



# KLINIK

STUDIENREFORM · STUDIENREFORM · STUDIENREFORM · STUDIENREFORM · STUDIENREFORM · STUDIENREFORM

Nachdem mit Beginn des Frühjahrssemesters 1964 an der Medizinischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig mit der Reform des klinischen Medizinstudiums begonnen wurde, kann nunmehr nach fast 6 Semestern davon gesprochen werden, daß sich die Studienreform bewährt. Eine abschließende Beurteilung ist nach dieser Zeit selbstverständlich nicht möglich, im letzten Stadium der Studienreform jedoch eine Rückschau und auch eine Vorschau erlaubt und erwünscht.

Als die Reform des klinischen Studiums eingeführt wurde, geschah das in einer gewissen Eile, und es erwuchs damit für die

eine gewisse Verwandtschaft miteinander. Auch unser Plan in der Deutschen Demokratischen Republik folgt ähnlichen Prinzipien wie der Reformplan der skandinavischen Länder und der Schweiz. Im Vordergrund stehen die Intensivierung des vor-klinischen wie auch des klinischen Unterrichts und im Zusammenhang damit die Einführung des Gruppenunterrichtes am Krankenbett. Den inneren Ausbau des Studiums kann nach dem Schweizer und dem Nordischen Plan jede Universität selbst organisieren. Im Rahmen unserer Studienreform besteht die gleiche Möglichkeit einer gewissen Selbstorganisation. Man ist

zugung des praktischen Unterrichts am Krankenbett bzw. in Kursen, sondern auch um neue Inhalte der Lehre. Der Unterricht muß einerseits so gestaltet werden, daß er gut verständlich die wesentlichen neuen Ergebnisse der Forschung bringt, andererseits aber mehr zugeschnitten ist auf die Ausbildung zum allgemein-praktizierenden Arzt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, den Lehrstoff ständig zu konzentrieren und ihn im Hinblick auf die spätere Praxis zu interpretieren.

Im Jahre 1961 hat Adolf Strümpell, der spätere Ordinarius für Innere Medizin in Leipzig, einen längeren Aufsatz über

der Studienreform anzupassen, vor allem darum, Dozenten und Lehrassistenten für den praktischen Unterricht einzusetzen. Während sich hinsichtlich der Vorlesungen kaum Schwierigkeiten ergaben, bereiteten die Stationspraktika einige Sorge. Als zweckmäßig stellte sich heraus, daß der jeweilige Stationsarzt dieses Praktikum durchführt und im Gruppenunterricht die Studenten unterweist. Der Stationsarzt muß also über ausreichende Fachkenntnisse verfügen und eine Lehrbefähigung besitzen, was gewiß nicht bei allen Assistenten a priori gegeben ist. Es muß betont werden, daß sich die Stationsärzte an der Medizinischen Klinik mit viel Fleiß und großem Geschick dieser Aufgabe unterzogen haben. Dazu gehört auch eine nochmalige Durcharbeitung des Unterrichtsstoffes durch den Assistenten. Um eine gute Koordination des Gruppenunterrichtes zu erzielen, wurde an der Medizinischen Klinik ein Lenigskollektiv geschaffen, dem ein Dozent und drei Lehrassistenten angehören. Dieses Lenigskollektiv koordiniert und überprüft den Unterricht auf den einzelnen Stationen und in den Spezialpraktika. Darüber hinaus werden alle anfallenden Fragen im Kollektiv besprochen und, falls erforderlich, größere Arbeitsbesprechungen mit allen Lehrassistenten unter Beisein von Studenten-Vertretern durchgeführt. Ausreichende Kenntnisse und Fertigkeiten von selten der Lehrassistenten erfordern die im 2. klinischen Semester angesetzten Spezialpraktika, die den Studenten Einblick geben in spezielle Untersuchungstechniken, wie sie heute in der Inneren Medizin üblich sind und die bisher der Student kaum zu Gesicht bekam.

gaben erwachsen mit der Unterrichts-gestaltung des zweiten Studienabschnittes Innere Medizin sowie mit der vorausgeplanten verbesserten Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin.

