

# REFORM IM MEDIZINSTUDIUM

**Gedanken nach dem ersten klinischen Semester  
Von Prof. Dr. med. Rolf Emmrich, Direktor der Medizinischen  
Klinik der Karl-Marx-Universität**



Nachdem die „Universitätszeitung“ in einer ihrer letzten Ausgaben über die Durchführung der neuen Studienreform an der Medizinischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig aus der Sicht der Studenten und der Assistenten berichtet hatte, wurde ich aufgefordert, auch meinerseits rück- und vorwärtschauend zur Studienreform Stellung zu nehmen. Um es vorweg zu sagen, die Studienreform wurde im ersten klinischen Semester zweifellos erfolgreich durchgeführt, das heißt, es konnten die Vorlesungen nach dem Plan des Staatssekretariats für das Hoch- und Fachschulwesen gehalten werden und auch die Praktika wurden so durchgeführt, wie es dem Ziel der Studienreform entspricht. Von den insgesamt 30 Lehrgruppen, die den praktischen Teil zu absolvieren hatten, verblieben zum Praktikum vierzehn an der Medizinischen Klinik. Sechs Gruppen wurden dankenswerterweise von Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens übernommen, davon vier Gruppen vom Bezirkskrankenhaus St. Georg, eine Gruppe vom Kreiskrankenhaus Schleuditz und eine Gruppe von der Medizinischen Poliklinik der Karl-Marx-Universität. In dreiwöchigen Abständen fanden Besprechungen zwischen den Lehrassistenten und verantwortlichen Dozenten bzw. unter meiner Leitung statt. Dabei war die Möglichkeit gegeben, die eine oder andere Unzulänglichkeit zu korrigieren, da verständlicherweise mit der Einführung des Gruppenunterrichts an einer großen Klinik sehr viele Fragen zu lösen sind. Vor allem ergaben sich für die Klinikleitung gewisse Schwierigkeiten daraus, daß die Studienreform zunächst mit den vorhandenen Kräften, Assistenten, mittlerem medizinischem Personal usw., durchzuführen war. Gewisse kritische Bemerkungen, wie sie in der Reportage der „Universitätszeitung“ bereits zu finden sind, bestehen wohl zu Recht, und es ist ganz natürlich, daß im kommenden Studiensemester, in dem Unterricht und Praktika in gleicher Stundenzahl durchzuführen sind, gewisse Mängel beseitigt werden.

Im folgenden soll einiges gesagt werden zu dem Grundsätzlichen der Studienreform und zu dem weiteren Plan, der kürzlich bekannt wurde. Wer die Entwicklung der

deutschen Medizinischen Fakultäten kennt, weiß auch, daß das Studium in gewissen Abständen immer wieder reformiert wurde, das heißt, daß neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen folgend, das Studium in gewisser Weise umgestaltet wurde. Eine solche Studienreform haben wir in der DDR in der Medizin bereits im Jahre 1956 gehabt. Allerdings muß klar herausgestellt werden, daß keine der sogenannten routinemäßigen Anpassungen so tiefgreifend gewesen ist, wie die jetzt angelaufene Studienreform, die das medizinische Studium, vor allem aber das klinische Studium, ändert. Der einsichtige akademische Lehrer verkennet nicht die Notwendigkeit regelmäßiger Studienreformen. Das Ziel ist immer das einer optimalen Ausbildung der Studenten — in unserem sozialistischen Staat ganz besonders im Hinblick auf praktische Belange. Nun ist das klinische Studium in der Medizin bereits auf die Praxis ausgerichtet, aber man kann mit Fülle des theoretischen Stoffes die praktische Ausbildung in den letzten zehn bis zwanzig Jahren mehr oder weniger verkümmert ist. Ich bin durchaus dafür, daß der Student mehr und intensiver an die Praxis herangeführt wird und damit das Studium des klinischen Studenten aus einem passiven in ein aktives Studium umgewandelt wird. Diese Aktivität soll darin bestehen, durch gewedtes Interesse an der Tätigkeit am Krankenbett die Grundlage zu schaffen, daß auch die theoretischen Vorlesungen besser verstanden und im Sinne des Studiums mehr genutzt werden. Uns klinischen Lehrern war allerdings von vornherein klar, daß bei der übergroßen Zahl der Medizinstudenten die Durchführung der Praktika in den Kliniken zu Schwierigkeiten führen muß. Wenn die Kliniken dennoch die Praktika erfolgreich durchführen, so geschieht das mit äußerster Anspannung aller verfügbaren Kräfte.

