualen Berufsbildungssystem längst gilt: Bundesweit einheitliche Rahmenlehrpläne und Ausbildungsrahmenpläne für die betriebliche Ausbildung, die Beteiligung des Bundesinstituts für Berufsbildung und die Erhebung statistischer Daten, die für eine Weiterentwicklung der Ausbildung unerlässlich sind.

### ■ Hochschulausbildung oder: Die Rückkehr der höheren Töchter in die Pflege?

Eine Hochschulausbildung soll künftig nicht mehr nur im Modellversuch erlaubt sein, sondern auch als Regelausbildung. Dabei ist weiterhin unklar, welches denn die Tätigkeiten sind, die einer Hochschulausbildung bedürfen und nicht auf herkömmliche Weise in Aus- und Weiterbildung gelernt werden können. Nach Aussagen des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Gröhe ist das Ziel der hochschulischen Ausbildung, »die Erkenntnisse der Pflegewissenschaften in den Pflegealltag hineinzutragen und so zu einer guten Verbindung nicht zuletzt für hochkomplexe Pflegebedarfe, für Leitungsaufgaben etc. zu kommen«<sup>8</sup>.

Die im Gesetz formulierten zusätzlichen Ausbildungsziele der Hochschulausbildung sind allerdings kaum geeignet, ein abgrenzbares Berufsprofil zu zeichnen, das in erster Linie »zur unmittelbaren Tätigkeit an zu pflegenden Menschen« (§ 37 Abs. 1 PflBG) befähigen soll. Zudem können die Kompetenzen zur Steuerung »hochkomplexer Pflegeprozesse« und erst recht für die Leitung eines Pflegeteams schwerlich im Rahmen einer Erstausbildung an einer Hochschule erworben werden. Der Zusatznutzen einer Hochschulausbildung für die unmittelbare Pflege gegenüber der beruflichen Ausbildung in Betrieb und Schule ist bislang nicht erkennbar. Der Bachelorabschluss mag allenfalls als Ausgangspunkt einer weiteren Hochschulqualifikation in Pflegewissenschaft, -management oder -pädagogik nützlich sein.





# Kölner Bündnis für mehr Personal im Gesundheitswesen

## ■ Rechtlos und vogelfrei

Für die Studierenden gelten keine ausbildungsrechtlichen Schutzvorschriften, keine Ausbildungsvergütung, keine geregelten Ausbildungszeiten usw., obwohl der überwiegende Teil der Ausbildung, nämlich mindestens 2.300 Stunden, sinnvollerweise weiterhin in der betrieblichen Praxis erfolgen soll. Nicht einmal Praktikumsverträge sind gesetzlich vorgeschrieben. Der Hauptgeschäftsführer der *Deutschen Krankenhausgesellschaft* (DKG), Georg Baum, nannte als Vorteile für die Studierenden, dass sie keinen arbeitsrechtlichen Bindungen und keinen Urlaubsregelungen unterliegen. Dafür hätten sie auch keinen Anspruch auf Praktikantenvergütungen. Sie zu zahlen oder nicht sei dem Arbeitgeber vorbehalten.<sup>9</sup>

An der schon im Regierungsentwurf vorgesehenen Ausgestaltung der Hochschulausbildung haben die Koalitionsfraktionen ungeachtet der von Gewerkschaftsseite vorgetragene Kritik festgehalten. Es bleibt dabei: Es gibt keine arbeitsrechtliche Absicherung der Studierenden. Keine für Auszubildende üblichen Schutzrechte, keine Vergütung, keine geregelten Ausbildungsbedingungen. Auch die praktische Ausbildung, die etwa den gleichen Umfang wie bei der betrieblich-schulischen Ausbildung hat, wird von der Hochschule organisiert und verantwortet. Studierende werden so zu vogelfreien Praktikant\*innen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

Leider konnte sich ver.di mit ihrer Forderung nach geregelten Ausbildungsbedingungen für Studierende während der praktischen Ausbildung einschließlich einer angemessenen Vergütung nicht durchsetzen. In der zwischenzeitlich ebenfalls als Hochschulausbildung neu gestalteten Hebammenausbildung wurden sowohl eine angemessene Vergütung als auch ausbildungsrechtliche Mindeststandards während der Praxisphasen gesetzlich verankert.<sup>10</sup>

## ■ Soziale Auslese wird verstärkt

Unter den Bedingungen einer fehlenden sozialen Absicherung der praktischen Ausbildung wird die ohnehin für Studiengänge bereits typische soziale Auslese weiter verschärft. Die soziale Herkunft wird noch stärker darüber entscheiden, ob ein solches Studium absolviert werden kann. Nach der letzten Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks stammen bereits jetzt mehr als die Hälfte aller Studierenden (2016: 52%, 2012: 50%) aus einem Haushalt, in dem mindestens ein Elternteil über einen Hochschulabschluss verfügt. 1994 waren es nur 35%. Der Anteil der Studierenden, von denen ein Elternteil als höchsten Abschluss über eine Lehre oder einen Facharbeiterabschluss verfügt, lag 2016 bei 25%, 1994 waren es noch 33%. Der Anteil der Studierenden mit Eltern ohne Berufsabschluss ist zwar von 2% (2012) auf 3% gestiegen, bleibt aber auf nied-

rigstem Niveau.<sup>11</sup> Eine Verbesserung dieser Situation ist auch für die nächste Sozialerhebung nicht zu erwarten.