Die Studienreform stellt nicht nur hohe Anforderungen an die Lehrkräfte, sondern auch an die Studenten. Während früher — und auch heute noch in Westdeutschland — während des klinischen Studiums nur wenige Kurse abgehalten wurden und damit die Verpflichtung des Studenten zum regelmäßigen Unterrichtsbesuch verhältnismäßig gering war, verlangt die Studienreform heute ein wesentlich strenger geführtes Studium. Kurse und Praktika unterliegen einer ständigen Kontrolle hinsichtlich Anwesenheit und Leistungen. Hinzu kommt das aufgliederte Staats-examen. Schon nach dem 3. klinischen Semester werden die ersten Prüfungen abgelegt, allerdings nicht in der Inneren Medizin. Selbstverständlich darf das nicht dazu führen, daß die Studenten im 2. und 3. klinischen Semester Vorlesungen bzw. Kliniken nicht besuchen, um sich für die jeweiligen Examina vorzubereiten. Damit wäre der Sinn der Studienreform verfehlt. Der Verlust guter Vorlesungen bzw. des klinischen Unterrichts ist später nicht mehr aufzuholen. Die Studienreform zwingt also zur Anspannung aller Kräfte und zu einer stärkeren Konzentration im Arbeitsstil. Dazu gehört u. a. das laufende Mitarbeiten unter Benutzung des Lehrbuchs, so daß die unmittelbare Vorbereitung vor dem Examen nur noch wenig Zeit beansprucht. Für das Examen ist aber vor allem zu bedenken, daß vom Kandidaten zwei Dinge verlangt werden: 1. die Kenntnis von Fakten und 2. das Verständnis von Zusammenhängen bzw. ein logisches „medizinisches Denken“. Die Entwicklung dieses medizinischen Denkens setzt den regelmäßigen Besuch der Vorlesungen voraus. In der Inneren Medizin werden immer Fragen nach Kausalzusammenhängen zu stellen sein ebenso wie nach Zusammenhängen krankhafter Vorgänge im gesamten Organismus. Wer nicht in der Lage ist, erlernte Fakten im wissenschaftlichen Sinne zu verwerten, wird auch später als Arzt nicht befähigt sein, der stetig fortschreitenden Entwicklung in der Medizin zu folgen. Schon der Student sollte sich dessen bewußt sein, daß die Medizin von Jahr zu Jahr sich ausweitet und immer neue Erkenntnisse hinzukommen, die nur dann zum Wohle der Kranken genutzt werden, wenn der Arzt sie sich erwirbt und sinn-gemäß anwendet. Soweit nach der Studienreform bisher übersehen werden kann, bemühen sich die Studenten, den gesteigerten Anforderungen gerecht zu werden. Dozenten und Lehrassistenten sind dankbar, wenn Anregungen zur weiteren Ausgestaltung der Studienreform auch von selten der Studenten kommen, es muß aber verlangt werden, daß die Studenten die neue Form mit lebendigem Inhalt füllen.

Prof. Dr. med. habil. WOLF EMMRICH:

## Studienreform in der Bewährung

Medizinische Klinik die Aufgabe, die Reform mit den vorhandenen Lehrkräften zu beginnen. Eine wertvolle Unterstützung wurde der Klinik dadurch zuteil, daß von den 20 Seminargruppen 6 den praktischen Teil des Unterrichts an anderen internen Einrichtungen erhalten konnten. Diese Mitarbeiter des Bezirkskrankenhauses St. Georg Leipzig, des Kreiskrankenhauses Schkeuditz, des Medizinisch-Poliklinischen Instituts der Karl-Marx-Universität und des Stadtkrankenhauses Friesenstraße Leipzig hat sich durchaus bewährt.

sich heute in vielen Ländern darüber klar-geworden, daß in den letzten Jahrzehnten der praxisbezogene Unterricht vernachlässigt wurde. In Westdeutschland ist die Situation so, daß zur Zeit wohl viel über die Studienreform gesprochen wird, diese aber bisher de facto nicht in Angriff genommen wurde. Einsichtige Ärzte in Westdeutschland wissen selbstverständlich, daß auch dort das Medizinstudium neu durch-dacht und neu gegliedert werden muß. Es geht nicht nur um die Neueinteilung der Unterrichtsstunden und eine Bevor-