Wer die derzeitigen Bedingungen an den Universitätskliniken, insbesondere auch an den Medizinischen Kliniken, kennt, weiß auch, daß ungenutzte Kapazitäten an Lehrkräften und vor allem an Assistenzärzten nicht vorhanden sind. Schon die starke Beanspruchung der Universitätskliniken

für die Versorgung der Bevölkerung hat es seit Jahren unmöglich gemacht, an einen Überschuß an Arbeitskräften zu denken. Wenn nunmehr mit der Studienreform der Unterricht in Gruppen erfolgt, so muß zweifellos die Forderung erhoben werden, die Ausbildungsstätten in ihrer Entwicklung und in ihren Stellenplänen so zu fördern, daß sie in der Lage sind, den Plan der Studienreform voll und ganz zu verwirklichen. Dazu gehört auch, die sich aus der Studienreform ergebenden neuen Proportionen zwischen den einzelnen Fächern der Medizin zu überdenken, also nicht nur Stellenplan und Stundenplan. Es werden sich neue Kategorien von Assistenten entwickeln, wenn der Begriff des Lehrassistenten neben dem des wissenschaftlichen Assistenten oder auch des Funktionsassistenten erscheint, wie ihn die Spezialisierung der inneren Medizin benötigt. Bei allen Aufgaben, welche die Studienreform den einzelnen Kliniken stellt, muß als vordringliches Gesetz bestehen: bleiben die optimale Versorgung der uns anvertrauten Kranken. Im Zusammenhang damit steht aber auch der laufende Ausbau unserer Kliniken dergestalt, daß sie der Entwicklung der Medizin im Weltmaßstab entsprechen. Darüber hinaus muß selbstverständlich an den Universitätskliniken dem Assistenten Zeit gegeben sein, auch in der Forschung zu arbeiten — andernfalls würde sich unser Nachwuchs nicht entwickeln können, da ein Teil unserer begabten jungen Mediziner mit Recht zur Forschungsarbeit drängt. Über die sich hier ergebenden Probleme, die hinsichtlich der drei Hauptaufgaben unserer Hochschulkliniken entstehen, wird zur Zeit von den zuständigen staatlichen Stellen beraten. Selbstverständlich ergeben sich aus dem Plan der Studienreform Folgerungen für die Perspektivplanung der nächsten Jahre — nicht nur in den Kliniken, sondern auch an den übergeordneten Stellen.

Die Studienreform des klinischen Studiums betraf im ersten klinischen Semester besonders die Medizinische Klinik, und das gilt auch für das zweite Studiensemester. Man hat bewußt die innere Medizin zum Schwerpunkt des klinischen Studiums erklärt. Während bisher die innere Medizin insgesamt 25 Wochenstunden zur Ver-