Zum Vergleich: Der Anteil derjenigen mit abgeschlossener Berufsausbildung an den 27,8 Mio. sozialversicherungspflichtig Beschäftigten lag 2011 bei 60,4% und derjenigen mit abgeschlossener Hochschulausbildung bei 11,3% (IAB 2017). Von Durchlässigkeit und Chancengleichheit kann also im deutschen Bildungssystem nicht die Rede sein. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber es im PflBG versäumt hat, eine höhere Durchlässigkeit von der beruflichen Pflegeausbildung in die Hochschulausbildung zu gewährleisten. Die im Gesetz vorhandene Regelung (§ 38 Abs. 5 PflBG) überlässt es als Soll-Vorschrift den Ländern oder Hochschulen, den Umfang der Anrechnung auf die Hochschulausbildung festzulegen.

Die soziale Lage der Studierenden wird durch die Förderungsmöglichkeiten des *Bundes-Ausbildungsförderungsgesetzes* (BAföG) nur unzureichend verbessert. Nur etwa 18% der Studierenden (584.000) werden überhaupt gefördert.<sup>12</sup> Eine Vollförderung erhalten nur 394.000 von allen Geförderten. Im Sommersemester 2016 lag der durchschnittliche Förderungsbetrag für Studierende bei 435 €. Der weitaus größte Teil (86%) ist auf finanzielle Unterstützung der Eltern angewiesen und 61% müssen während des Studiums durch andere Tätigkeiten einen Beitrag zu ihrem Lebensunterhalt erwirtschaften.<sup>13</sup> Eine Nebenerwerbstätigkeit ist bei einem Pflegestudium, bei dem etwa ein-

einhalb Jahre (mind. 2.500 Std.) eines drei- bis dreieinhalbjährigen Bachelorstudiums aus Praxiseinsätzen bestehen, nur noch schwer organisierbar. Es ist also zynisch, wenn bei Auszubildenden und Studierenden der Gesundheitsberufe als Begründung für vorenthaltene Ausbildungsvergütungen auf die unzureichenden Förderungsmöglichkeiten des BAföG verwiesen wird.

### ■ Unklare Berufsaussichten für Hochschulabsolvent\*innen

Betrachtet man die Berufsaussichten, so ist weiterhin unklar, welche anderen Tätigkeitsfelder die Studierenden nach Abschluss der Hochschulausbildung erwarten. Ein Bedarf auf dem Pflegearbeitsmarkt für die hier vermittelten Qualifikationen wird zwar vielfach behauptet, konnte aber bislang nicht schlüssig nachgewiesen werden. Nach einer vergleichsweise aktuellen Verbleibstudie aus NRW konnten über 40% der Absolvent\*innen die durch das Hochschulstudium in der Pflege im Rahmen von Modellversuchen erworbenen Qualifikationen gar nicht oder nur wenig nutzen. Der Anteil derjenigen, die sie in hohem und sehr hohem Maße nutzen konnten lag lediglich bei 15,9% bzw. 9,3%.<sup>14</sup> Die Frage, ob sie falsch qualifiziert wurden oder die erworbenen Qualifikationen nur nicht anwenden konnten, weil sie nicht gebraucht wurden, ist damit noch nicht beantwortet. In Einsatzbereichen, in denen die Qualifikationen weitgehend denen der beruflich ausgebildeten entsprechen, »gelingt die Nutzung der hochschulisch erworbenen Qualifikationen und Kompetenzen nur dann, wenn die Rahmenbedingungen (z.B. zeitliche Aspekte, Personalbesetzung und Arbeitsgestaltung) entsprechenden Freiraum bieten. Diesen Freiraum erkennen in der vorliegenden Studie insbesondere freiberuflich Tätige.«<sup>15</sup> Eine freiberufliche Berufsausübung ist bei Pflegeberufen eine seltene Ausnahme, wenn nicht weitgehend ausgeschlossen.

Die Verlegung eines Teils der Pflegeausbildung an die Hochschule scheint auch weniger arbeitsmarktpolitischen Erwägungen oder Bedarfen in der Gesundheitsversorgung geschuldet zu sein als vielmehr berufsständischen Bemühungen, nach der Einrichtung

erster Pflegekammern, nun einen weiteren Schritt zum angestrebten Status als »Profession« zu gehen. Dieses Bemühen trifft sich mit den Interessen einer weiteren Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die unter dem Vorwand der Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs die in den letzten Jahren im Pflegedienst wieder forcierte Trennung von Kopf- und Handarbeit weiter voranzutreiben und so das Berufsfeld Pflege für die Rückkehr der »höheren Töchter« vorzubereiten, die dann wie seinerzeit im 19. Jahrhundert das proletarische Wartepersonal zu beaufsichtigen und zu überwachen haben. Der vergleichsweise hohe Anteil an Pflegefachkräften im Pflegedienst der Krankenhäuser von über 80%<sup>16</sup> ist, neben der Verbilligung der ärztlichen Arbeitskraft durch die Schaffung neuer Arztassistentenberufe<sup>17</sup> und die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf anderes Fachpersonal, der nächste Angriffspunkt, »Wertschöpfungspotentiale« zu heben. Die Ausbildungsreform der Pflegeberufe liegt auf dieser Linie einer weiteren Ausdifferenzierung im ohnehin schon vorhandenen Qualifikationsmix aus un- und angelernten, ein- oder zweijährig ausgebildeten Pflegekräften, Pflegefachkräften mit dreijähriger Ausbildung und solchen mit Weiterbildung sowie regelhaft an Hochschulen ausgebildeten Pflegekräften. Die ökonomische Maxime, Pflegearbeit von der jeweils billigsten Arbeitskraft verrichten zu lassen, könnte dazu führen, dass eine relativ kleine Zahl an gut ausgebildeten Pflegefachkräften, eine wachsende Zahl an Assistenzkräften anzuleiten und zu beaufsichtigen hat. Ein Beitrag zur Attraktivitätssteigerung für alle Beschäftigten im Pflegedienst ist das wohl nicht.