den medizinisch-klinischen Unterricht publiziert, der auch heute noch lesenswert ist. Er enthält mehrere Forderungen, die jetzt mit unserer Studienreform ver-wirklicht werden. Schon damals hatte man der deutschen Klinik den Vorwurf gemacht, daß sie — besonders im Gegensatz zu der englischen Unterrichtsmethode — die praktische Ausbildung der jungen Ärzte zu-wenig berücksichtige. Strümpell forderte daher eine mehr praxisbezogene Aus-bildung und auch schon den Gruppen-unterricht bzw. die Unterrichtung des einzelnen, da nur der einzelne Student am Krankenbett zu fühlen und zu hören vermag. Man wird Strümpell auch zu-stimmen, wenn er schreibt, seiner Auffas-sung nach sei es gar nicht die Hauptauf-gabe der Klinik, die praktische Ausbil-dung in allen Einzelheiten zu vollenden, sondern sie müsse dem zukünftigen Arzt diejenige wissenschaftlich-medizinische Grundlage verschaffen, die er für die spä-tere Aus- und Weiterbildung benötigt. Bei aller Berücksichtigung der praktischen Unterweisung muß der Schwerpunkt der Klinik auf der wissenschaftlichen Ausbil-dung liegen. In diese Ausbildung ist be-sonders der Unterricht in der Medizinischen Poliklinik einzubeziehen, da hier der Schwerpunkt von vornherein auf der prak-tischen Seite des ärztlichen Berufes liegt. Auf das praktische Jahr nach dem Staats-examen kann verzichtet werden — so nach Strümpell.

Die Studienreform brachte eine Reihe neuer Aufgaben für die an der Medizinischen Klinik tätigen Dozenten und Lehr-assistenten. Es ging darum, die Lehrpläne

Jede Form des Gruppenunterrichtes ist besonders dann wirksam, wenn die Grup-pen möglichst klein gehalten werden und nicht mehr als 10 Studenten umfassen. Zur Zeit sind die Gruppen noch etwa doppelt so umfangreich, schon in den nächsten Semestern werden sie aber wesentlich klei-ner sein. Die Kontrolle der Anwesenheit der Studenten erfolgt durch die Seminar-gruppen selbst. Von Zeit zu Zeit werden die Studenten über ihr Wissen befragt, am Ende des Semesters müssen sie Leistungen vorweisen, die testiert werden. Auf diese Weise wird ein streng geregelter Studi-engang erreicht, den übrigens auch der Präsi-dent des diesjährigen Internistenkongresses in Wiesbaden, Professor Dr. Sturm, für das Studium in Westdeutschland for-derte.

Die Studienreform, deren Hauptlast in den ersten klinischen Semestern durch die Medizinische Klinik getragen wird, erfor-derte auch gewisse strukturelle Verände-rungen der Klinik. Voll ausgebildete Fach-ärzte für Innere Medizin müssen länger an der Klinik verbleiben. Sie haben dabei die Möglichkeit zu weiterer Spezialisierung. Ihnen obliegt in erhöhtem Maße die Ver-pflichtung zur Lehre und zur wissenschaft-lichen Arbeit. Schon jetzt muß damit ge-rechnet werden, daß in wenigen Jahren große neue Aufgaben dadurch erwachsen, daß die *graduale* Ausbildung zum *Facharzt* für Innere Medizin erhebliche Anforderun-gen an die Klinik stellen wird. Zur Ausbil-dung künftiger Fachärzte auf dem Gebiete der Inneren Medizin werden dann nicht nur hochqualifizierte Dozenten, sondern auch gut ausgebildete Lehrassistenten be-nötigt.

Etwa 70 Prozent der Krankheitsfälle, die der praktizierende Arzt (Facharzt für prak-tische Medizin) zu untersuchen und zu be-handeln hat, gehören in das Gebiet der Inneren Medizin. Damit ist gesagt, daß der Arzt in der Praxis viel von Innerer Medi-zin verstehen muß. Der Facharzt für Innere Medizin hat hinsichtlich Diagnostik und Therapie weitergehende Aufgaben zu er-füllen. Neben dem großen Gebiet der uni-versellen Inneren Medizin, das er vertritt, haben sich neue Spezialgebiete entwickelt, die von sogenannten „Superspezialisten“ vertreten werden. Einer Universitätsklinik obliegt daher die Aufgabe, sowohl Stu-denten als auch Fachärzte für Innere Medi-zin und „Superspezialisten“ auszubilden. Da in den Kliniken auch wissenschaftliche Forschungsarbeit geleistet werden muß, kommt es darauf an, zwischen Lehre, Forschung und Krankenbetreuung wohl-ausgewogene Proportionen zu wahren, da keine dieser Aufgaben zu kurz kommen darf. Die Klinikarbeit sollte in jedem dieser 3 Arbeitsbereiche optimal sein, denn nur dann entspricht sie den Forderungen, welche die heutige sozialistische Gesell-schaft an uns stellt.

