

Standesangelegenheiten.

Die soziale Medizin und der Ausbildungsgang der Medizinstudierenden.

Von Dr. Carl Stern, Direktor der akademischen Klinik für Hautkrankheiten in Düsseldorf.

In einem im Oktober d. J. im Aertzlichen Vereinsblatt veröffentlichten Artikel („Soll der Unterricht in der sozialen Medizin an die Akademien für praktische Medizin übertragen werden?“) erörtert Rumpf (Bonn) die Bedeutung der sozialen Medizin im Ausbildungsgang der Mediziner und kommt zu dem Schlusse, „dieser Unterricht kann in der Akademie für praktische Medizin, an neu zu gründenden Akademien für soziale Medizin, sowie an den Universitäten stattfinden“. Seine Erörterungen haben im Aertzlichen Vereinsblatt schon Erwiderungen gefunden, so von Witthauer (Halle), der „Akademien für soziale Medizin für unnötig erklärt“, vielmehr der Meinung ist, „daß zur Einführung in die soziale Medizin das praktische Jahr geeigneter ist und daß die Gelegenheit dazu in allen Krankenanstalten, die Praktikanten ausbilden, in ausreichendem Maße geboten wird“. Ein „Mann aus der Praxis“ tritt dafür ein, die soziale Medizin als gleichberechtigtes Fach den übrigen an der Universität beim medizinischen Studium anzuschließen und obligatorisch zu machen“. Bei der großen Bedeutung, die allseits der sozialen Medizin zuerkannt wird, scheint mir eine Erörterung der Frage auch an dieser Stelle von Wichtigkeit, zumal ich im Laufe der Erörterung zu Vorschlägen kommen werde, die den Arzt nicht nur aus „Standesinteresse“, sondern auch aus anderen Gründen interessieren könnten.

Witthauer schließt seine Ausführungen mit den Worten: „Akademien für soziale Medizin sind unnötig“. Diesen Worten möchte ich mich im wesentlichen anschließen, damit aber noch nicht die ganzen Ausführungen Witthauers unterschreiben, der da meint, Gelegenheit zur Ausbildung sei in allen Krankenanstalten, die Praktikanten ausbilden, in ausreichendem Maße geboten. Diese Behauptung scheint mir doch zu weit zu gehen. Sieht man sich das Verzeichnis der Krankenanstalten an, die Praktikanten aufnehmen dürfen, so wird man doch zweifelhaft, ob in allen diesen Anstalten so viel Krankenmaterial vorhanden sein wird, um eine reichlich gründliche Ausbildung der Mediziner zu garantieren in diesem Fache, dessen Wichtigkeit allseits anerkannt wird. Gewiß wird der Praktikant, wenn anders — was ich voraussetze — der leitende Arzt sich um die Ausbildung kümmert, Gelegenheit finden, hin und wieder ein Invalidenattest zu schreiben oder ein einfaches Unfallgutachten, aber damit dürfte der Forderung nicht Genüge geleistet sein. Notwendig erscheint es, den jungen Mediziner in der ganzen Zeit seiner Ausbildung mit der Materie zu befassen. Der Geist unserer modernen sozialen Gesetzgebung muß alle unsere Kliniken durchdringen, auf die Wichtigkeit dieser Fragen muß bei allen Gelegenheiten aufmerksam gemacht werden, wo immer solche sich bieten, deshalb kann ich mich auch nicht mit dem Vorschlage Rumpfs befreunden, der mir eine Zentralisierung der Materie zu empfehlen scheint. Schon jetzt besteht meines Erachtens die Gefahr, daß die zu begutachtenden Rentenbewerber besonderen Persönlichkeiten zugewiesen werden, die im Rufe stehen, „Spezialisten“ auf diesem Gebiete zu sein. Hierin liegt eine gewisse Gefahr. Abgesehen davon, daß hierdurch dem praktischen Arzt das Material und damit die Gelegenheit zur Beurteilung der Fragen und zur Vertiefung in die Materie genommen wird, bilden sich auch zu leicht Zentralstätten aus, die in der Begutachtung der Antragsteller