fügung hatte, wovon sieben Stunden praktisch am Krankenbett oder auch in Kursen absolviert wurden, weist der neue Studienplan der inneren Medizin 64 Wochenstunden zu, davon 44 als Praktikum. Es liegt also mehr als eine Verdoppelung der Unterrichtsstunden vor, wobei die Praktika ganz überwiegend in Form des Gruppenunterrichts zu gestalten sind. Es liegt auf der Hand, daß eine wesentliche Erweiterung der Stellenpläne zu erfolgen hat, wenn die internen Kliniken ihren anderweitigen Verpflichtungen hinsichtlich der Krankenversorgung und Forschung nachkommen sollen. Die innere Medizin hat mit der Studienreform eine schwere Aufgabe erhalten und damit natürlich auch die „Hauptlast“ dieser Studienreform zu tragen. Erst allmählich wird es möglich sein, qualifizierte Lehrassistenten, die zugleich wissenschaftliche Assistenten sein müssen, so heranzubilden, daß sie den Anforderungen der Studienreform genügen werden. Darüber hinaus ergibt sich aber auch die Aufgabe, den großen Wissensstoff auf dem Gebiete der inneren Medizin richtig zu gliedern, hier und da neu zu fassen und ihn so zu lehren, daß das letzte Ziel der Studienreform erreicht wird: nämlich einen theoretisch und praktisch gut ausgebildeten Arzt zu schaffen. Ich zweifle nicht daran, daß Oberärzte und Assistenten, ebenso wie mittleres medizinisches Personal und vor allem auch unsere Schwestern dieses Ziel verstehen und mithelfen werden, es zu erreichen.

Die innere Medizin wurde Jahrzehnte lang so gelehrt, daß im ersten klinischen Jahr den Studenten vor allem die Untersuchungsmethoden beigebracht wurden und sie eine Einführung in die innere Medizin erhielten. Der Schwerpunkt der Ausbildung im zweiten Studienjahr lag in der sogenannten Hauptvorlesung mit Krankendemonstrationen, während das dritte Studienjahr die tägliche Praxis bzw. die Ausbildung in der Medizinischen Poliklinik zum Gegenstand hatte. Nach dem vorliegenden vollständigen Plan der Studienreform wird sich für die innere Medizin eine völlig andere Gliederung ergeben, nämlich eine Grundstufe und eine Oberstufe. In der Grundstufe werden einige Semester lang Untersuchungsmethoden und auch die Systematik interner Krankhei-

ten gelehrt, so daß die Studenten in den folgenden Semestern andere klinische Vorlesungen besser verstehen und auch den Stoff der sogenannten theoretischen Fächer insofern besser begreifen, als sie bereits Kenntnisse über wichtige Krankheiten besitzen. Es folgen dann Zwischenexamina — allerdings nicht in der inneren Medizin. In den beiden letzten Semestern wird die innere Medizin nochmals mit Vorlesungen und mit ausgedehnten Praktika an die Studenten herangeführt. Hier sollen Fragen der Differentialdiagnose und Differentialtherapie im Vordergrund der Lehre stehen, vor allem der zusammenfassende Überblick am Krankenbett. Erst zum Schluß des gesamten klinischen Studiums folgt das Staatsexamen der inneren Medizin.

Bedenkt man diese neue Konzeption für die innere Medizin, so bedeutet sie zweifellos eine weitgehende Umgestaltung des Studiums, nicht nur, daß der Student mehr mit der praktischen Tätigkeit verwechselt sein wird, sondern er wird eine bessere Kenntnis des Hauptfaches Innere Medizin erhalten und damit auch bessere Voraussetzungen mitbringen für die spätere Ausbildung in Richtung Facharzt.

Abschließend soll nochmals betont werden, daß bei allem Verständnis für die Notwendigkeit dieser Reform die planmäßige wissenschaftliche Weiterentwicklung der einzelnen Kliniken nicht vernachlässigt werden darf, sowohl im Interesse der Krankenbetreuung als auch der Entwicklung in der gesamten Welt und auch im Sinne der notwendigen Spezialisierung. Eine negative Kritik an der Studienreform ist sicher nicht am Platze, aber eine positive Kritik wird sich zwanzigjährig ergeben, wenn die gestellten Aufgaben optimal gelöst werden sollen. Zum vollen Erfolg wird man erst kommen, wenn die Studienreform als ein Entwicklungsprozess verstanden wird, um den sich alle Beteiligten bemühen. Für die Außenstehenden wird es schwer sein, sämtliche sich hierbei ergebenden Fragen und Probleme einer Klinik zu verstehen. Die Verantwortung im Bereich der ärztlichen Versorgung ist groß, das sollte nicht vergessen werden.