### ■ Attraktivitätssteigerung oder Abbau von Ausbildungsplätzen?

Das Ziel einer »Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs«<sup>18</sup> wird bei den diversen Abschlüssen und differenzierten Gestaltungsmöglichkeiten durch die Ausbildungsträger kaum erreicht werden können. Eher ist zu erwarten, dass die Umstellung besonders bei bisherigen Trägern der praktischen Ausbildung im Bereich der Altenhilfe zu ei-



nem Ausbildungsplatzabbau führen wird, weil sie den gesetzlichen Anforderungen nicht genügen können oder wollen. Sie könnten eher darauf setzen, dass durch den forcierten Ausbau von zweijährigen Ausbildungen in Pflegeassistentenberufen der Personalbedarf gedeckt werden kann und die Vorgaben zur Fachkraftquote durch Anerkennung dieser Ausbildungsabschlüsse als Pflegefachkräfte angepasst werden. Die Hochschulausbildung leidet unter unzureichenden Vorgaben zum Berufsprofil und vor allem unter unzumutbaren Ausbildungsbedingungen für die Studierenden während der praktischen Ausbildung. Der Ansturm auf die bereitgestellten Studienplätze wird sich da wohl in Grenzen halten.

*Gerd Dielmann ist Krankenpfleger und Pädagoge, hat lange an einer Pflegeschule gelehrt und war dann Gewerkschaftssekretär bei ver.di.*

- 1 Statistisches Bundesamt (Destatis), Bildung und Kultur, Fachserie 11 Reihe 2, 2019
- 2 In den bisherigen Berufszulassungsgesetzen war die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten unter bestimmten Voraussetzungen ausdrücklich erlaubt (§ 1 Abs. 2 S. 2 KrPflG/§ 1 S. 2 AltPflG).
- 3 Darmann-Finck, I./Baumeister, A./Greiner, A.-D.: »Projektbericht. Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus«, Bremen 2016
- 4 Vgl. a. Dielmann, Gerd: »Doch keine generalistische Ausbildung der Pflegeberufe?«, in: Infodienst Krankenhäuser, Nr. 74, September 2016, S. 28; <https://gesundheit-soziales.verdi.de/service/publikationen>
- 5 Deutscher Bundestag Drucksache 19/2707, S. 93
- 6 Dielmann, Gerd: »Ausbildungsreform der Pflegeberufe: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung verabschiedet«, in: Infodienst Krankenhäuser, Heft Nr. 83, Dezember 2018, S. 38–41

- 7 Dielmann, Gerd: »Fachkräftemangel? Hausgemacht!«, in: drei 66, Fachbereichsbeilage des Fachbereichs 3 zur Mitgliederzeitung der ver.di, Oktober 2018, S. 3; s.a. »Ende vor dem Abschluss«, in: drei 65 April/Juli 2018, S. 1
- 8 Deutscher Bundestag 240. Sitzung, Plenarprotokoll 18/240 vom 22.06.2017, S. 24492
- 9 »Ansonsten gelten die Vorteile des Studenten. Er hat keinen Arbeitsvertrag. Damit unterliegt er weder arbeitsrechtlichen Bindungen noch arbeitsrechtlichen Disziplinierungsmöglichkeiten. Er unterliegt auch keiner Urlaubsregelung, wie derjenige, der einen Arbeitsvertrag abschließt. Auf der anderen Seite fehlen ihm die gesicherten Finanzierungsvorteile des Arbeitsvertrages. Damit bleibt die Praktikantenvergütung, wenn Studierende in Einrichtungen Praktika machen, eine Sache, die am Ende dem Arbeitgeber vorbehalten ist.« (Georg Baum (DKG): »Sachverständigenanhörung zum Pflegeberufereformgesetz am 30.05.2016«, Wortprotokoll, S. 35, [https://www.bundestag.de/ausschues\\_se/ausschuesse18/a14/anhoerungen/pfbbrefg-inhalt/420494](https://www.bundestag.de/ausschues_se/ausschuesse18/a14/anhoerungen/pfbbrefg-inhalt/420494) – Neben einem Video der Anhörung finden sich hier auch die Stellungnahmen und das Wortprotokoll.
- 10 Hebammenreformgesetz (HebRefG) vom 22.11.2019 (BGBl. I S. 1759)
- 11 Middendorff, E., ApolinarSKI, B., Becker, K., Bornkessel, P., Brandt, T., Heißenberg, S. & Poskowsky, J.: »Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in Deutschland 2016. Zusammenfassung zur 21. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks – durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung«, Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 2017, S. 27
- 12 Middendorff et al., a.a.O. S. 53
- 13 Ebenda, S. 42
- 14 Dieterich et al. (Hrsg.): »Verbleibstudie der Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge in Nordrhein-Westfalen (VAMOS)«, Abschlussbericht, S. 75, Bochum 2019
- 15 Ebenda, S. 15
- 16 Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): »Zahlen. Daten. Fakten«, Berlin 2018
- 17 vgl. Dielmann, Gerd: »Neue Berufe zwischen Medizin und Pflege – Bedarfe und Regelungsnotwendigkeiten«, in: Pundt, Johanne/Kälble, Karl (Hrsg.): »Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte«, S. 51–3, Bremen 2015
- 18 Deutscher Bundestag, Drucksache 18/7823, S. 1