Die ersten drei klinischen Semester der Studienreform bedeuten für die Innere Medizin nur den ersten Abschnitt der klinischen Ausbildung, der zweite Abschnitt wird das 6. und 7. Studiensemester um-fassen. Hier wird der Schwerpunkt des Unter-richtes in den Ambulanzen liegen, wobei sich zweifellos gewisse Schwierigkeiten hin-sichtlich der Räumlichkeiten wie auch des Lehrpersonals ergeben werden, denn eine weitergehende Aufgliederung der Seminar-gruppen ist erwünscht, so daß möglichst wenige Studenten den einzelnen ambulan-ten Kranken betreuen. Ihn untersuchen und auch die Behandlung einleiten. Das hat unter Aufsicht und steter Kontrolle zu geschehen. Aus alledem ergibt sich, daß die Medizinische Klinik mit der Organi-sation und Durchführung des ersten Ab-schnittes der Studienreform bisher ledig-lich eine Teilaufgabe erfüllte. Weitere Auf-

Es wird kein Zweifel, daß die Medizin in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren sehr rasch an neuem Unterrichtsstoff hat in sich aufnehmen müssen. Dieser neue Stoff hat aber meist zu einer Ausweitung oder auch Intensivierung des theo-retischen Unterrichts geführt, nicht aber zu entsprechenden Konsequenzen am Krankenbett. Es ist daher das durchwegs richtige Bestre-ben der Studienreform, wieder eine engere Praxisbeziehung im Unterricht herzustellen.

Es weiß auch, daß das Studium in gewissen Abständen immer wieder reformiert wurde, das heißt, daß neuen wissenschaft-lichen Erkenntnissen folgend, das Studium in gewisser Weise umgestaltet wurde. Ein solches Studienreform haben wir in der DDR in der Medizin bereits im Jahre 1956 gehabt. Allerdings muß klar herausgestellt werden, daß keine der sozusagen routin-e-mäßigen Anpassungen so tiefgreifend er-wesen ist, wie die jetzt angelaufene Stu-dienreform, die das medizinische Studium vor allem aber das klinische Studium, an-

Prof. Emrich in UZ 14 und 30/64  
Prof. Julich und OMR Leopold in UZ 44/64

Über die mit der Studienreform im 1. kli-nischen Semester gewonnenen Erfahrungen berichtet Verfasser bereits am 30. 7. 1964 in der UZ. Jetzt wird kurz Stellung genom-men zu grundsätzlichen Fragen der Stu-dienreform, zur derzeitigen Situation für Dozenten und Lehrassistenten, aber auch zur Bedeutung der Studienreform für die Studenten.

Über die Notwendigkeit zu einer Reform des Medizinstudiums braucht heute kaum noch diskutiert zu werden, sie wird all-gemein anerkannt. So haben die 4 skandi-navischen Staaten in gemeinsamen Konfe-renzen 1962/64 einen „Nordischen Plan“ zur Reform des Medizinstudiums ausgearbeitet und danach die Studienreform ein-geführt. 1964 arbeitete die Interfakultäts-kommission der 6 Schweizer Fakultäten gemeinsam mit dem Zentralvorstand der Ärztenorganisation eine neue schweizerische Studienordnung aus. Beide Pläne zeigen

Die Reform des Medizinstudiums ist ein dringend benötigtes. Das Ergeb-nis des bisher beschriebenen Krankheits-sowohl von den in unserem Krankenhaus ausgebildeten Studenten als auch von un-terrichteten Ärzten insgesamt positiv ein-geschätzt worden. Von allen Seiten, auch von Schwestern und medizinisch-techni-schen Assistentinnen wird Verständnis für diese neue Form des akademischen Unter-richts und auch Bereitschaft zu ihrer Um-setzung entgegengebracht aus der Über-zeugung heraus, daß die seit einem Sem-ester wirksame Studienreform einer pe-simistischen Ausbildung unserer Stu-denten und damit späterhin einer beschränkten ärztlichen Versorgung unserer Bevöl-kerung dient.

Klinogramm usw. vertraut gemacht. Mit dem Ergebnis kann man nach Ablauf des ersten Semesters, das unter die Studien-reform fiel, recht zufrieden sein, denn der Student hat mit Erfolg die ersten Gehe-riker in der Klinik gemacht. Einem klini-schen Praktikum wird dann ein Erfolg be-zugnehmend sein, wenn Ausbilder und Stu-dent selbst an einem größeren Kranken-entwurf dem Studenten die klinischen Befunde demonstrieren kann.