

Beruf und Ausbildung des Arztes

Rede

gehalten bei der feierlichen Uebnahme
des Rektorates der Universität Köln am

10. November 1928 von

Dr. med. FERDINAND ZINSSER

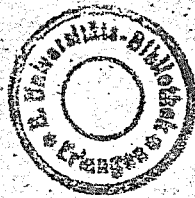
ORD. PROF. FÜR HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN



Mit Verwaltungsbericht der Universität
für das Sommer-Semester 1928 von
Prorektor Professor

Dr. rer. pol. ERNST WALB

Ord. Prof. der Betriebswirtschaftslehre



*Original
Zettel
Rehr*

Siegel der alten und der
neugegründeten Universität.

KOLN 1928
OSKAR MÜLLER VERLAG

Beruf und Ausbildung des Arztes.

Forschen, Lehren und Erziehen sind die Aufgaben der Universität.

Daß unsere medizinischen Fakultäten der ersten der Aufgaben in weitem Maße gerecht werden, daß deutsche Forscher an den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft schwerwiegende Mitarbeit leisten, bedarf gar keiner Erwähnung.

Es mag sein, daß unter der Last des Krieges und der Kriegsfolgen Deutschland nicht mehr die überragende Stellung in der medizinischen Forschung einnimmt, die ihm früher allgemein zuerkannt wurde.

Es mag sein, daß ihm namentlich in der neuen Welt ein gewichtiger Wettbewerb in Gestalt einer stattlichen Zahl von ernst zu nehmenden Wahrheitssuchern entstanden ist, die mit Hilfsmitteln arbeiten, die für uns heutzutage einfach unerschwinglich sind. Aber wir wissen doch, daß aus stiller deutscher Arbeit in Klinik und Laboratorium noch immer in reichem Maße wissenschaftliche Fortschritte hervorgehen, auf die wir stolz sein dürfen. Im Ringen nach Erkenntnis kämpfen deutsche Forscher nach wie vor in den ersten Reihen.

Eine andere Frage ist die, ob unsere Universitäten dem zukünftigen Arzte alles das an Kenntnissen, Fertigkeiten und Erziehung mitgeben, nicht nur was er unbedingt im Interesse der ihm anvertrauten Kranken braucht, sondern vor allem, was ihn befähigt und ihn berufen macht, ein Führer des Volkes zu sein auf dem Wege zur körperlichen und auch geistigen und moralischen Gesundheit und Ertüchtigung.

Die Aufgaben und Pflichten, die des jungen von der Hochschule entlassenen Arztes harren, sind zur Zeit ganz besonders schwer und erfordern ganz besondere Eigenschaften.

Der ärztliche Stand steht augenblicklich mitten in einem schweren Kampfe um seine Existenz. Nicht nur und nicht in erster Linie um seine wirtschaftliche Existenz. Gewiß ist die wirtschaftliche Not weiter ärztlicher Kreise eine furchtbar schwere.

Die Verarmung des Mittelstandes durch Krieg und Inflation, die Abwanderung fast der ganzen früheren Privatklientel in die Krankenkassen, der Zug nach dem Krankenhaus, der sich in allen Schichten der Bevölkerung geltend macht, die Ueberfüllung des Aerzteberufes wie aller akademischen Berufe, die Einengung der Tätigkeit des praktischen Arztes durch die Einrichtungen der sozialen ärztlichen Fürsorge, die Verteuerung der Lebensführung, das noch immer in Deutschland zu Recht bestehende Kurpfuschertum, die durch die Notverordnung vom 13. Oktober 1923 eingeführte Beschränkung der Zahl der Kassenärzte, alle diese Umstände haben es mit sich gebracht, daß sich zahllose Aerzte in bitterster materieller Not befinden. Doch teilen sie schließlich dieses Schicksal mit zahllosen Angehörigen anderer Stände und Berufe. Man darf erwarten, daß schließlich mit der Zeit ein Ausgleich kommen wird, so hart der jetzige Zustand und der der nächsten Jahre für die Betroffenen sein mag. Daß trotz dieser materiellen Not der Andrang zum Studium der Medizin nicht nennenswert nachläßt, ist zum Teil daraus zu erklären, daß auch die anderen akademischen Berufe überfüllt sind. Sicherlich darf man aber auch annehmen, daß der innere Drang zum ärztlichen Beruf, der Wunsch, sich in den Dienst der leidenden Menschheit zu stellen, für viele die Triebfeder ihres Entschlusses ist.

Sehr viel wichtiger und nicht nur für den Arzt allein, sondern auch für unser ganzes Volk bedeutungsvoller ist die Umwandlung, die sich, schon längere Zeit vorbereitet,

aber in den letzten Jahren fast plötzlich in Erscheinung tretend, in der Rolle vollzieht, die der Arzt in der menschlichen Gemeinschaft spielt, die Veränderung seines Wirkungskreises, seiner Würdigung und seines Ansehens.

Es ist noch gar nicht so lange her, daß das Verhältnis zwischen Arzt und Kranken ausschließlich beruhte auf dem Vertrauen, das der Kranke dem Arzt entgegenbrachte den er sich nach seinem eigenen Gutdünken aussuchte, der ihn und seine Angehörigen durch lange Jahre und oft genug das ganze Leben hindurch beriet, zu dem ein nicht nur ärztliche Fragen betreffendes Vertrauensverhältnis bestand.

Daß dieses Verhältnis sich allmählich wandelte, hat verschiedene Ursachen. Die erste Bresche wurde wohl durch die Einrichtung der Krankenkassen gelegt. Zunächst für die Arbeiter einzelner Betriebe eingerichtet, teils um ihnen billigere ärztliche Hilfe zu sichern, teils um dem Betriebe eine genauere Kontrolle über die Krankenbewegung zu beschaffen, dann allmählich auch auf die Angehörigen ausgedehnt und in immer größere Organisationen zusammengefaßt, erstreckte sich die kassenärztliche Versorgung allmählich über immer weitere Kreise, bis sie schließlich zur Zeit 80—90 Prozent der Gesamtbevölkerung umfaßt. Um dem Bedürfnis des Kranken nach dem Arzte seiner Wahl entgegenzukommen, wurde das anfänglich bestehende System der einzelnen fest angestellten Kassenärzte — nach hartem Kampfe zwischen Aerzten und Krankenkassen — in das System der freien Arztwahl umgewandelt, nach dem jeder Arzt, der dazu bereit war, als Kassenarzt zugelassen wurde und von den Kranken frei gewählt wurde.