# Auf die Ohren...

## Unabhängige Podcasts von Medizinstudierenden

Zum Ende empfehlen wir zwei Podcasts von aktivistischen Medizinstudierenden, die politische Bildungsarbeit leisten. Podcasts sind neue Formate, über die Audio-Inhalte online abrufbar sind, ähnlich wie eine Radiosendung. Wir haben den Autor\*innen ein paar Fragen zu ihren Podcasts gestellt. Im Folgenden stellen sie sich kurz vor.

## Heile Welt Podcast

### 1. Könnt Ihr Euch und Euren Podcast einmal kurz vorstellen?

Wir sind Pia und Madeleine, studieren beide Medizin, in Köln und Leipzig. Wir haben uns in unserem Auslandssemester in Mexiko kennengelernt und dort zusammen den Podcast gestartet. »Heile Welt« soll Denk- und Diskutieranstoß sein für wichtige, aber häufig unterschätzte Themen in der Medizin mit Schnittpunkten in Politik und Ethik.

### 2. Wie entsteht eine Folge?

Nachdem wir uns ein Thema ausgesucht haben, recherchieren wir für ca. zwei bis drei Wochen und fuchsen uns da rein. Dabei springen uns häufig auch die Interviewpartner\*innen ins Auge, zu denen wir Kontakt aufnehmen und mit denen wir ein Vorgespräch vereinbaren. Danach folgt die Aufzeichnung des wirklichen Interviews – meist online. Anschließend kommt



nur noch der lange, etwas leidige Prozess der Nachbearbeitung, bis die Folge veröffentlicht werden kann. Insgesamt sitzen wir ca. ein bis zwei Monate an einer neuen Folge.

### **3. Was ist eine Folge, deren Produktion Euch besonders in Erinnerung geblieben ist?**

Die Folge mit Dr. Amma Yeboah zum Thema *Geschlechts-sensible Medizin* war unglaublich inspirierend. Amma hat sehr bereichernde Ideen und sowohl beim Vortreffen als auch nach der richtigen Aufnahme saßen wir noch lange zusammen und konnten kaum aufhören, das Thema weiterzudenken.

### **4. Laut Eurer Eigenbeschreibung möchtet Ihr eine Lücke in der Lehre füllen. Was heißt das für uns als Zuhörer\*innen?**

Wir sehen das Format als ein Empowerment, eigene Fragen zu stellen und sich weiter mit den Inhalten auseinanderzusetzen. Gleichzeitig gewinnt man einen persönlichen Bezug zu diesen sensiblen Themen durch die Stimme unserer Expert\*innen.

### **5. In 5 Jahren... ?**

Werden wir beide Ärztinnen sein in einem hoffentlich fairen, bedarfsorientierten Gesundheitssystem, das klimaneutral arbeitet, frei von Sexismus und Rassismus ist, in dem Schwangerschaftsabbrüche legal zur normalen Versorgung gehören und wir interdisziplinär und auf Augenhöhe alle im Team zusammenarbeiten. Vielleicht sind 5 Jahre dafür aber etwas zu optimistisch.

Heile Welt Podcast:  
<https://heileweltpodcast.com/>  
Kontakt: [heile.welt@posteo.de](mailto:heile.welt@posteo.de)



Person zu einem rassistischen Kommentar kam, über den wir viel diskutiert haben. Unser erster Impuls war es, ihn einfach rauszuschneiden. Nach viel Kopfzerbrechen haben wir uns dazu entschieden, ihn drin zu lassen und zu kommentieren. Wir haben gemerkt, wie schwer es uns fällt, Widersprüche auszuhalten – insbesondere, wenn sie von Personen kommen, die vermeintlich per se einen revolutionären Geist haben sollen. Um diesen Kommentar nicht einfach »unter den Tisch zu kehren« und eine identitätspolitische Idealisierung von unterdrückten Personengruppen in Frage zu stellen, haben wir unsere Gedanken dazu reingeschnitten. Für uns gilt, dass ein Aushalten von Widersprüchen weder zu einer Entsolidarisierung, noch zu einer Abwertung der übrigen Beiträge der Person führt. Wir haben gemerkt, was Schneiden bedeutet und wie schwierig, obgleich wichtig es ist, direkt im Gespräch zu reagieren. Einen guten, politischen Podcast zu machen, finden wir verdammt herausfordernd.

### **4. Laut Eurer Eigenbeschreibung, wollt Ihr in Zeiten von Corona politisieren. Was heißt das für uns als Zuhörer\*innen?**

Es geht uns darum, die Probleme nicht individuell zu begreifen und nicht »solidarisch zu sein«, indem wir einander Danke sagen, dass wir ausgebeutet und unterdrückt werden, sondern die Klassengesellschaft, samt ihres Rassismus und Sexismus zu bekämpfen.

