

## **"Wie international darf, wie international muss ein medizinisches Curriculum heute sein?"**

Reinhard Putz, München

### Abstract

Ein modernes Curriculum muss die Heterogenität der Studierendenpopulation berücksichtigen. Das Ausmaß eines internationalen Anspruchs darf den schwächeren Studierenden das Erreichen des primären Ausbildungszieles, eine sichere Einstiegsakzeptanz im nationalen Gesundheitssystem, nicht über Gebühr erschweren. Für die leistungsfähigeren Studierenden muss jedoch der Weg zu einer internationalen Tätigkeit gebahnt werden.

-----

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

wenn ich hier als Mediziner mit langjähriger Ausbildungserfahrung vor Ihnen stehe, spreche ich auch als Mitglied in einer HRK-Arbeitsgruppe, die derzeit an einer Empfehlung zur Internationalisierung der Curricula an den deutschen Hochschulen arbeitet. Die HRK, die neben der Universität Göttingen und dem Deutschen Akademischen Austauschdienst zu den Ausrichtern dieser Tagung zählt, ist von der Notwendigkeit einer ganzheitlichen Internationalisierung der Hochschulen überzeugt, ein Ansatz der die Internationalisierung der Curricula mit einschließt. Als einer der Vertreter der Medizin bin ich an der Erarbeitung einer Empfehlung dazu beteiligt, die im Mai des kommenden Jahres veröffentlicht werden und sowohl nach innen wie nach außen wirken soll. Wir und damit auch die HRK hoffen, dass diese Empfehlung eine breitere Öffentlichkeit, Wissenschaftsorganisationen sowie Ministerien von der Dringlichkeit einer Internationalisierung der Curricula überzeugen und zugleich die knapp 270 Mitgliedshochschulen der HRK weiter für das Thema sensibilisieren wird. Die Ergebnisse des HRK-Audits „Internationalisierung der Hochschulen“, das mittlerweile 80 Hochschulen durchlaufen haben, zeigen, dass die deutschen Hochschulen die Internationalisierung der Curricula mittlerweile als wichtige Aufgabe betrachten, sie verdeutlichen aber auch, dass dieser Teilbereich der Internationalisierung ausbaufähig ist.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die Hochschulrektorenkonferenz die Initiative der Universität Göttingen, das Bewusstsein, die Curricula systematisch und flächendeckend zu internationalisieren, zu stärken und mit einer Veranstaltung wie der heutigen, einen breiten Dialog über dieses wichtige Thema zu ermöglichen. Neben mir sind auch weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe sowie Vertreter der HRK selbst vor Ort, und wir alle erhoffen uns wichtige Anregungen für die bevorstehende Empfehlung zur Internationalisierung der Curricula.

### Einleitung

Meine Damen und Herren, ich habe dieses Thema so formuliert, weil ich in der laufenden Diskussion um die Rolle von Internationalisierung der Universität, speziell des Medizinstudiums zu etwas mehr Bodenhaftung beitragen möchte. Ich habe in meinem langen Berufsleben die persönliche Erfahrung gemacht, dass man zwar Ideale, vielleicht auch visionäre Utopien haben muss, dass aber die Chance, Ihnen näher zu kommen, ausschließlich über klare, pragmatische Teilziele funktioniert. Pragmatischer Ansatz ist kennzeichnend für die Medizin, es geht immer um den Menschen als Ganzheit.

Ich will Ihnen notwendigerweise zuerst ein wenig über Wesen und Ziele eines Curriculums, auch über seine Rolle im Selbstverständnis einer Universität berichten und dann auf Chancen und Grenzen von Internationalisierung im Rahmen der medizinischen Ausbildungen eingehen. Bis wie weit „dürfen“, vielleicht „sollen“ bestimmte Maßnahmen gehen, was aber „muss“ oder „sollte“ zumindest umgesetzt werden.