Durch die seit 5 Jahren zu Recht bestehende Notverordnung ist die freie Arztwahl für den ärztlichen Nachwuchs wieder aufgehoben mit dem geradezu erschütternden Ergebnis, daß der junge Arzt nach 6jährigem Studium und oft nach mehrjähriger Assistententätigkeit 10 Jahre und länger von der Mitarbeit an den Krankenkassen und damit so gut wie von jeder ärztlichen Praxis ausgeschlossen bleibt,

um zu versauern und zu verbittern und um seine mit viel Arbeit und Fleiß erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten wieder verkümmern zu lassen.

Man könnte wohl annehmen, daß kein Grund vorliegt, daß das Verhältnis vom Kassenarzt zum Kranken ein anderes zu sein brauchte als es früher zwischen Kranken und freiem Arzte bestand. Daß das in der Tat nicht der Fall ist, daß an die Stelle des früheren Vertrauens ein ausgesprochenes Mißtrauen, an Stelle der früheren Hilfsbereitschaft eine verminderte Arbeitsfreudigkeit getreten ist, wird allgemein anerkannt. Auf die Gründe einzugehen, die im wesentlichen auf mehr oder weniger berechtigten und unvermeidlichen menschlichen Beweggründen beim Arzt und beim Kranken beruhen, ist nicht der Gegenstand meiner Ausführungen. Es sei nur darauf hingewiesen, daß das Kassenmitglied, dessen Beiträge nun einmal bezahlt sind, viel häufiger mit geringerem Heilungswillen wie früher den Arzt beansprucht, daß es von ihm Stärkungsmittel, Schonungsatteste, Erholungsurlaub usw. erwartet und beansprucht, an die es gar nicht denken würde, wenn sie auf seine Kosten gingen; daß der Arzt, wenn er unberechtigten Verlangen nicht entspricht, gemieden, wenn er nachgibt, nicht geachtet wird, daß mancher Arzt, um in der schlecht bezahlten Kassenpraxis sein Existenzminimum zu verdienen, gezwungen ist, flüchtige Arbeit zu leisten, was auch wieder weder seinem Ansehen dienlich ist, noch zu einer inneren Befriedigung im Berufe führt.

Die Wandlung der Beziehung zwischen Arzt und Kranken wird ferner ganz wesentlich verursacht durch die Entwicklung, welche die ärztliche Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten durchgemacht hat. Vom heutigen Standpunkte aus betrachtet war noch vor wenigen Dezennien die Ausübung der ärztlichen Praxis eine verhältnismäßig einfache Sache. Die Untersuchungsmethoden waren einfach und nicht schwer zu beherrschen; die Spezialfächer standen in den ersten Anfängen ihrer Entwicklung und konnten

vom praktischen Arzte noch übersehen werden; die Therapie war vorwiegend symptomatisch und empirisch; die Intuition, d. h. das empfindungsmäßige Handeln, spielte noch eine große Rolle. Jedenfalls war es für einen begabten, fleißigen, gewissenhaften Menschen möglich, ein tüchtiger allgemeiner Arzt zu sein, der sich mit Recht des Vertrauens seiner Kranken erfreute.

Mit der fortschreitenden Entwicklung der medizinischen Wissenschaft, der Verbesserung, Verfeinerung der Untersuchungsmethoden, dem Ausbau der Laboratoriumsmethoden und der Entwicklung der Spezialfächer wurde das Gebiet allmählich immer unübersichtlicher, der einzelne Arzt immer unselbständiger. Ohne Röntgenaufnahme, ohne Endoskopie, ohne bakteriologische und serologische Untersuchungen, ohne die kompliziertesten Untersuchungen des Blutes und der Ausscheidungen gilt heutzutage keine Diagnose mehr als vollkommen und ohne kostspielige technische therapeutische Instrumentarien und Apparaturen keine Behandlung mehr als zeitgemäß. Jedes Organ hat heute seine Spezialisten. Jedes Spezialfach hat seine Untersuchungsmethoden, seine Technik, seine Behandlungsmethoden so ausgebaut, daß schon die Beherrschung des Sonderfaches eine ganze Lebensarbeit erfordert. Immer mehr Aerzte beschränken ihre Arbeit auf streng umschriebene Fachgebiete, und selbst innerhalb der Einzelgebiete spalten sich immer wieder neue Arbeitsgebiete ab.

Daß wir in der Medizin wie in jeder Wissenschaft der Spezialisierung große Fortschritte verdanken, liegt auf der Hand. Uns interessiert hier die Frage, wie sie sich in dem Verhältnis vom Kranken zum Arzt auswirkt.

Der wissenschaftlich denkende Arzt und der forschende Gelehrte werden nie den Zusammenhang mit dem Ganzen aus dem Auge verlieren. Dazu sind die Fäden, die sich hinüber und herüber spinnen, zu zahlreich.

Aber bei der alltäglichen praktischen Ausübung der

ärztlichen Spezialpraxis ist doch die Gefahr der Einseitigkeit eine große.

Das Publikum, das die Beziehungen zum Ganzen nicht kennt, ist zu einer Ueberschätzung der Spezialisten geneigt. Es sieht sein Heil im Spezialistentum, und die gesteigerte Nachfrage führt ganz selbstverständlich zu einem übertriebenen Angebot, zumal, da die Spezialpraxis im allgemeinen weniger mühevoll und einträglicher zu sein pflegt als die Allgemeinpraxis.