## SPLITTER

Das erste klinische Semester, in dem die Ausbildung nach dem neuen Studienplan erfolgte, ist vorüber. Von Lehrkörper werden die dabei gemachten Erfahrungen ausgewertet und erste Vorstellungen entwickelt, was künftig noch zu verbessern ist. Auch die Studenten, die erstmals diese Form des Studiums absolvierten, in dem die Ausbildung am Krankenbett ein gewichtiger Bestandteil ist, haben die Bilanz ihrer Erfahrungen gezogen und ihre Gedanken geäußert. Einige dieser Gedanken — kritische — von denen wir glauben, daß sie größere Beachtung verdienen, seien hier skizziert.

Die Propädeutik-Vorlesung schafft durch ihre auf erste Übersicht des Faches gezielte Methodik eine Grundlage für ein Verstehen der mannigfaltigen Probleme und Situationen, vor die der Student am Krankenbett gestellt wird. Sie erlaubt erste

Kombinationen über häufig auftretende Krankheitsbilder, mit denen jeder Student bereits im 1. Semester während des Praktikums konfrontiert wird — vorausgesetzt, daß der Student sie besucht hat. Da das zum großen Teil mit der Begründung, dieser Stoff werde erschöpfend in der Hauptvorlesung Innere Medizin wiederholt, nicht geschieht, ist der Wert der Vorlesung Propädeutik zunächst jedenfalls in Frage gestellt.

Viele Studenten stellen in Gesprächen mit Kommilitonen, die auf anderen Stationen praktizieren, Stoff- und Niveauunterschiede in der Ausbildung fest. Da den Assistenten überlassen ist, Wesentliches und Unwesentliches im Stoffgebiet zu trennen, kann von einer einheitlichen Ausbildung auf den einzelnen Stationen eines Hauses und erst recht innerhalb aller beteiligten Einrichtungen nicht die Rede sein. Der Vorschlag der Studenten lautet: Klar umrissener Ausbildungsplan im Stationspraktikum, der den Studenten bekannt sein sollte.

Große Bedeutung wird einem engen persönlichen Kontakt zwischen auszubildenden Ärzten und Studenten als maßgeblichem Faktor bei der Erziehung beigegeben. Während der Gruppenausbildung haben die Studenten Gelegenheit, ihren künftigen Beruf und seine besonderen Bedingungen kennenzulernen. Das Vorbild ihrer klinischen Lehrer

kann ihnen die Grundsätze der ärztlichen Ethik vermitteln. Von einem großen Teil der an der Gruppenausbildung beteiligten Chefarzte, Oberärzte und Lehrassistenten werden diese erzieherischen Möglichkeiten bewußt genutzt, aber noch nicht von allen.

Schwierigkeiten gab es im vergangenen Semester in der Laborarbeit. Durch die hohe Studentenzahl war es nicht möglich, daß jeder im Zentrallabor Routineuntersuchungen übt. Der Vorschlag der Studenten geht deshalb dahin, daß künftig in allen Stationslabors die Routineuntersuchungen geübt werden können, während im Hauptlabor die Theorie verbunden mit Versuchsdemonstrationen geübt werden sollte.

Die übergroße Mehrzahl der Studenten ist von der Gruppenausbildung begeistert. Die Vorteile der neuen Form der klinischen Ausbildung werden allgemein erkannt, nur in einem Punkt bestehen Unklarheiten. Wie gestaltet sich der Studienplan in den nächsten Semestern. Fragenkomplex wie z. B.: Welche Lehrbücher sind für die einzelnen Disziplinen erforderlich? Welche Prüfungen und Familienarbeiten sind zu absolvieren? Welche Veränderungen gibt es in der Fachausbildung? usw., sollten bald beantwortet werden.