Ein Curriculum ist eine Art Gebrauchsanweisung, wie ein Studium abzulaufen hat, nicht mehr und nicht weniger. Es ist eine Anleitung, wie man etwas baut, wie man den/die Studienanfänger/in so durch diverse Vorlesungen, Kurse, Praktika, Seminare führt, dass der Öffentlichkeit in etwa 6 Jahren fertige Ärztinnen und Ärzte abgeliefert werden die ohne weitere Zwischenstufe in verschiedenen Positionen des Gesundheitssystems tätig werden oder mit einer Weiterbildung beginnen können. Das mag für Sie alle, die sich in der universitären Ausbildung engagieren, entmutigend, ernüchternd klingen, ist aber die ganz einfache und wirklichkeitsgetreue Beschreibung der Realität unseres universitären Systems, soweit es das Medizinstudium betrifft (gilt allerdings ähnlich für Jura, Pharmazie und Lehramt). Trotzdem: ein Curriculum ist nur ein Rahmen!

Universität vertritt in ihrem Selbstverständnis die Aufgabe, zu Vermehrung und Intensivierung unseres Wissens über die Zusammenhänge unserer Welt beizutragen und bindet dazu junge Menschen ein, die über einen mehr oder weniger strukturierten Bildungsweg zur Forschung in den verschiedenen Fächer/Themen beitragen und dabei die Chance haben, selbst zu tieferen Einsichten kommen. Im Kern ist es bis heute die Idee der Universität (Karl Jasper, 1946, Derrida, 2001 – von Humboldt ganz zu schweigen) dem forschenden Geist freien Raum zu lassen und junge Menschen in diesen Bann mit einzubeziehen. Daraus mögen sich durchaus Voraussetzungen für verschiedenste Berufe ergeben; eine auf ein genaues Berufsbild bezogene Ausbildung freilich ist ein Fremdkörper in dieser Idee!

Die Öffentlichkeit, der Staat hat diese Eigendynamik der Universitäten, ihre relative Autonomie (früher sogar eigene Gerichtsbarkeit) immer mit Argwohn gesehen. Bis heute schwingt eine gewisse Vorsicht gegenüber dem Potenzial einer gewissen „Gegenöffentlichkeit“ mit und hat den Staat durch die letzten 150 Jahre kontinuierlich, konsequent versuchen lassen, steuernden Einfluss zu nehmen. Die Universitäten wurden von außen immer eher als Orte der Ausbildung gesehen, der berufsbezogenen Ausbildung. Die Ergebnisse, Erfindungen der Wissenschaft wurden immer wohlwollend entgegengenommen – oft etwas ratlos, vor allem die Ergebnisse der Grundlagenforschung, deren Relevanz (spez. wirtschaftliche Relevanz) meist ja nicht abschätzbar waren – der Staat hat immer auf planbare Zahlen von Absolventen für die diversen benötigten Berufe geschielt.

Dilemma Medizin ist ein naturwissenschaftlich orientiertes Fach, führt aber zu einem sozialen Beruf!

In der Medizin kann man diese Entwicklung vielleicht am deutlichsten nachverfolgen. Es ist ja auch nachvollziehbar, dass ein Absolvent der Medizin ein bestimmtes Anforderungsprofil für den Einsatz im Gesundheitssystem erfüllen muss. Das erwartet jeder von uns, das erhofft jeder von uns (– je älter man wird umso mehr!).

Seit Mitte des 19. Jhds sind also über die Einflussnahme bei Berufungen hinaus Curricula für das Medizinstudium vorgeschrieben worden. Zuerst allgemeine

Ordnungen, dann zunehmende inhaltliche Vorgaben über die abzuprüfenden Fächer. Am Beginn des 20. Jhds wurde eine Prüfungsordnung eingeführt, die Ende der 30er Jahre in der sog. Bestallungsordnung präzisiert wurde. In den 50er wurde die Ärztliche Approbationsordnung vorgeschrieben, in der die Fächer im Einzelnen und in ihrem Stundenausmaß ausdrücklich aufgelistet sind.

Das Resultat sind Kompromisse. Kompromisse sind grundsätzlich von beiden Seiten her kritisierbar.

Erst mit der neuen ÄAppO 2002 wurden schließlich auch didaktische Vorgaben über die Unterrichtsformen formuliert. Ziel ist der/die „wissenschaftlich und praktisch ausgebildete Arzt/Ärztin“.