### **5. In 5 Jahren... ?**

Machen wir den Podcast noch immer und blicken hoffentlich auf diese »komische Corona-Zeit« zurück, die uns in eine Zukunft geführt hat, die sich nach den Bedürfnissen der Menschen richtet.

Kritis on Air – Linke Stimmen zu Gesundheit und Gesellschaft:  
<http://kritischemedizinerinnen.blog-sport.eu/2020/03/30/kritis-on-air-der-podcast-der-kritischen-medizinerinnen/> –  
Kontakt: [kritischemediziner\\_innen@riseup.net](mailto:kritischemediziner_innen@riseup.net)



## **Kritis on Air**

### **1. Könnt Ihr Euch, Euren Podcast und die Idee dahinter einmal kurz vorstellen?**

Durch Corona ist greifbar geworden, dass ein kapitalistisches Gesundheitssystem nicht in der Lage ist, Menschen gesund zu machen. Wir wollen die Zusammenhänge zwischen den prekären Bedingungen von Gesundheit, Wohnen, Bildung und Arbeit herstellen und haben uns dieses Podcast-Format ausgesucht.

### **2. Wie entsteht eine Folge?**

Wir haben das Ziel, eine materialistische Analyse der Umstände und politische Antworten zu finden. Dazu lesen wir als Gruppe Texte und reden über Inhalte, die uns gerade selbst beschäftigen. Wir suchen im nächsten Schritt Interviewpartner\*innen, von da an folgt, Recherche, Aufnahme und Schnitt.

### **3. Was ist eine Folge, deren Produktion euch besonders in Erinnerung geblieben ist.**

Das ist die Folge über Moria (Folge 2: »Moria, Refugees and the Fortress Europe«), in der es von Seiten der interviewten

# Oh wie schön ist Kanada

## Bericht von einer Hospitationsreise – von Michael Janßen

Die Robert-BOSCH-Stiftung fördert seit fünf Jahren Konzeptionsentwicklung und Aufbau von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren in Deutschland, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können (PORT-Zentren). Die Hamburger poliklinik auf der Veddel und das Berliner Gesundheitskollektiv (GeKo) gehören zu den geförderten Projekten. Im Rahmen der Förderung werden ein umfangreicher internationaler Austausch und Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Michael Janßen hatte als GeKo-Mitglied die Gelegenheit, im November 2019 an einer Hospitationsreise nach Kanada zu teilzunehmen. Gemeinsam mit Teilnehmenden aus anderen PORT-Zentren ging es für eine Woche nach Toronto, der Provinzhauptstadt von Ontario im Osten Kanadas.

Es sollte ein tieferer Einblick in ein kommunales Gesundheitszentrum (South Riverdale Community Health Center, SRCHC) in einem sozioökonomisch benachteiligten Bezirk um die Queen Street East ermöglicht werden. Kanada verfügt über ein staatliches, steuerfinanziertes Gesundheitswesen. Die Community Health Center (CHC) sind Teil der regulären ambulanten Gesundheitsversorgung. In der Provinz Ontario, die Einwohner\*innenzahl entspricht etwa der von Bayern, existieren ca. 100 CHC, die 5–10% der Bevölkerung versorgen.

Unsere fürsorglichen Gastgeber\*innen hatten nach vorheriger Abfrage der eigenen beruflichen Herkunft und den speziellen Interessen einen Stundenplan für jede einzelne Person entworfen. Dieser umfasste Vorträge, Führungen und Gesprächsrunden mit der gesamten Gruppe, in aufgeteilten Gruppen und Einzelhospitationen (*shadowing*) bei unterschiedlichen Berufsgruppen des SRCHC. Eine professionelle Gastfreundschaft, die Teil des Ansatzes des Zentrums und Beispiel gebend war!

Entstanden aus gesundheitspolitischen Basisinitiativen vor fast 40 Jahren umfasst das heute 170-köpfige Team das SRCHC im versorgenden Bereich Hebammen, akademisierte Pflege (nurse practitioner), Physiotherapie, Allgemeinmedizin (general practitioner), Sozialarbeit, medizinische Rezeption, Ernährungsberatung und in allen Bereichen angelernte *Erfahrungsexpert\*innen* (peers). Diese stellen dabei einen wesentlichen Teil (nach Köpfen 25%) der Beschäftigten. Alle sind Angestellte des SRCHC und bilden ein gleichberechtigtes Team mit wenig Hierarchie.

Die Finanzierung sichert im Wesentlichen die Provinzregierung mittels Bud-

gets; zusätzliches Geld fließt für einzelne Programme von der Stadt Toronto; Spendengelder sind das dritte Standbein (in Nordamerika ist *Charity* viel weiter verbreitet als in Europa).

Die Angebote richten sich im Wesentlichen an besonderes vulnerable Gruppen. Hierzu zählen als *newcomers* benannte Migrant\*innen, Ältere, Abhängige, insbesondere Fentanyl-Abhängige, nicht-Versicherte.

Gearbeitet wird in vielfältigen Programmen und Behandlungspfaden für definierte Indikationen und Themen und Zielgruppen. Dies geschieht entlang einiger Grund-Prinzipien, hier einige Beispiele:

### **Partizipation und Einbindung von peers und den Einwohner\*innen:**

Die Programme, die auf die verschiedenen Bedarfe der Zielgruppen zugeschnitten sind, werden gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt, durchgeführt und evaluiert. Diese Herangehensweise war für uns aus Deutschland auf den ersten Blick ungewohnt, sind wir es doch gewohnt, immer zu wissen, was unsere Patient\*innen brauchen. Wir wurden gefragt: *How do you know, what your people need and want, when you don't ask them?* – einfach und einleuchtend.