Schon der werdende Arzt arbeitet immer mehr auf eine fachärztliche Ausbildung hin, und das führt notgedrungen auch beim Mediziner zu einer minderen Wertung der Gesamtausbildung, der allgemeinen Grundlage und zu einer Ueberschätzung der spezialistischen Techniken und besonders der Laboratoriumsmethoden. Das greifbar Praktische, das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung, der Serumreaktion, das Röntgenbild, scheinen dem jungen Mediziner, der zunächst ratlos den vielgestaltigen klinischen Erscheinungen gegenübersteht, ruhender Pol und feste Grundlage der ärztlichen Wissenschaft zu sein und damit schwindet, wenn er nicht in enger Fühlung mit der Klinik bleibt, leicht sein Verständnis und sein Interesse für das eigentliche Objekt seiner Tätigkeit, den kranken Menschen.

Mir scheint es nicht zweifelhaft, daß weite Kreise ein feines Empfinden für die Nachteile dieser Strömung haben, daß darunter das Vertrauen zum Arzt im allgemeinen gelitten hat und daß darauf zum Teil das freilich irrige Vertrauen weiter Kreise zur sogenannten Naturheilkunde und ähnlichen Lehren beruht.

Die letzten Jahrzehnte der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft haben uns eine tiefere Kenntnis der mittelbaren und unmittelbaren Krankheitsursachen gebracht und damit der Krankheitsverhütung wertvolle Waffen in die Hand gegeben. Nicht nur die Kenntnis der Krankheitserreger, sondern viel mehr die Kenntnis von den tieferen

Ursachen der Krankheiten, wie der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus, der Einfluß der Umwelt, der Wohnungsverhältnisse, der Erziehung, der Vererbung, drängen geradezu zu einer umfassenden weitschauenden Krankheitsverhütung und Gesundheitspflege. Hier kann der einzelne Arzt in seinem beschränkten Wirkungskreise nicht durchgreifend wirken und so haben Staat und Gemeinden in der richtigen Erkenntnis, daß die Vorbeugung wichtiger ist als Behandlung, sich zur Schaffung zahlreicher Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge entschlossen, die in Form von Beratungs- und Fürsorgestellen durch Rat und tätige Hilfe die Gefährdeten schützen und stützen und den Kranken ärztliche und wirtschaftliche Hilfe angedeihen lassen wollen. Säuglinge und ihre Mütter, Schwangere, Lungenkranke, Alkoholiker und Nervenkranken, Krüppel und Idioten, Geschlechtskranke und Ehe Kandidaten werden auf öffentliche Kosten beraten und fürsorglich betraut.

Diese Fürsorge soll zunächst nur eine beratende sein, die Behandlung soll zunächst noch dem freien Arzte überlassen bleiben.

Aber die ersten Anfänge der Behandlung sind schon gemacht und die Entwicklung geht doch wohl immer mehr darauf hinaus, daß auch die Behandlung allmählich in die Hände des beamteten Arztes kommt, und daß ein freier ärztlicher Stand immer mehr von der Bildfläche verschwindet und höchstens noch für die immer kleiner werdenden Kreise der Wohlhabenden verfügbar bleibt.

Jedenfalls ist jetzt schon fast allgemein zwischen den behandelnden Arzt und den Kranken eine Behörde eingeschoben, für die der behandelnde Arzt nur mehr ein ausführendes Organ ist, dessen Tätigkeit von ihr überwacht, dirigiert und bewertet wird. Das Recht der Kontrolle wird ohne weiteres aus der Bestreitung der Kosten abgeleitet.

Ob diese hochentwickelte fürsorgliche Organisation, die ja schließlich zu einer allgemeinen Verbeamtung des Aertztestandes führen muß, ein Segen für die Menschheit

ist, darüber kann man verschiedener Ansicht sein. Wäre es wirklich der Fall, so müßte sich der ärztliche Stand ohne weiteres und sogar freudig in diese neuen Verhältnisse schicken und das Opfer seiner Selbständigkeit bringen.

Ich selbst teile die Ansicht, daß es nicht der Fall ist, daß man schon jetzt von einer Ueberspannung der Fürsorge sprechen kann, welche den Willen zur Gesundheit lähmt, die Sucht nach Unterstützung und Renten fördert, Minderwertige erhält und weiterzuchtet auf Kosten der wertvollen Persönlichkeiten. Aber es muß auch ohne weiteres zugegeben werden, daß die Entwicklung, welche die Dinge genommen haben, sich ganz logisch richtet nach der Entwicklung, die unsere sozialen Verhältnisse überhaupt nehmen, daß der ärztliche Beruf den nämlichen Weg geht wie alle anderen Berufe. Ob zum Segen oder zum Unheil, wer kann es sagen?

Es sieht zunächst häßlich und eigennützig aus, wenn sich der ärztliche Stand im Interesse seiner Freiheit und Existenz gegen fürsorgerische Maßnahmen wehrt, die für Schwache und Kranke und im Interesse der Allgemeinheit getroffen werden. Aber der Beweggrund, der die Mehrheit der Aerzteschaft in ihrem Kampfe gegen das Uebermaß der öffentlichen Fürsorge und vor allem gegen die Form ihrer Durchführung leitet, kann gewiß beanspruchen, als ein idealer, gerade der Allgemeinheit dienender anerkannt zu werden.

Es wäre natürlich ganz verfehlt, wollte man aus eigennützigen Erwägungen heraus sich sozialen Fürsorgemaßnahmen widersetzen. Es ist auch, das läßt sich nicht leugnen, vielfach von ärztlicher Seite in dieser Richtung gefehlt worden. Aber auf der anderen Seite muß auch wieder zugegeben werden, daß vielfach die Instanzen, welche die Fürsorgeeinrichtungen geschaffen haben und denen sie unterstehen, in ihrem Bestreben zu helfen, nicht in ausreichender Weise auf die Erhaltung eines freien Aerztestandes bedacht gewesen sind.

