

Wieviel ist uns in der Bundesrepublik Deutschland die Ausbildung der Ärzte wert?

Reicht eine einfache Reform aus?

Das derzeitige Ausbildungssystem ist vergleichbar einem Knoten, an dem Fakultäten, Landes- und Bundesministerien, Verwaltungsinstanzen und nicht zuletzt Gerichte eifrig und unkoordiniert geknüpft haben. Die Einführung der Approbationsordnung zog bundesweite Multiple-choice-Examina und Gegenstandskataloge nach sich. Das Bundesverfassungsgericht forderte 1972 die staatlich überwachte, „erschöpfende Nutzung“ aller universitären Ressourcen und führte zur Schaffung der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS). Diese schuf wiederum medizinischen Musterstudienplan und Kapazitätsverordnung (3), letztere dabei mit nachgewiesenermaßen falschen Prämissen (4). Die Fakultäten wurden um bis zu 50 Prozent überbelastet und so in den programmierten Erschöpfungszustand getrieben.

Eine überfällige Korrektur der Kapazitätsverordnung freilich steht immer noch aus (5). Die meisten Veränderungen liefen also auf eine Entmündigung der Fakultäten hinaus. Gleichgültigkeit und Rückzug in die eigene Forscherkarriere waren verständliche, aber bedauerliche Reaktionen vieler Hochschullehrer.

● Mittlerweile liegen aus Kreisen von Hochschullehrern eine Reihe von Texten wie zum Beispiel der Bericht des Murrhardter Kreises der Robert Bosch Stiftung vor (6), in denen detaillierte Vorstellungen über alternative Studiengänge geäußert werden. Am Problembewußtsein und ernsthaften Änderungsvorstellungen mangelt es also wesentlich weniger als am Handlungsspielraum und vielleicht der Tatkraft, diese Änderungen umzusetzen.

● Darauf sind die Vertreter der Hochschulpolitik in Bund und Ländern immer wieder hinzuweisen: Wer mit zentralistischer Härte an Kapazitätsverordnungen, Gegenstandskatalogen, Mc-Prüfungen fest-

hält, wer Modellstudiengänge und andere Initiativen argwöhnisch oder ängstlich ablehnt, der muß mit Problemen rechnen, die an Zustände in einer Planwirtschaft erinnern. Die anstehende „Harmonisierung“ der Studiengänge innerhalb der Europäischen Gemeinschaft darf nicht ein weiterer Schritt in diese falsche Richtung werden. Die Ausbildungsmisere wird nicht durch eine weitere, zentral verordnete Reform zu lösen sein. Gefragt sind eher pädagogisch

als juristisch motivierte Veränderungen. Brauchen wir dazu vielleicht eine kleine Perestroika, eine Umgestaltung mit Mut zur Dezentralisierung?

(Die Ziffern in Klammern beziehen sich auf die Literatur beim Sonderdruck.)

Anschrift für die Verfasser:

Dr. med. Tilman Bauer
Stürtzelstraße 18
7800 Freiburg

Gesundheitsstatistik: Unfruchtbares Kompetenzgerangel

Um ein brisantes, ehemals als eilbedürftig bezeichnetes gesundheitspolitisches Projekt ist es inzwischen still geworden. Jedenfalls rührt in Bonn kaum ein gestandener Sozial- und Gesundheitspolitiker noch die Hände, um die noch vor zwei Jahren anspruchsvoll-ehrgeizig propagierte Gesundheits-Berichterstattung ans Laufen zu bringen.

Das Projekt einer institutionalisierten Gesundheitsberichterstattung wurde zunächst mit Verve angegangen, war doch allen Beteiligten in Politik und wissenschaftlicher Beratung bekannt, daß die regelmäßig geführten und mit großer Zeitverzögerung bekanntgegebenen amtlichen Gesundheitsstatistiken lückenhaft waren und nicht zu einem systematischen Ganzen verdichtet werden konnten. Schnell war die zündende Idee geboren, eine regelmäßige systematisierte Gesundheitsberichterstattung in einem geschlossenen Statistik-System aufzubauen. Mit deren Hilfe sollten der aktuelle Standort, die Ausgangslage und die Entwicklungstrends der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und der zukünftige Bedarf aufgezeigt werden. Dazu sollten auch sektoral übergreifende Bestandteile in eine Gesundheitsberichterstattung einmünden, um die politische Entscheidungsbasis zu verbreitern und zu objektivieren, wie etwa: Bevölkerungsentwicklung (Demographie), Gesundheitszustand der Bevölkerung (Morbidität, Mortalität); Ange-