Bemerkenswert ist: In keiner dieser Regularien über die Medizinische Ausbildung findet sich das Wort „international“! Das stellt ein klassisches Paradoxon dar, hat sich doch die Medizin, wie kaum ein anderes Fach angesichts einer von Globalisierung, Migration und zunehmenden internationalen Verflechtungen gekennzeichneten Welt selbst immer als international orientiert gesehen. Das erklärt sich einfach aus dem von Patientenseite aufgebauten Druck, jeweils Spitzenmedizin zur Verfügung zu haben. In den Lebensläufen zu berufender Professoren ist demnach ganz selbstverständlich ein bunter Hang zu nationaler und internationaler Mobilität anzutreffen. Internationalität floss zumeist über die Professoren in die Ausbildung ein, in der Folge eines gewissen karrierebedingten Druckes zu einem Auslandsaufenthalt (WA-Schein = „**W**ar in **A**merika“) zunehmend über die Habilitandenebene. Zudem war es in der klinischen Medizin lange Zeit vergleichsweise einfach, Reisekostenzuschüsse aus der Pharmazeutischen Industrie zu bekommen; auch aus Forschungsmitteln war und ist es nicht ganz schwierig, Unterstützungen zur Teilnahme an großen und kleinen internationalen Kongressen zu erhalten. Die dabei gewonnenen Erfahrungen flossen und fließen – wenig kontrolliert aber oft sehr in den Vordergrund gestellt – über die Lehrpersonen, also gewissermaßen von der Basis her, vor allem über Vorlesungen in den Unterricht ein.

Solange die Curricula eher allgemeine Vorgaben definiert haben, war der Gestaltungsrahmen für die Studierenden relativ groß. Man ist den großen Namen in der Medizin, freilich auch dem Freizeitwert mancher Universitätsstädte nachgereist. Das Wort „Internationalität“ kam, wie gesagt, in den früheren Curricula nicht vor, brauchte nicht vorzukommen. Das heißt freilich nicht, dass die Hochschulen einen Zaun um sich gebaut hätten. Interessierte Forscher haben ja immer schon den internationalen Austausch gesucht; den Studierenden aber war einfach die Initiative selbst überlassen. Eigene internationale Erfahrung hatte wenig Einfluss auf das persönliche Weiterkommen im Inland. Ich muss hier nicht erklären, wie wichtig Offenheit und Mobilität im Allgemeinen ist; meine Vorgabe hier ist, zu differenzieren zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

So stellen sich einige Fragen:

- Woher kommt in der Medizin die Forderung nach „Internationalität“?
- Besteht ein Bedarf nach stärkerer Internationalisierung?
- An wen richtet sich die Forderung?
- Was ist qualitativ damit gemeint?
- Was ist die geeignete Benchmark? ((Eigentlich kein Problem: = freie globale Mobilität.))

Aus meiner Sicht – ich bin ein durch und durch pragmatisch ausgerichteter alter Fuchs in der Hochschulausbildung – sollte man sich vor Beantwortung dieser Fragen mit dem Zielpublikum einerseits und den etwaigen Konsequenzen für das Gesundheitssystem auseinandersetzen. Ich habe schon ausreichend viele Reformen durchgemacht bzw. selber initiiert und bin, wenn Sie wollen, ein mehrfach gebranntes Kind, das nur mehr wenige Illusionen über den Einfluss von Curricula auf das Ausbildungsergebnis hat.

Ein weithin ignoriertes Fundamentalproblem betrifft die Zusammensetzung unserer Studierendenkohorten. Zielpublikum sind unsere Studierenden, diese stellen aber keineswegs eine homogene Population dar! Ich denke, dass man zur Klärung dieser Voraussetzung für die weitere Diskussion des mir gestellten Themas am besten den Genius loci zitiert, Herrn Gauß. Die Gaußsche Kurve beschreibt die Normalverteilung sehr vieler biologischer Parameter umso besser, je größer die Zahl (n) ist – und diese ist an unseren Fakultäten für diese Beschreibung groß genug!

Aus meiner Sicht ist der Kardinalfehler jeder Bildungs- bzw. Ausbildungsdebatte, dass dieser Gesichtspunkt auf die falsche Ebene geschoben wird, nämlich auf die unterste Umsetzungsebene im täglichen Unterricht. M.E. gehört sie aber zuerst auf die Curricularebene. Nun haben Sie die erste Antwort in diesem Vortrag, nämlich die Antwort auf die Frage, warum ich diesen Titel gewählt habe. Wir alle, auch in der Arbeitsgruppe, neigen dazu, Curriculardiskussionen weitgehend unabhängig von einem ganzen Teil der direkt Betroffenen, von der Zielgruppe zu führen und beziehen uns gerne auf Maximalforderungen.