Ein gewähltes kommunales Steuerungs-Gremium (eine Art Aufsichtsrat) sorgt für kontinuierliche Verankerung in der Bevölkerung.

### **Gesundheitsförderung in der community:**

Da das Zentrum als Ort der Versorgung als hochschwierig gilt, gibt es etliche Angebote im Quartier, um die Zielgruppen anzusprechen. Erst später können die Klient\*innen für weitere Interventionen in die Immobilie gelenkt

werden. Bestes Beispiel sind die Angebote für i.v. Fentanyl-user, die von den *health providers* auf der Straße angebunden werden und später im Zentrum unter anderem durch einen beeindruckend unspektakulären Konsumraum versorgt werden.

### **Begleitende Erhebung der Interventionen und Programme:**

Evaluation und Forschung ist essentieller Teil der Arbeit, um auch gegenüber der finanzierenden Provinz nachzuweisen, dass die Angebote positiv auf gesundheitliche outcomes wirken.

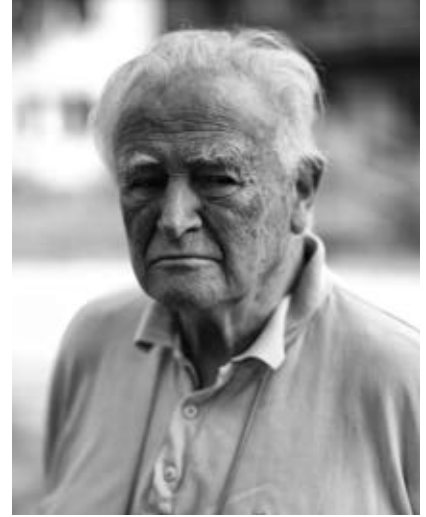
### ■ Fazit

Insgesamt war es wohlthuend, eine gut funktionierende ambulante Einrichtung in einem staatlichen Gesundheitswesen kennen zu lernen. Dem Prinzip der Zugangsgerechtigkeit wird in den Kanadischen CHC Rechnung getragen. Gleichwohl sind die CHC politisch nicht unangreifbar; die aktuelle konservative Provinzregierung erschwert die unabhängige Arbeit der CHC. In der Diskussion im vdää ist die Abhängigkeit von politischen und ökonomischen Bedingungen eines staatlichen Gesundheitswesens immer ein Einwand gewesen. In der Konsequenz wurde die politische Arbeit und Lobbyarbeit vom lokalen Zentrum auf den Dachverband der CHC verlagert, um das einzelne Zentrum aus der Schusslinie zu nehmen.

Vom Kommunikationsstil sei noch berichtet, dass es etwas ungewohnt war, immer zuvorkommend, wertschätzend und lobend begegnet zu werden. Ein Umgang, der aus deutscher Gewohnheit zu übertrieben wahrgenommen werden könnte und die übliche, direkte und kritische Diskussion gehemmt hat.

# Ein Leben lang gegen reduktionistische Medizin

**Nachruf auf Prof. Gerhard Baader  
(1928 – 2020)**



Von der Einführungswoche in mein Medizinstudium 1987 an der Freien Universität Berlin blieb mir nur ein einziger Hochschullehrer in Erinnerung. Ein kleiner Mann mit weißen Haaren und hoher Stimme, der über die Verpflichtung der Medizin zu einer kritischen Selbstreflexion ihrer Geschichte, ihrer Konzepte und ihrer Verbrechen sprach. Gerhard Baader war damals mit 59 Jahren schon fast am Ende seines offiziellen Berufslebens als Medizinhistoriker, aber noch lange nicht am Ende seines Engagements für eine kritische und humane Universität, Medizin und Gesellschaft.

Erst ein Jahr später während und nach dem großen Unistreib und den Institutsbesetzungen 1988/89 wurde mir deutlich, dass er keineswegs nur eine akademische Beschäftigung damit meinte. Im studentisch erkämpften und selbst organisierten *Projektstudium für interdisziplinäre Faschismusforschung* (PfiF) forderte er nicht nur die Aufarbeitung der Beteiligung der akademischen Fächer am Nationalsozialismus, sondern organisierte gemeinsam mit Wolfgang Wippermann und den Studierenden Gedenkstättenfahrten in die ehemaligen Konzentrationslager – so sah ich zum ersten Mal Buchenwald und Auschwitz. Und in Weimar im Spätwinter 1990 die Neonazis, die uns schon auf dem Weg vom Bahnhof zum Hotel über den Weg liefen und ihre Dominanz demonstrierten.

Die Angst vor dem Faschismus, die Gerhard Baader schon früh als Kind einer Wiener säkularen jüdisch-christlichen Familie und jugendlicher Zwangsarbeiter im nationalsozialistischen »Großdeutschland« am eigenen Leib erfuhr, verwandelte er in seinem Leben immer wieder von neuem in politisches Handeln. Er war ab 1967 an der FU Berlin wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin und seit dieser Zeit auch aktiv an den Protesten gegen die alte Ordinarien-Universität beteiligt. Ab 1975 lehrte er dann auch am Institut für Geschichte.