Gewiß ist der freie Aerztestand nicht seiner selbst wegen da. Wenn es das allgemeine Wohl verlangt, muß er verschwinden, aber die Frage ist, ob sein Verschwinden nicht einen unersetzlichen Verlust für unser Volk bedeuten würde. Ich bin überzeugt, daß damit der Zustrom gerade der besten und wertvollsten Elemente zum ärztlichen Berufe versiegen würde.

Es muß ein Weg gefunden werden und ich glaube, bei beiderseitigem guten Willen müßte er zu finden sein, der eine weitblickende großzügige Krankheitsverhütung schafft unter freudiger Beihilfe eines freien Aerztestandes.

Kein Beruf ist weniger als der des Arztes für eine Verstaatlichung und Verbeamtung geeignet. Trotz Technik und Laboratorium und auch trotz der Bezahlung bleibt die ärztliche Hilfeleistung ein Akt der Nächstenliebe. Aus der Hilfsbereitschaft und Nächstenliebe ist die ärztliche Kunst entsprungen und ohne sie wird sie seelenlos, ohne sie begibt sie sich einer ihrer wertvollsten Waffen im Kampfe gegen Krankheit und Elend. Nichts erweckt im Arzte mehr die Freude und den Willen zu helfen, als das Vertrauen, das ihm der Kranke entgegenbringt. Nicht weil er in seinem Bezirke wohnt, weil er ihm behördlich zugeteilt ist, soll der Kranke zum Arzte kommen, sondern weil er Vertrauen zu seinem Können hat, weil er von ihm Hilfe und Freundschaft erwartet, weil ihm sein Wesen und seine Art zusagt, weil er sich nach einer persönlich menschlichen Beziehung zu seinem Arzte sehnt. Das sind Imponderabilien, die man heutzutage gern zur Seite schiebt, die aber doch tief, und ich glaube unausrottbar in der menschlichen Natur wurzeln und die schließlich immer wieder ihr Recht verlangen werden.

„Die Beseitigung des individuellen Zwergbetriebs, die Eingliederung der Aerzte in eine Gesamtorganisation des Heilwesens, die unter sorgfältiger Berücksichtigung der Arbeitsteilung und Arbeitersparung durch Zuhilfenahme aller technischen Hilfsmittel aufzubauen ist“, das ist das Ideal,

das gewissen Kreisen vorschwebt. Wenn man diesen, von Grotjahn aufgestellten Leitsatz liest, möchte man glauben, daß es sich um die Organisation eines kaufmännischen oder industriellen Unternehmens handelt.

Daß durch die Organisation Arbeit gespart wird, daß die Arbeit billiger geleistet werden kann, daß durch Arbeitsteilung für den gleichen Aufwand an Arbeit und Kosten quantitativ mehr geleistet werden kann, muß ohne weiteres zugegeben werden. Aber was bei der fabrikmäßigen Herstellung toter Gegenstände gewiß zweckmäßig und wirtschaftlich vorteilhaft ist, das darf doch nicht ohne weiteres auf die Arbeit übertragen werden, die nicht nur eine Arbeit, sondern auch eine Kunst ist und die sich nicht mit einem toten Objekt, sondern mit dem kranken Menschen und seinen Nöten befaßt. Hier darf und kann die Arbeits-, Kosten- und Zeitersparnis nicht das ausschlaggebende sein. Dieser Arbeit muß, wenn sie fruchtbar sein soll, ihre Seele erhalten bleiben. Für Fließarbeit ist die ärztliche Kunst nicht geeignet.

So stehen wir zur Zeit, wie in so vielen Dingen, auch bei der ärztlichen Versorgung unseres Volkes vor der Frage Persönlichkeit oder Masse. Jedenfalls muß ein Weg gefunden werden, der dem selbstverständlichen Bedürfnis nach individueller Behandlung durch verständige und wohlwollende Zusammenarbeit gerecht wird und der die freudige Mitwirkung einer freien Aerzteschaft am Gesundheitsdienste für unser Volk erreicht. Das persönliche Vertrauensverhältnis zum Arzt darf nicht ein Vorrecht der wenigen Reichen sein. Dann wird es möglich sein, nicht nur Kranke zu behandeln, sondern auch Krankheiten zu verhüten, Schwache und Gefährdete zu stützen und vor allem weiten Kreisen unseres Volkes den vielfach verlorenen Willen zur Gesundheit und Arbeit wiederzugeben.

Auf diese für die Aerzteschaft und unser ganzes Volk bedeutungsvollen Fragen einzugehen und die Möglichkeiten

eines Ausgleichs der vorhandenen Gegensätze zu erörtern, muß ich mir an dieser Stelle versagen, so sehr auch diese Fragen unsere medizinischen Fakultäten angehen und so eng wir uns auch mit der Aerzteschaft und ihrem Schicksal verbunden fühlen. Mir kam es nur darauf an, in wenigen Strichen die Verhältnisse zu schildern, unter denen unsere jungen Aerzte nach Beendigung ihres Studienganges ihre Tätigkeit aufnehmen müssen und zu zeigen, welche Aufgaben ihrer harren, um im Anschluß daran zu erwägen, ob sie von der Universität für ihre schwere Aufgabe in der richtigen Weise vorbereitet werden.

Ich bedaure, diese Frage von vornherein verneinen zu müssen. Ich stehe damit nicht allein. Jeder verständige Arzt wird mir darin zustimmen, und ich glaube, es gibt auch keinen Universitätslehrer, der nicht mit Sorge unserem Nachwuchs nach erteilter Approbation nachblickte. Und vor allem fürchte ich, daß unsere jungen Aerzte selbst sich manchmal fragen werden, ob das, was ihnen gegeben wurde, das ist, was sie von uns verlangen konnten. Was unsere Aerzteschaft und mit ihr unser ganzes Volk braucht, ist ein Nachwuchs, der über eine feste wissenschaftliche Grundlage von Kenntnissen verfügt, auf der er weiter aufbauen kann, der beobachten und denken gelernt hat. Nicht auf Vielwissen und auf einstudierte Spezialkenntnisse kommt es an, die eben für das Examen zusammengeklaut wurden, sondern auf eine wirklich von Grund auf erfaßte theoretische Basis, auf eine durch praktische Arbeit am Krankenbett erworbene Sicherheit im Handeln und vor allem auf wirkliche Liebe zum Beruf und ehrliche Selbstachtung, der oberflächliche und lüderliche Kompromißarbeit einfach unmöglich ist.