Was hat das mit unserer Frage zu tun? Früher wie heute ist es die Gruppe der aktiven dynamischen Studierenden, die rechte Seite der Kurve, die sich immer schon international orientiert hat und für sich den Bedarf und einen persönlichen Vorteil darin gesehen hat. Für diese Gruppe der leistungsfähigen Studierenden braucht es kein „darf“ oder ein „muss“ im Vortragstitel. Wichtiger für den Erfolg einer Ausbildungsinstitution aber scheint mir die Orientierung an der linken Seite der Gaußschen Verteilung. Was sollte, was „muss“ für die leistungsschwächeren Studierenden institutionalisiert werden, um ihnen den Weg zum Anschluss an „Internationalität“ zu ermöglichen, ohne die Erreichung des auf den nationalen Bedarf hin ausgerichteten Ausbildungszieles zu gefährden. Man sollte auch die Augen nicht davor verschließen, dass die Debatte um eine Erleichterung, Verbreiterung der Zulassungsbedingungen zum Medizinstudium die Kurve, solange wir von einer Normalverteilung ausgehen, nach beiden Seiten hin breiter werden wird. Der immer lauter werdende Ruf nach „Ärzten für das Land“ lässt mich aber darüber hinaus befürchten, dass vor allem der Neigungswinkel der linken Seite der Kurve sehr viel flacher werden wird.

Befassen wir uns nun mit den Inhalten der Ausbildung und wie in diese der aus meiner Sicht - auch angelehnt an die AG der HRK - unerlässliche Bedarf an internationaler Ausrichtung des Medizinstudiums integriert werden kann.

Wir gliedern die Ziele jeglicher Ausbildung in drei Bereiche:

- Wissen
- Können
- Haltung

(1) Wissen in der Medizin kennt schon lange keine Grenzen mehr. Die Zeiten, in denen beispielsweise jedes Land – ganz entsprechend seinem geopolitischen Status - seine eigene medizinische Nomenklatur pflegte, sind inzwischen vorbei. Doch erst 1998 ist es gelungen, mit der Einführung der zweisprachigen (lateinisch-englisch) „Terminologie Anatomica“ ein abschließendes Signal in dieser seit Ende des 19. Jhd geführten Diskussion zu setzen. Die klinische Terminologie hat sich parallel dazu über die Vernetzung der verschiedenen Herausgebergremien der großen Journale diesem Vereinheitlichungsprozess auf Basis der englischen Sprache gefügt.

Die meisten großen Lehrbücher sind heute international verankert und liegen in Übersetzungen vor. Lokale/Nationale Schwerpunkte beziehen sich noch auf Krankheiten, die sich (noch) nicht über bestimmte Regionen hinaus ausgebreitet haben. Es gibt in der Medizin und damit auch im Studium der Humanmedizin nur mehr gemeinsames globales Wissen. Der Anspruch auf eine Wissensvermittlung in deutscher Sprache – er bezieht sich darauf, dass die nationalen Prüfungen in deutscher Sprache durchgeführt werden – wird durch die in den verschiedenen Landessprachen breit verfügbaren international austauschbaren Lehrbücher erfüllt. Dies betrifft auch Lehrangebote zu den Themen „Global Health“ und „kulturelle Kompetenz“. Insbesondere das Fach Epidemiologie hat vielfach die Frage globaler Unterschiede, regional spezifischer Krankheitsbilder etwa der Tropenmedizin und relevanter Migrations- und Wandlungsprozesse, zunehmend auch die Auseinandersetzung mit internationaler Gesundheitspolitik in das Unterrichtsprogramm aufgenommen. Auch das Fach medizinische Ethik kann nur mehr unter internationalen Gesichtspunkten abgehandelt und betrieben werden.

Die Auseinandersetzung mit Global Health, Ethik, kultureller Kompetenz, aber auch Gesundheitsökonomie "im internationalen Vergleich" sowie mit Fragen der Finanzierung und Struktur von Gesundheitssystemen und der immer anspruchsvollen Balance zwischen Ethik und Ökonomie beinhaltet die Chance, ein Gegengewicht, eine Ergänzung zu dem in der Ausbildung ansonsten dominierenden, stark an Prüfungsergebnissen (M2) orientierten Faktenlernen aufzubauen.