Zugleich begann er als Teil der »Kritischen Universität« gemeinsam mit anderen seine Arbeit zur »Medizin ohne Menschlichkeit«, die Erforschung und Aufarbeitung nicht nur der mörderischen Verbrechen, sondern auch der Kollaboration der Ärzt\*innen mit dem Nationalsozialismus und der dazu gehörenden theoretischen Konzepte. Diese, wie der Sozialdarwinismus und eine reduktionistisch-naturwissenschaftliche Medizin verweigerten sich der sozialen (und moralischen) Dimensionen ihres Handelns und ihrer Sorge um die konkre-

ten Kranken zugunsten eines abstrakten »Volkskörpers«, der auf Effizienz und Leistung zu optimieren sei. So führte diese Medizin ohne Menschlichkeit in letzter Konsequenz zur »Vernichtung lebensunwerten Lebens« in den Patientenmorden an geistig eingeschränkten und sozial unangepassten Menschen und zu den Menschenversuchen in Konzentrationslagern.

Die Aufdeckung und Kritik der Lebenslüge der offiziellen Deutschen Ärzteschaft von den »wenigen schwarzen Schafen«, die aktiv an den Verbrechen des NS Regimes teilgenommen hätten, war ein wichtiger Teil der Forschung und Publikation Baaders in den folgenden Jahrzehnten. Ebenso wichtig war ihm die unermüdliche Weitergabe des Wissens und der Kritik an die folgenden Generationen von Mediziner\*innen und Forscher\*innen, von der ich selbst als Doktorand bei ihm profitieren konnte.

Auch dies war weit mehr als eine akademisch-universitäre Praxis sondern immer verbunden mit der aktiven Aufforderung, die politische Dimension dieser Forschung wie auch des eigenen Handelns bewusst mit aufzunehmen. Eine zentrale Rolle spielte Gerhard Baader deshalb beim ersten »Gesundheitstag« 1980 in Berlin als große Gegenveranstaltung zum Deutschen Ärztetag. Die Karriere des damaligen Präsidenten des deutschen Ärztetages, des ehemaligen SA-Arztes und Standartenführers Wilhelm Heim war nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges nahtlos weitergegangen. In direkter Auseinandersetzung mit diesen Karrieren wurde das Hauptthema des Gesundheitstages »Medizin und Nationalsozialismus, tabuisierte Vergangenheit – ungebrochene Tradition?«

Aus diesen zahlreichen Initiativen und kontinuierlichen Forschungen entstand um Gerhard Baader eine Gruppe von aktiven Nachwuchswissenschaftler\*innen, die inzwischen zu Hochschullehrer\*innen, Forscher\*innen und Institutsleiter\*innen wurden, ohne die Perspektive eines sozial und politisch intervenierenden Verständnisses von Medizin und Gesundheit zu verlieren.

In dieser Tradition versteht sich auch die Arbeit des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte und wir können uns glücklich schätzen, dass wir als Verein noch in den letzten Jahren die Gelegenheit hatten, von Gerhard Baaders Wissen und Bereitschaft zur Debatte direkt zu profitieren. Er war ei-

ner unserer Referenten bei einem mehrtägigen Seminar zu medizin-ethischen Fragen im Nationalsozialismus und heute in der Bildungsstätte Alt-Rehse am historischen Ort der „NS-Führerschule der Deutschen Ärzteschaft“ und er bedankte sich mit einer Mitgliedschaft im vdää. Dies war vor nicht einmal 4 Jahren und seine Mobilität war durch das hohe Alter und zahlreiche Gesundheitsbeschwerden schon stark eingeschränkt, aber dies hinderte ihn ebenso wenig an dieser Reise nach Mecklenburg-Vorpommern wie er bis kurz vor seinem Tod noch Pläne für Konferenzteilnahmen und persönliche Begegnungen machte.

Diese schier unerschöpfliche Bereitschaft, weiter am Leben teilzuhaben, in seiner jüdischen Gemeinde ebenso wie in der SPD Ortsgruppe Berlin-Schmargendorf, der er bis zuletzt treu blieb, ist nun zu einem Ende gekommen. Wir werden Gerhard Baaders Humor, seine Geschichten und Erinnerungen und politischen Interventionen schmerzlich vermissen und dürfen uns glücklich schätzen, für kürzere oder längere Zeit seine Begleiter\*innen und Mitstreiter\*innen gewesen zu sein.

**Andreas Wulf**

---

## Nachtrag zur Bebilderung des letzten Hefts mit Auszügen aus den Graphic Novels »Der kälteste Sommer...«

Ein vdää-Mitglied aus Hamburg hatte zum letzten Heft Kritik an den Inhalten wie an der Form, in der die Graphiken »Der kälteste Sommer. Drei wahre Flüchtlingsgeschichten« präsentiert werden. Wir hatten in unserer Redaktionskonferenz eine längere und gute Diskussion darüber. Völlig in Recht hat er kritisiert, dass wir es als Redaktion in der letzten Ausgabe versäumt haben, zu den Graphic Novels etwas mehr zu schreiben als nur den Erstveröffentlichungsort. Besonders, dass wir nicht einmal die Namen genannt haben, ist unverzeihlich. Wir wollen das hiermit nachholen: Die Novel besteht aus drei abgeschlossenen Geschichten; sie sind illustriert und geschrieben von Giorgos Tragakis (die erste Novel), Thanasis Petrou (die zweite) und Dimitra Adamopoulou (die dritte). Die drei Geschichten beruhen auf den autobiografischen Erzählungen von Geflüchteten, die Mitarbeiter\*innen der RLS in Athen und Berlin getroffen haben. Es sind Geschichten, so die RLS im Vorwort, von denen sie zufällig erfuhren. Die RLS hat beschlossen diese in Comics umzuwandeln, um Dramatik zu vermeiden und um gleichzeitig erzählerische Details beizubehalten. Die Protagonist\*innen dieser Geschichten sind Menschen, die unseren Familien angehören, unsere Freund\*innen oder Nachbar\*innen sein könnten. Die erste Geschichte (in GbP die Bilderfolge von S. 4-19 oben) erzählt die Geschichte eines Syrers, der letztlich in Eisenhüttenstadt gelandet