Daß der durchschnittliche Bildungsgang diese Eigenschaften im allgemeinen nicht gewährleistet, geht schon daraus hervor, daß der Ruf nach einer Reform des ärztlichen Unterrichts in zahllosen Schriften und Aufsätzen von Aerzten und Hochschullehrern immer wieder ertönt.

Wenn aus dem bestehenden Unterrichtssystem noch

immer gute Aerzte hervorgehen, so ist das gewiß nicht ein Verdienst des Systems. Wie kommt es, daß trotz des gewiß guten Willens der Hochschullehrer diese Mängel bestehen und sich sogar immer mehr geltend machen? Ich sehe die Ursache darin, daß unser Studiengang und unsere Prüfungsordnungen im wesentlichen noch dieselben sind wie sie vor 40 Jahren waren und daß sie sich den gesteigerten Anforderungen, die der Ausbau der medizinischen Wissenschaft mit sich gebracht hat, im wesentlichen nur dadurch angepaßt haben, daß die Zahl der Pflichtvorlesungen und der Prüfungsfächer vermehrt wurde, mit einer verhältnismäßig viel zu geringen Steigerung der vorgeschriebenen Studienzzeit. Eine einschneidende Aenderung wurde durch die Einführung des praktischen Jahres nach bestandener ärztlicher Staatsprüfung vor ca. 20 Jahren getroffen. Auch diese Neuerung — so gut sie auch an sich sein mag — wird wenigstens in der Art ihrer Durchführung nicht allgemein als eine ausreichende Reform anerkannt.

Daß die Vertreter der verschiedenen Spezialfächer, von deren Bedeutung durchdrungen, ihre Aufnahme in den vorgeschriebenen Stundenplan und in die Zahl der Prüfungsfächer verlangt und durchgesetzt haben, hat gewiß seine Berechtigung. Daß diese Spezialfächer aber jetzt auf Kosten der grundlegenden Hauptfächer betrieben werden, darin liegt gewiß der Kern der Schwierigkeiten. — Wir werden darauf noch zurückkommen.

Die Reformvorschläge für das medizinische Studium beginnen schon mit der vorausgehenden Schulbildung. Es wird nicht nur von den medizinischen Hochschullehrern geklagt, daß die Vorbildung auf den Gymnasien viel zu wünschen übrig läßt, daß sie vor allem nicht genügend zum selbständigen Denken erzieht. Ich kann auf diese Frage nicht eingehen und möchte nur soviel sagen, daß auch mir diejenigen recht zu haben scheinen, die der Ansicht sind, daß die Rücksichtnahme auf ganz unbegabte Schüler, die besser überhaupt nicht zum Hochschulstudium zugelassen würden,

auf die gesamte Gymnasialausbildung verschlechternd wirkt, daß das Sieb der Reifeprüfung viel zu große Löcher hat und daß man nach neunjähriger Gymnasialausbildung wohl im allgemeinen eine bessere Vorbereitung zum Universitätsstudium erwarten dürfte. Bei der Ueberfüllung aller akademischen Berufe dürfte die Zulassung zum Hochschulstudium getrost strenger gehandhabt werden.

Ich verweise auf eine kürzlich erschienene Denkschrift der Philosophischen Fakultät Berlin, in der geradezu ausgesprochen wird, daß das Abiturientenexamen kein sicheres und eindeutiges Kriterium für die Reife zum Beginn wissenschaftlicher Fachstudien mehr bedeutet.

Man hört gelegentlich den Vorschlag, daß die Zulassung zum Studium der Medizin von besonderen Eignungsprüfungen abhängig gemacht werden sollte. Von Professor Moritz von unserer Fakultät sind sehr lehrreiche und interessante Studien über den besonderen Veranlagungstypus des Mediziners gemacht worden.

Da aber doch die Eignung zum Arzte auf vielerlei verschiedenen Eigenschaften beruhen kann, wird man sich kaum dazu entschließen, seine Erfahrungen anders als beratend zu verwerten. Gewiß würde das Interesse für Naturwissenschaften, manuelle Geschicklichkeit, vorwiegend visuelle Veranlagung für das Studium der Medizin günstig sein; doch kann eine Begabung für den ärztlichen Beruf und auch für den des wissenschaftlichen Mediziners unter Umständen auf ganz anderen Faktoren beruhen.

Eine sehr wichtige Frage ist die, ob das auf den deutschen Hochschulen übliche System des freien Studiums auch für die ärztliche Ausbildung zweckmäßig ist, oder ob es besser wäre, einen mehr schulmäßigen oder seminaristischen Unterricht einzuführen. In Wirklichkeit ist ja die Freiheit des Studiums schon weitgehend beschnitten durch die in den Prüfungsordnungen verlangte Beibringung von Testaten über alle Prüfungsfächer. Weiter zu gehen, dürfte sich

nicht empfehlen. Ich würde sogar kein Bedenken haben, auf diese Scheine ganz zu verzichten. Wir erstreben ja gerade die Erziehung zum Verantwortungsgefühl und zur Selbständigkeit, und der Student, der nur unter Zwang seine Pflicht tut, soll lieber etwas anderes treiben.

Wohl aber soll dem Studenten ein logisch aufgebauter Studiengang nicht nur empfohlen, sondern vorgeschrieben werden, um zu vermeiden, daß Vorlesungen belegt und gehört werden, für welche die nötige Grundlage noch nicht gegeben ist. Das geschieht ja schon bis zu einem gewissen Grade dadurch, daß das ärztliche Vorexamen als Vorbedingung für die Zulassung zum klinischen Unterricht festgelegt ist.