Ein grundsätzliches Problem entsteht allerdings dadurch, dass das medizinbezogene Wissen weiterhin derart rasch zunimmt, dass Lehrbücher und Kursunterlagen bei einzelnen aktuellen Themen oft empfindlich der Entwicklung nachhängen. Es entsteht daher ein weit über den Prüfungsanspruch hinausgehender Druck auf die Studierenden, sich mit aktuellen Forschungsergebnissen auseinanderzusetzen. Dazu sind Grundkenntnisse der englischen Sprache unerlässlich und – obwohl nicht vorgeschrieben - zumutbare Voraussetzung für das Studium geworden. Als ein „muss“ im Curriculum im Sinne von "Internationalisation at home" sind daher verpflichtende, möglichst interaktive Veranstaltungen anzusehen, in denen am besten in englischer Sprache – mag sie auch unbeholfen sein - in die Analyse internationaler wissenschaftlicher Artikel eingeführt wird (z.B. Critically Reading Papers“; „Journal Club“). Hilfreiche Zusatzveranstaltungen – ein „darf“ - können „Medical English“ sein oder die gemeinschaftliche Erarbeitung bestimmter Krankheitsfälle ebenfalls in englischer Sprache.

(2) Während Wissen ortsunabhängig, mit Einschränkungen (s.o.) auch unabhängig von einer bestimmten Sprache erworben werden kann, besteht beim Erwerb von Können ein unerlässlicher Ortsbezug. Hier ist der Ablauf im Lernprozess nicht getrennt von einer Lehrperson zu sehen. Als Formel gilt „see it – do it – teach it“. Die kontrollierende Aufsicht gewährleistet den bleibenden Erfolg.

Für die Studierenden, die ihre Zukunft im nationalen Umfeld sehen, ist die Verankerung im lokalen Umfeld im Prinzip sicher ausreichend. Famulaturen in zuständigen Lehrkrankenhäusern sind erprobte Wege, die zuletzt zu einer sicheren Handhabung der gängigen medizinischen Techniken und ausreichender Erfahrung für den Einstieg in den Berufsweg bieten.

Freilich kann sich kein Studierender ganz sicher sein, ob ihm dieser lokal orientierte Level der praktischen Ausbildung und des sprachlichen Bedarfs auch über die Ausbildung hinaus genügen wird. Zu schnelllebig und wechselhaft ist unsere Zeit geworden, als dass man junge Menschen nicht doch auf berufliche Überraschungen und Perspektiven hinweisen und die notwendigen Grundlagen für eine internationale Tätigkeit dafür bereits im Studium schaffen sollte.

Wahlfächer sind ein durchaus bereits erprobter Weg dazu. Muttersprachige Dozenten, wie auch ortsständige Lehrpersonen mit fundierter Auslandserfahrung können mit derartigen Veranstaltungen zu einem selbstverständlichen Umgang mit den Gepflogenheiten verschiedener ausländischer Situationen beitragen. Ausdrücklich sei hier darauf hingewiesen, dass sich gerade solche Angebote hervorragend dafür eignen, Interesse für die Auseinandersetzung und den medizinischen Umgang mit sprachlichen und kulturellen Minderheiten zu wecken. Die demographischen Konsequenzen der Migration haben auch lokal zu einem zunehmenden Bedarf für solche Veranstaltungen geführt.

Für von vorneherein international orientierte Studierende freilich scheint ein strukturierter Auslandsaufenthalt in der jeweils bevorzugten Region, also nicht nur im englischsprachigen Ausland unerlässlich. Es geht dabei keineswegs nur um die Sprache, vielmehr ist es das Vertrautwerden mit den kulturellen Unterschieden und den lokalen technischen und methodischen Gepflogenheiten. Die besondere psychologische Situation des Studierenden, dessen Erfahrungs- und Kenntnisdefizit ja als dem Ausbildungsstand angemessen akzeptiert wird, erleichtert einen sehr raschen Zugang. Diese Chance zur „Internationalisation abroad“ sollte den Studierenden mit allem Einsatz der Institution ermöglicht werden! Hier wird aus dem „darf“ ein „soll“. Ein „muss“ freilich kann man trotz des Wissens um den eminenten Wert eines Auslandsaufenthaltes nicht ableiten.