ist. Die zweite Geschichte (in GbP S. 19-27) erzählt die Geschichte einer jungen Syrerin, die mit ihrem Kind heimlich von München nach Berlin zu ihrem Mann geht. Sie träumen davon, so der Begleittext, in einem Land zu leben, in dem sie nachts nicht von Bomben aufwachen.« Doch die Wirklichkeit im LaGeSo in Berlin ist ernüchternd.

Unsere Idee in der Redaktion war, dass man die Geschichten, obwohl durch die Auswahl verkürzt, dennoch auch in der GbP nachvollziehen kann. Dazu hätten wir aber zumindest den Kontext des Entstehens deutlich machen müssen. Es tut uns leid, dass wir das versäumt haben. Uns war auch nicht bewusst, dass so – zumindest bei unserem Kritiker aus Hamburg – der Eindruck entstehen konnte, hier würden »Männergeschichten« reproduziert, in der Frauen als Personen gedanklich keine Rolle spielten. Über letztere Interpretation besteht in der Redaktion keine Einigkeit. Manche können das nachvollziehen, andere nicht. Liebe Leser\*innen, nehmt Euch das Heft 1 noch mal vor und schaut es Euch diesbezüglich an. Es lohnt sich immer noch.

Bei dieser Gelegenheit wollen wir auch noch mal auf den Innenteil des Heft 1 auf den S. I-IV hinweisen, der als Handreichung mit hohem Gebrauchswert gedacht ist, die man sich herausreißen und in die Kitteltasche stecken kann, falls man als Ärzt\*in mit Gutachten und / oder Abschiedungen konfrontiert ist. **Die Redaktion**

# SOLIDARISCHES GESUNDHEITS WESEN



## »Armut und Ausgrenzung machen krank«.

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht.

Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant\*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der Verein gemeinnützig steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

**Kontakt: Solidarisches Gesundheitswesen e.V.**

Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main

Solid-G.Wesen@gmx.de

<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:

Bank: Frankfurter Sparkasse 1822

IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

# Jahreshauptversammlung und Gesundheitspolitisches Forum des vdäa

## Soziale Determinanten von Gesundheit in Zeiten der Krise

6.–8. November 2020 in der Evangelischen Schule Berlin Zentrum

(Wenn ein physisches Treffen wegen Corona nicht möglich sein sollte, werden wir eine Videokonferenz in etwas abgespecktem Format machen)

---

Rettet das Datum – Vorläufiges Programm

### Freitagabend, 6. November

Was lernen wir aus der Corona-Pandemie? (Arbeitstitel)

### Samstag, 7. November

## Soziale Determinanten von Gesundheit in Zeiten der Krise

### Panel I

- Prof. Martin Kronauer (Berlin) Armut in Deutschland
- Tobias Hoffman (vdäa Berlin): Wie verändert der Neoliberalismus unsere Patient\*innen?

Kaffeepause

### Panel II

- Melanie Sundmacher: Planung bedarfsgerechter ambulanter Strukturen unter Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit
- Community health nurse (Gemeindeschwester) der Poliklinik Hamburg: Medizinische Versorgung unter Berücksichtigung sozialer Determinanten der Gesundheit – Integrierte gesundheitliche Versorgung
- Ben Wachtler: Soziale Determinanten in der angelsächsischen Public Health-Debatte

Mittagspause

### 14:30 – 16:30 Workshops

- Prof. Nico Dragano (Uni Düsseldorf – angefragt): Prekäre Beschäftigungsverhältnisse und medizinische Versorgung
- NN: Geschlechtssensible Medizin
- Christian Küpper: Psychiatrisierung der Gesellschaft
- NN: Soziale Determinanten in der Geburtshilfe
- NN: Wohnungslosigkeit und medizinische Versorgung
- NN: Versorgung von LGBT-Personen in der Altenpflege

Kaffeepause

- Schlaglichter aus den Workshops
- aktuelle Gesundheitspolitik

Abendessen

### Samstag Abend: Zeit für Netzwerktreffen, Gespräche, Musik und Tanz

### Sonntag, 8. November – (Achtung diesmal Ende spätestens 16 Uhr)

- Mitgliederversammlung des vdäa
- Rechenschaftsbericht des Vorstands, des Kassenwarts, Anträge, Verschiedenes
- Diskussion über aktuelle politische Schwerpunkte der vdäa-Arbeit

Dazwischen 1 Stunde Mittagspause / Ende spätestens 16 Uhr

---

### Information und Anmeldung

Geschäftsstelle des vdäa | Nadja Rakowitz | [www.vdaee.de](http://www.vdaee.de) | [www.facebook.com/vdaee](https://www.facebook.com/vdaee)