Es besteht ja auch die Absicht, das ärztliche Vorexamen in zwei Abschnitte zu zerlegen, so daß der Student zunächst 2 Semester nur die rein naturwissenschaftlichen Fächer Chemie, Physik, Zoologie und Botanik studiert, um erst nach bestandener Prüfung in diesen Fächern sich mit Anatomie und Physiologie zu befassen. Dieses in der Schweiz bereits bestehende und bewährte System würde den Vorteil haben, daß den einzelnen Fächern ein intensiveres Studium gewidmet würde. Wenn schon nach dem zweiten Semester das erste Examen bevorsteht, ist die Versuchung, zunächst ein oder zwei Semester zu verbummeln, jedenfalls viel geringer, als wenn das Examen erst nach 5 Semestern droht. Bummeln darf sich der Mediziner heutzutage nicht mehr leisten. Die Zahl der zu hörenden Stunden braucht deswegen nicht besonders groß zu sein, sie darf es sogar nicht sein. Es soll Zeit genug übrig bleiben, um sich auf anderen Gebieten umzusehen, die allgemeine Bildung zu erweitern, Sport, Musik oder sonstige Künste zu betreiben und auch das Studentenleben zu genießen. Das erste Examen nach zwei Semestern würde, wenn es streng gehandhabt würde, den Vorteil haben, daß es schon ein erstes Sieb sein könnte, um ungeeignete Kandidaten auszuscheiden und abzuschrecken, und das zu einer Zeit, wo die

Ausscheidung noch keine große Härte bedeuten würde. Es würde als eine Art von Eignungsprüfung anzusehen sein.

Chemie und Physik sollten besonders für Mediziner gelesen werden, die Vorlesungen deren Bedürfnissen angepaßt sein, um in Verbindung mit den praktischen Uebungen eine abgerundete Grundlage zu geben.

Diese Vorlesungen dürften durchaus nicht etwa weniger gründlich sein als für die Studenten der Chemie und Physik. Im Gegenteil, sie müßten auf die grundlegenden Fragen vielleicht noch intensiver eingehen; denn dem Mediziner ist nicht wie dem Naturwissenschaftler später immer wieder Gelegenheit gegeben, sich theoretisch und praktisch mit den Grundlagen vertraut zu machen.

Auch die Vorlesungen über Zoologie und Botanik müssen insofern auf die Bedürfnisse des Mediziners Rücksicht nehmen, als sie sich in erster Linie mit den biologischen Problemen befassen müssen und nicht etwa mit Systematik. Die folgenden drei Semester wären für das Studium der Anatomie, der Entwicklungsgeschichte und der Physiologie bestimmt. Unbeschwert durch die bereits absolvierten Gebiete könnte sich der Student diesen wichtigsten Grundlagen der Medizin nun mit größter Konzentration widmen. In dem nun folgenden medizinischen Vorexamen könnte, da nicht vielerlei verlangt wird, viel verlangt werden. Auch hier sollte von der Möglichkeit der Auslese der ausgiebigste Gebrauch gemacht und sollten alle die streng ausgeschieden werden, die ihren Wissensstoff nur gedächtnismäßig sich angeeignet haben, ohne Beobachtungsgabe zu besitzen und ohne denken zu können.

Die für den praktischen Arzt so wichtige Fühlungnahme mit dem kranken Menschen sollte pflichtmäßig auch schon in der ersten vorklinischen Zeit durch praktische Arbeit in der Krankenpflege aufgenommen werden. Fünf Monate Krankenpflegedienst ließen sich leicht in den langen Ferien absolvieren. Dieser Dienst am Kranken würde vielleicht

manchem die Augen darüber öffnen, ob er für den ärztlichen Beruf die nötigen Eigenschaften mitbringt.

Mit den klinischen Semestern beginnen die Hauptschwierigkeiten. Man braucht nur die Prüfungsfächer des Staatsexamens aufzuzählen, um sich das klar zu machen. Pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie, Topograph. Anatomie, Pathologische Physiologie, Pharmakologie, Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Augenheilkunde, Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Kinderheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Irrenheilkunde, Hygiene, Gerichtliche Medizin sollen in 6 Semestern nicht nur gehört, sondern auch studiert werden.

Man braucht nicht Kandidat der Medizin zu sein, um einzusehen, daß dies nicht möglich ist.

Daß es Kandidaten gibt, welche die Arbeit ganz ordentlich bewältigen, ist zuzugeben. Von dem Durchschnittstudenten wird das Ziel nur scheinbar erreicht. Von einem wirklichen Eindringen in das Gebiet, von einem wirklichen Durchdenken ist meist gar keine Rede. Anfangs geht noch die Arbeit in den klinischen Semestern einen ruhigen Gang. Die theoretischen Fächer, welche die Grundlage der Klinik bilden, allgemeine Pathologie, pathologische Anatomie usw., werden gehört; die ersten klinischen Studien werden begonnen. Aber sehr bald stellt sich unter dem Alpdruck des zu bewältigenden Stoffes die Unruhe ein. Collidierende Vorlesungen werden gleichzeitig belegt; Testate und Praktikantenscheine werden gesammelt; Anmeldebücher mit vierzig Wochenstunden sind keine Seltenheit. Aus Furcht, etwas zu versäumen, wird bald hier, bald dort gehört und von morgens früh bis abends spät aus einem Kolleg in das andere gelaufen, bis am Abend das Mühlrad im Kopf herumgeht. Zum Studium der Lehrbücher, zum Nacharbeiten und Verdauen des in der Vorlesung Gehörten und in der Klinik Geschauten bleibt keine Zeit oder wenigstens keine Aufnahme-

fähigkeit mehr übrig. Schuld an dieser Unruhe sind die Spezialfächer, die in allmählich immer zunehmender Zahl in den Studiengang eingeflickt worden sind.