bot an Gesundheitseinrichtungen und -leistungen (Kapazitäten); Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen und Leistungen (Nutzung), gegliedert nach Bevölkerungsgruppen, Risikogruppen und nach Art des Versicherungsstatus; finanzielle Situation, Ressourcen und Finanzierungsverpflichtungen im Gesundheitswesen und nicht zuletzt Versicherungsschutz der Bevölkerung.

Ideen-Skizzen, Konzepte von Wissenschaftlern und Instituten zirkulierten; die Inangansetzung einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung wurde auch von der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen goutiert.

Bereits das erste Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen von 1987 zeigte die empfindlichen Lücken in den amtlichen Statistiken auf. Dabei ist der Datenerfundus bei den Sozialleistungsträgern, Verbänden und Organisationen – ob brauchbar, systematisiert und aussagekräftig, ist offen – enorm. Das Dilemma: Eine koordinierte regelmäßige komplette Berichterstattung in Tableauform fehlte bislang.

Eine ordnungspolitisch neutrale, nur instrumentell wirkende Gesundheitsberichterstattung sollte methodisch exakt ausgefeilt und frei von jedweden Interessenbezug sein. Um nichts zu übereilen und die statistische Lückendiagnose zu komplettieren, wurde ein fulminantes Gutach-

ten eingeholt, an dem Wissenschaftler und zehn renommierte Institute mitwirkten. Das Gutachten kam in acht Teilbänden in einem Umfang von 1500 Seiten bereits im Februar 1989 über; Projektkoordinator und Verfasser des Schlußberichtes war das Institut für Gesundheits-Systemforschung (IGSF) in Kiel unter Leitung von Prof. Dr. med. Fritz Beske.

In Bonn wurde auf ministerieller Ebene dagegen kaum etwas bewegt. Außer „hektischem Stillstand“ und „Denkpausen“ ist nichts Großes zu vermelden. Noch unter der Ägide des verflorenen Bundesgesundheitsministers Heiner Geißler ist in der Bonner Kennedy-Allee zumindest zeitweilig ein neu errichtetes Fachreferat „Gesundheitsberichterstattung/Statistik“ damit betraut worden, sich vorrangig dieses kräftezehrenden Projekts anzunehmen. Personalabgang und Kompetenzgerangel auch mit dem Bundesarbeitsministerium und (später) mit dem Statistischen Bundesamt entfachten einen Streit über das Erstgeburtsrecht und die institutionelle Anbindung. Mehr nicht! Wissenschaftler und Gutachter haben dank öffentlich finanzierten Forschungsaufträge ihre „Schularbeiten“ längst erledigt. Die Gesundheitsberichterstattung ist für die politische Planung und Entscheidungsfindung zu wichtig und zu sensibel, als daß sie durch weiteres Kompetenzgerangel ins politische Aus manövriert werden darf.

● Die Politik ist nun am Zuge, zu entscheiden, ob der von den Gutachtern und den Instituten aufgezeigte Weg gangbar ist und offensiv beschritten werden soll: Danach soll nach einem einvernehmlich abgestimmten Gesamtkonzept jedes beteiligte Institut Mosaiksteine zur regelmäßigen Berichterstattung beisteuern, die nach dem Prinzip der Arbeitsteilung fach- und sachgerecht in eigener Kompetenz erhoben und aussagetragend ausgewertet werden können. Die Zusammenführung, Auswertung und Veröffentlichung in einer Art zentralen, neutralen Evidenzbüro wäre dann nur noch zweitrangig. Mit finanzieller Unterstützung und dem Segen der Bundesministerien wäre dies kurzfristig auch machbar.