Entscheidend für die Akzeptanz unter den Studierenden ist neben einer gesicherten Anrechnung auf Leistungen im lokalen Curriculum auch eine gezielte Vor- und Nachbereitung je nach Art des in Aussicht genommenen Auslandsaufenthaltes. Außerordentlich förderlich ist hier die Einbeziehung von Studierenden, die aus ihren Erfahrungen berichten und ggf. eine Art Mentorenfunktion anzunehmen bereit sind. Als zweckmäßig hat sich auch die Etablierung einer beratenden und überprüfenden Organisationseinheit erwiesen.

Ein lokal umsetzbarer Schritt kann ferner die Einrichtung von verpflichtenden Seminaren zum Umgang mit ausländischen Patienten bzw. von Patienten mit Migrationshintergrund (einschl. Asylbewerbern und Flüchtlingen) sein.

Angesichts der weltweiten Nachfrage nach Praktikumsmöglichkeiten im englischen Sprachraum und der sich neuerdings wieder entwickelnden Restriktionen (Zulassungsbeschränkung, Gebühren) ist es zwar schwierig geworden, ideale Praktika und Famulaturen zu finden, dennoch sind rund um den Globus viele

Möglichkeiten zur temporären Mitarbeit in kleineren und größeren Krankenhäusern erreichbar.

(3) Internationalität in unserem Verständnis, also Offenheit und Teilnahme an auswärtigen fachlichen Kulturen stellen einen zentralen Bereich von Haltung im Verständnis eines Ausbildungskonzeptes dar. Erwerb von „Haltung“ geschieht durch Übernahme von Vorbildern! Vermittlung von Haltung muss immer Chefsache sein! Haltung wird im Wesentlichen über das „hidden“ curriculum vermittelt.

Und hier gibt es verständlicherweise keine Einschränkung eines „darf“. Eine verantwortungsbewusste Studienleitung muss heute alles tun, um die Weltoffenheit der Studierenden zu entwickeln und zu fördern. Für die Studierenden muss in allen Ausbildungselementen spürbar werden, dass unsere Position in der Welt nach allen Seiten hin durchlässig ist. Es muss durch das Verhalten der Lehrpersonen spürbar sein, dass die Universität oder die medizinische Ausbildungseinheit es sich nicht leisten, einen Zaun um sich herum zu errichten.

Dieses Bewusstsein der Offenheit ist ein „muss“, das sich durch alle Bereiche der Universität ziehen sollte. Es beginnt bei der Bereitschaft, ausländische Studierende aufzunehmen – in D (leider?) auf 8 % beschränkt, führt weiter zur Öffnung für ausländische Mitarbeiter (Doktoranden, PhD, wiss. Mitarbeiter) und zur Bereitschaft zu internationalen Besetzungen von Professuren. Die vielen legalen und administrativen Einschränkungen erschweren zwar noch den Weg in diese Richtung, doch eine etablierte Kultur der Einbeziehung von Gastdozenten kann hier neue Wege eröffnen. Mit der Einrichtung von Wahlfächern kann sowohl den Interessen aus dem Lehrkörper als auch den Erwartungen der Studierenden Rechnung getragen werden. Problematisch wird es, wenn ausländische Lehrkräfte aus Gründen der Kapazitätsverordnung (KapVo) auch dann verpflichtend in den Unterricht integriert werden (müssen ?), wenn ihre deutschen Sprachkenntnisse unzureichend sind. Hier euphorisch auf erwünschte oder gar notwendige Internationalität zu pochen, kann sich als kontraproduktiv herausstellen! Vielleicht bringt der Masterplan Medizin 2020 hier eine neue Sicht.

Ein gemeinschaftliches Verständnis von Internationalität im Medizinstudium innerhalb des Lehrkörpers kann letztlich nur durch breit angelegte Teach-the-teacher Programme erreicht werden. Die Gefahr bei jeglichem Versuch, sich alleine auf Vorbildeffekte in Bezug auf die Steuerung von Haltung zu verlassen, ist, dass sie auf Einzelpersonen bezogen bleibt und damit in Inselsituationen auslaufen kann. Vermittlung von Haltung, eben auch Internationalität „muss“ für alle Beteiligten, den Lehrkörper wie die Studierenden, spürbar Chefsache sein. Hilfreich kann eine aktive Kooperation mit einer ausländischen Partneruniversität sein.