Wir älteren Aerzte hatten in fast der nämlichen Zeit weniger als die Hälfte zu bewältigen. Ganz abgesehen davon, daß die meisten Spezialfächer kaum vorgetragen und nicht geprüft wurden, war auch der Stoff der sogenannten großen Kliniken, der Inneren Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe, wesentlich leichter zu übersehen und zu bewältigen. Jedenfalls blieb reichlich Zeit, die Kliniken ausgiebig zu besuchen, systematische Vorlesungen über klinische Fächer zu hören, als Famulus in der Klinik die Kranken zu beobachten und an der Untersuchung und Behandlung teilzunehmen. Die klinische Medizin von heute, insbesondere die Diagnostik, unterscheidet sich ganz wesentlich von der vor etwa 30 Jahren. Damals beruhte die Diagnose fast lediglich auf der körperlichen Untersuchung des Kranken, auf der Beobachtung des Krankheitsverlaufs am Krankenbett und einigen wenigen leicht zu erlernenden Laboratoriumsuntersuchungen. Für den guten Arzt ist das auch heute noch im wesentlichen der Fall. Aber die Sicherheit der Diagnose hat erheblich gewonnen durch die Ausbildung der Laboratoriumsmethoden; ein großer Teil der Arbeit ist in das Laboratorium verlegt. Die Bakteriologie, die Röntgenuntersuchung, die serologischen Untersuchungen, die Impfungsreaktionen usw. dienen dem Arzte als wertvolle Stützen der rein klinischen Diagnose. Der überlastete Anfänger jedoch, der das Bedürfnis hat, seine Arbeit möglichst zu vereinfachen, sieht in diesen Laboratoriumsmethoden das wichtigste und unterliegt allzuleicht der Versuchung, die bequemeren Hilfsmethoden als die Hauptsache zu betrachten und die eingehende Krankenbeobachtung als etwas Nebensächliches zu vernachlässigen. Er vergißt, daß es doch nicht darauf ankommt, ob die Widalsche oder die Wassermannreaktion oder die Tuberkulinreaktion positiv oder negativ ist, ob man im Rachenabstrich Diphtherie-

bazillen findet oder nicht, sondern auf den gesamten Befund, die Funktionsstörungen, auf die Reaktion des Organismus, auf die Schädigungen, auf den Kräftezustand und die Konstitution des Kranken. Freilich sind die Laboratoriumsmethoden, die der einzelne Arzt ja meist gar nicht selbst ausführen kann, außerordentlich viel bequemer und weniger zeitraubend als die Beobachtung am Krankenbett, die dazu nur schwer zu erlernen ist, Uebung verlangt und gerade jene gewisse Form der Begabung verlangt, die den guten Arzt ausmacht. Und gerade wegen ihrer Bequemlichkeit werden sie überschätzt. Daß der klinische Lehrer seine Studenten nicht so, wie er wohl möchte, in die eigentliche rein ärztlich menschliche Tätigkeit einführen und sich einleben lassen kann, daß er ihn nicht ans Krankenbett fesseln kann, daran ist in erster Linie die Ueberlastung der Studenten schuld.

Auffallend tritt die Vermehrung des zu bewältigenden Stoffes in den Lehrbüchern in Erscheinung. Wenn früher der Student seine Lehrbücher durchstudieren, wirklich durchstudieren konnte, so lag das, abgesehen davon, daß er mehr Muße hatte, daran, daß die Lehrbücher noch einen verdaulichen Umfang hatten. Heute sind es meist mehrbändige Werke, die kein Mensch mehr durcharbeitet.

Daß sich oftmals 5—6 Professoren zusammentun, um ein Lehrbuch für Studenten zu schreiben, ist auch bezeichnend für die unheilvolle Spezialisierung. Aus einer solchen Nebeneinanderarbeit kann kaum etwas Einheitliches, innerlich Zusammenhängendes herauskommen, wie es gerade der Student braucht. Was könnte zur Abhilfe geschehen?

Zunächst liegt es nahe, die Studienzeit zu verlängern. Andere Länder, wie Holland und Schweden, sind schon längst in praxi dazu übergegangen.

Gewiß wäre das ein großes Opfer, das dem Studenten und vor allem seinen Eltern auferlegt würde. Wenn dadurch manche vom Studium der Medizin abgeschreckt würden, so wäre das kein Unglück. Wir brauchen nicht mehr, son-

dern besseren Nachwuchs. Dafür, daß besonders Begabte und weniger Bemittelte dem ärztlichen Stande nicht verloren gehen, müßte durch ausgiebige Studienbeihilfe gesorgt werden. Aber mit der Verlängerung allein wäre nichts gewonnen. Es muß gleichzeitig dafür gesorgt werden, daß die wichtigen grundlegenden theoretischen und klinischen Fächer, vor allem Pathologische Anatomie und Innere Medizin, wirklich gründlich mit Ruhe und Muße eingehend betrieben werden können.

Das ist meiner Ansicht nach nur möglich, wenn sie vor der Collision mit den Spezialfächern geschützt werden. Eine scharfe Trennung der Spezialfächer von den Hauptfächern im Studiengang ist unerläßlich. Gewiß haben die Spezialfächer nicht nur ihrer selbst wegen großen Wert. Von ihnen aus werden im guten Unterricht immer wieder grundlegende Fragen der medizinischen Wissenschaft angeschnitten und erörtert; aber das Verständnis für diese Dinge findet sich doch eher bei demjenigen, der die nötigen theoretischen und praktischen Grundlagen besitzt. Es wäre also auch im Interesse der Spezialfächer, wenn sie grundsätzlich und pflichtmäßig erst betrieben werden könnten, wenn die Hauptfächer absolviert sind, d. h. wenn eine Prüfung in den Hauptfächern bestanden ist.