Dr. Harald Clade

Gewalt gegen Kinder – das bestgehütete Geheimnis

In der von der UNICEF – der Kinderhilfe-Organisation der Vereinten Nationen (UNO) – und dem Internationalen Kinderschutzbund entworfenen und im November 1989 von der UNO verabschiedeten „Internationalen Konvention der Rechte des Kindes“ ist ein Abschnitt auch dem Schutz des Kindes vor Mißhandlungen durch seine Eltern oder sonstige Personen gewidmet, denen es anvertraut ist. Wie im Rahmen der UNO nicht anders denkbar, wurde dabei die Verantwortung des *Staates* hervorgehoben.

In der *Ärzteschaft* der Welt ist indes „Gewalt gegen Kinder“ keineswegs ein neues Thema. Der Weltärztebund hat schon 1984 einen Text über den Kindesmißbrauch verabschiedet und diesen im Oktober 1989 ergänzt und verstärkt. Die Probleme sind in der ärztlichen Publizistik, auch in der vorliegenden Zeitschrift, in den letzten Jahrzehnten und Jahren immer wieder einmal dargelegt worden.

Wichtig: Prävention

Dennoch: Gewalt gegen Kinder – das ist nach wie vor das bestgehütete Geheimnis unzähliger Familien. Ärzte und Ärztinnen werden in der täglichen Praxis – davon ist Dr. Ingeborg Retzlaff, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und der Ärztekammer Schleswig-Holstein, überzeugt – sehr viel häufiger mit den Folgen von Gewalt gegen Kinder konfrontiert, als sie es selbst wahrnehmen: „Viele schwer einzuordnende Krankheitserscheinungen und Verhaltensauffälligkeiten können Folgen solcher Gewaltanwendungen im körperlichen und seelischen Bereich sein.“

Dem Thema muß also immer wieder erneut Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dies hat in der Bundesrepublik zuletzt die Lübecker Gruppe des Deutschen Ärztinnenbundes in einer eigenen Veranstaltung getan, wenig später ergänzt durch Vorträge an der Akademie für

medizinische Fortbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Neben der körperlichen und seelischen Gewalt gegen Kinder, die man gewöhnlich als Kindesmißhandlung versteht, befaßt sich die Tagungen – und so spiegelt es eine nun vorliegende Broschüre*) – vor allem auch mit dem *sexuellen* Mißbrauch von Kindern.

Neben Referaten u. a. aus frauenärztlicher, pädiatrischer und kriminalpolizeilicher Sicht stehen schwergewichtig Beiträge maßgeblicher Kinder- und Jugendpsychiater: Prof. Dr. med. Joest Martinius, Direktor des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität München, zur Persönlichkeitsentwicklung mißhandelter Kinder; Prof. Dr. med. Stefan Herzka, Leiter der Kinderpsychiatrischen Abteilung der Universität Zürich, über seelische Gewalt gegen Kinder; Prof. Dr. med. Tilmann Furniß, Kinder- und Familienpsychiater der Tavistock Clinic London, zur Diagnostik und zu den Folgen und insbesondere zur therapeutischen Intervention bei sexueller Kindesmißhandlung; Prof. Dr. med. Gerd Schütze, Direktor und Lehrstuhlinhaber der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Kiel, über Möglichkeiten und Notwendigkeit der Hilfe für das mißhandelte Kind.

Erst das Wissen nicht nur um Diagnose und Therapie, sondern auch um die Prävention versetzt den Arzt in die Lage, die jüngste Forderung des Weltärztebundes zu erfüllen, die – schlagwortartig zusammengefaßt – besagt: Ein mißhandeltes Kind ist der primäre Patient, und der die Mißhandlungen entdeckende und behandelnde Arzt hat alle anderen Rücksichten beiseite zu lassen – Schweigepflichten gegenüber Mißhandlern sind hier aufgehoben, das mißhandelte Kind steht an erster Stelle. EB

*) „Gewalt gegen Kinder – Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger“ / Ingeborg Retzlaff (Hrsg.), 1989, Jungjohann Verlagsgesellschaft mbH, Neckarsulm, 127 Seiten, 32 DM, ISBN 3-8243-1061-9.