Aus meiner Einleitung dieses Vortrags möchte ich dazu einen mir besonders wichtigen Aspekt wieder aufnehmen, das ist die fundamentale Rolle der Universität für die freie Bildung der Persönlichkeit. Internationalität als Haltung vermag viele Studierende, wie auch den Lehrkörper zu Weltoffenheit, zu Kreativität, zu breiter Perspektive etc. zu leiten und erhöht damit die Chance zu Berufs- und Arbeitszufriedenheit.

Da Internationalität oft etwas euphorisch unidirektional gegenüber dem englischsprachigen Ausland betrachtet wird, muss hier ausdrücklich ins Bewusstsein gerufen werden, dass sich die Zusammensetzung der Studierendenpopulation inzwischen unübersehbar diffus-breit „internationalisiert“ hat. Die wenigen Prozent ausländischer Studierender sind vor Jahren vielleicht als individuelle Problemfälle in der Sprechstunde in Erscheinung getreten; heute müssen wir, z.B. in München davon ausgehen, dass bereits etwa 20 % unserer Studierenden ausländische Wurzeln haben und unterschiedlichste Kulturen, wie auch Sprachprobleme in den Unterrichtsalltag mitbringen. Wenn auch eher im Hinblick auf die ärztliche Versorgung insgesamt ist es nur auf den ersten Blick überraschend, dass sich die Bayerische Gesundheitsministerin, Melanie Huml, vor wenigen Tagen genötigt sah, über die Presse bessere Deutschkenntnisse von ausländischen Mediziner\*innen zu fordern (Süddeutsche Zeitung, 21.10.2016).

### Schlussbemerkungen

Ich habe versucht, Ihnen rund um das von den einen als verführerisch von den anderen als bedrohlich empfundene Schlagwort Internationalität einen Rahmen aufzuzeigen. Mit dem „darf“ habe ich die Perspektive bezeichnet, die ich als unerlässlich für die Weiterentwicklung unseres auf einer sehr starren Ausbildungsordnung basierenden Medizinstudiums betrachte und habe es verschiedentlich durch ein „soll“ ergänzt. Das „muss“ halte ich trotz mancher formaler Restriktionen angesichts des rasanten Fortschritts der Medizin für den Erhalt der eigenen universitären Identität notwendig.

- Die Forderung nach „Internationalität“ erweist sich als ein der Spitzenmedizin immanenter Anspruch.
- Der Bedarf nach stärkerer Internationalisierung ist da, differenziert sich allerdings nach unterschiedlichen studentischen Lebensentwürfen und persönlichen Voraussetzungen.
- Die Forderung nach Internationalisierung als Haltung richtet sich insbesondere an den Lehrkörper.
- Viele angepasste Instrumente sind für den Ausbau von Internationalisierung im Curriculum verfügbar.
- Benchmark ist die Ebene der freien Mobilität im globalen Gesundheitssystem.

Um zu große Illusionen und zwangsläufig folgende Desillusionierungen nicht zu demotivierend werden zu lassen, empfiehlt es sich in jedem Fall einer Eigeninitiative, sich mit ÄAppO – Fakultät - Curricularkommission – Studiendekan etc. konstruktiv und unablässig auseinanderzusetzen. Zu oft prallt Idee prallt auf Tradition und auf die diversen gesetzlichen Bestimmungen. Dennoch, lassen Sie sich nicht entmutigen, auch extracurriculare Eigeninitiativen wirken, Vertrauen Sie auf Pragmatik!

Auf der einen Seite müssen wir als Universitäten alles tun und bereitzustellen versuchen, was ambitionierten jungen Leuten einen geradlinigen Einstieg in eine internationale Medizin- und Wissenschaftsgesellschaft ermöglicht. Andererseits werden auch die aus vielerlei Gründen zurückhaltenden und eher auf einen nationalen Gesundheitsmarkt zielenden Studierenden durch die wachsende ethnische und sozio-kulturelle Diversität sowie die zunehmende Mobilität der zukünftigen Patientinnen dazu gezwungen, sich in ihrem Lernverhalten und mit ihren Lernzielen nach diesem international geprägten Bedarf auszurichten.



Auch im Namen der Hochschulrektorenkonferenz wünsche ich Ihnen allen nochmals eine ertragreiche Tagung und danke Ihnen fürs Zuhören.

Prof. i.R. Dr. med. Dr. h.c. Reinhard Putz