Bei Durchführung dieser Trennung würde eine Verlängerung des Studiums um ein Semester vollkommen genügen. Fünf Semester für pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie, medizinische und chirurgische Klinik und Poliklinik, Geburtshilfe, Pharmakologie und Hygiene würden zur Schaffung einer gründlichen theoretischen und praktischen Unterlage genügen. Wer nach dieser Zeit ein strenges Examen in diesen Fächern bestanden hat, würde schon ein guter Arzt sein. Zwei weitere Semester für die Spezialfächer werden ebenfalls genügend sein, um die für den praktischen Arzt notwendigen Kenntnisse in diesen Fächern zu erwerben; Spezialisten sollen ja nicht ausgebildet werden. — Selbstverständlich müßte durch eine abschlie-

Bende Prüfung der Nachweis des Erwerbs dieser Kenntnisse erbracht werden. Es wäre nichts dagegen einzuwenden, daß diese Prüfung nach Absolvierung des praktischen Jahres stattfände, das ja zum Teil auch in Spezialkliniken abge dient werden darf. Das würde für den Studenten eine wesentliche Erleichterung bedeuten, die man ihm unbedenklich gewähren könnte.

In die Zeit nach der Hauptprüfung ließen sich auch am zweckmäßigsten Vorlesungen über die soziale Medizin, Gutachtertätigkeit, Standesfragen usw. einfügen, die vielfach verlangt werden. Zum großen Teil sind diese Gebiete wie auch die Spezialfächer nichts anderes, als die praktische Verwertung des früher Gelernten, als eine Betrachtung von einem besonderen Standpunkte aus.

Das Hauptziel des medizinischen Unterrichts muß sein, aus einem guten Durchschnittsmaterial möglichst tüchtige A e r z t e auszubilden, die über eine wissenschaftliche Grundlage verfügen, auf der sie in der Praxis weiter aufbauen können, die beobachten und denken gelernt haben und die schon eine gewisse praktische Erfahrung am Krankenbett mitbringen.

Daß auch der Lehrer dieses Ziel nie aus den Augen verlieren darf, darauf hinzuweisen ist vielleicht nicht ganz überflüssig. Jeder einzelne ist von der Wichtigkeit seines Faches durchdrungen. Er will seinen Studenten möglichst viel von seinen Erfahrungen mit auf den Weg geben, will sie teilnehmen lassen an den Fragen, die ihn in seinem Arbeitsgebiet besonders beschäftigen und bewegen. Da fällt es gewiß oft schwer, sich in den Anforderungen des Einzelgebietes Beschränkungen aufzuerlegen, um im Interesse des Gesamtzieles die Studenten nicht allzusehr zu belasten.

Durch den systematischen Aufbau des Bildungsganges muß vermieden werden, daß die Ausbildung rein praktisch ist. Es ist sicherlich nichts so praktisch wie eine gute theoretische Unterlage. Man könnte einwenden, daß ein vor-

geschriebener, streng durchgeführter Bildungsgang besonders begabte Studenten in ihrer Ausbildung hemmt, indem man sie zwingt, den gleichen Weg in der gleichen Zeit zurückzulegen wie der Durchschnitt.

Das ist gewiß nicht der Fall. Zunächst ist ja der Student durchaus nicht gezwungen, die Kollegien alle abzusitzen, und wenn er es fertig bringt, die erforderlichen Kenntnisse in kürzerer Zeit zu erwerben, dann bleibt es ihm ja unbenommen, die verfügbare Zeit durch private Arbeit zu tieferem Eindringen auszunutzen. Tüchtige und interessierte Menschen werden immer auf ihre Rechnung kommen.

Daß während der ganzen Ausbildungszeit die Berührung mit dem Kranken nicht verloren gehen darf, ist besonders wichtig, nicht nur, um dem angehenden Arzt praktische Erfahrung mitzugeben und um seine Beobachtungsgabe zu üben, sondern vor allem, damit er keinen Augenblick vergißt, daß seine Hauptaufgabe ist, Arzt zu werden, d. h. ein Helfer für die leidende Menschheit. Deshalb sollte der größte Wert auf das Famulieren in den Kliniken gelegt werden, wozu in den Ferien reichlich Zeit zu sein pflegt.

In der Arbeit am Krankenbett liegt der größte erzieherische Wert für den zukünftigen Arzt. Teilnahme für den Kranken, liebevolles Eingehen auf Einzelheiten, gründliche sachliche Beobachtung, klares sicheres Handeln machen den guten Arzt aus, erringen ihm das Vertrauen des Kranken und festigen ihn damit in der Liebe zu seinem schönen Berufe.

Wir gingen aus von den Sorgen des ärztlichen Standes, von der Gefahr, daß er die persönliche Fühlung mit dem Kranken verlieren könnte, daß er unfrei, daß er unselbständig und unfreudig zu werden droht, nicht nur zu seinem eigenen, sondern zu unseres ganzen Volkes Schaden.

Den Kampf um ihre Ideale muß die Aerzteschaft selbst führen. Als Aerzte wollen wir freudig mit ihr Seite an

Seite kämpfen. Für uns als Lehrer scheint mir dabei die vornehmste Aufgabe die zu sein, eine wirkliche Auslese von gut durchgebildeten, wissenschaftlich interessierten Aerzten heranzubilden und ihnen eine ideale Auffassung von den Aufgaben und Pflichten des ärztlichen Berufes mitzugeben. Das könnte der Beitrag der Universität zur Lösung der Krise des Aerztestandes sein.

Ein freier, seines Wertes bewußter Arzt wird sich schließlich auch durchsetzen und wird nicht nur ein hilfsbereiter Berater und Helfer für den Kranken, sondern ein wertvoller und freudiger Mitarbeiter an allen Aufgaben der Krankheitsverhütung und der Gesundheitspflege sein.

Selbstverständlich kann es nicht in die Hand der Fakultäten gegeben sein, den Studiengang zu bestimmen und damit bleiben die von mir geäußerten Wünsche eben Wünsche.

Wenn sie Anlaß geben sollten, die jetzt bestehenden Verhältnisse einer kritischen Prüfung zu unterziehen, würden sie nicht umsonst geäußert sein.