tätig sind, ohne Berücksichtigung der häuslichen und sonstigen Verhältnisse, unter denen der Antragsteller bisher beschäftigt war. Die Gefahr der Schematisierung besteht hier zweifellos und damit die für den Antragsteller, bzw. den Rentenempfänger gleich bedenkliche Aussicht, zu sehr lediglich nach theoretischen Gesichtspunkten, weniger nach praktischen beurteilt zu werden. Die Abneigung der Rentenempfänger gegen von ihnen als „Rentenquetschen“ bezeichnete Institute, die gewohnheitsmäßig mit der Begutachtung betraut werden, ist nicht zum wenigsten darauf zurückzuführen. Das Invalidenversicherungsgesetz spricht deshalb wohl nicht mit Unrecht von der Erwerbsleistung, die „ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung in seinen bisherigen Berufen zugemutet werden kann“. Eine ähnliche Rücksichtnahme auf die Beziehungen, unter denen der Rentenempfänger tätig war, findet sich bekanntlich auch in der Zusammensetzung der Schiedsgerichte aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Unsere ganzen sozialen Gesetze, vor allem das Invaliditäts- und das Unfallgesetz, lassen sich eben nicht loslösen aus ihren mannigfachen Beziehungen zum praktischen Leben, sie haben ihre Wurzeln tief in der Praxis. Deshalb gehört auch die Erledigung der mannigfachen ärztlichen Aufgaben in erster Linie dem Manne der Praxis, d. h. demjenigen Arzte, der mitten im Leben stehend, den Patienten und seine Verhältnisse, Lebensgewohnheiten und Arbeitsgelegenheiten kennt und beurteilt aus eigener Anschauung. Deshalb keine Zentralisierung der Rentengutachten etc. bei Spezialisten der sozialen Medizin, nicht Akademien für soziale Medizin, die ganz naturgemäß sich zu Zentralstellen für Rentenangelegenheiten ärztlicher Natur entwickeln müssen.

Vielmehr eine Betätigung in sozialen Dingen auf allen Kliniken unserer medizinischen Fakultäten und auf allen großen Krankenanstalten, soweit letztere nach Material und Einrichtung die Gewähr bieten für eine ausgiebige Beschäftigung mit dieser Materie. Um aber diese Beschäftigung in richtiger Weise zu garantieren, halte ich zweierlei für notwendig: 1. eine gute theoretische Ausbildung in den Grundzügen der sozialen Gesetzgebung vor Eintritt in die klinische Tätigkeit. Den Vorschlag, vor dem Tentamen physicum soziale Medizin theoretisch zu lehren und darin zu prüfen, halte ich für unpraktisch. Der junge Mediziner ist vor dem Physicum gegenwärtig schon hinreichend belastet, um ihm noch mehr zuzumuten. Vor allem aber fehlt dem Studierenden meines Erachtens vor dem Physicum noch zu viel an medizinischem Wissen, um schon da über die Beziehung der inneren Leiden, beispielsweise zur Erwerbsunfähigkeit sich ein Verständnis bilden zu können. Derartige Vorlesungen, die doch Rücksicht nehmen müssen auf klinische Begriffe, gehören meines Erachtens in das VII. oder VIII. Semester. Der Studierende muß theoretisch schon von der Tuberkulose der Lunge etwas wissen, ehe er davon hören soll, inwieweit die Tuberkulose die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt, oder welche Maßnahmen etwa die Versicherungsanstalten ergreifen können, um durch „Übernahme des Heilverfahrens“ die drohende Erwerbsunfähigkeit zu verhindern. Ich würde also empfehlen, die theoretische Vorlesung in das VII. oder VIII. Semester zu verlegen, etwa zur Zeit der propädeutischen Kurse.

Um dann aber der Betätigung in der sozialen Medizin praktische Möglichkeiten zu schaffen, halte ich 2. eine Entlastung der Studierenden in höheren Semestern für erforderlich. Meiner Erfahrung nach hören die Medizinstudierenden in höheren Semestern zu vielerlei, als daß sie sich intensiv mit den Grundlagen der praktischen Medizin beschäftigen könnten. Die immer weitergehende Spezialisierung auch in den Universitätskliniken, die immer mehr auftretende Forderung jedes Spezialfaches, auch als Prüfungsgegenstand unter den gegenwärtigen Verhältnissen zugelassen zu werden, halte ich für einen Fehler. Wohl gemerkt, unter den gegenwärtigen Verhältnissen! Das Zusammendrängen von allerlei, und zwar der verschiedenartigsten Dinge in die Zeit vom V. bis X. Semester, also auf zwei bis drei Jahre, halte ich nach den Erfahrungen, die ich mit jungen Assistenten gemacht habe, für unrichtig. Die Herren wissen allerlei — aber sehr oft manches nur sehr oberflächlich. Manches ist für das Examen notdürftig zusammengearbeitet, haftet nur für die Zeit und geht nachher rasch verloren. Die Vielseitigkeit des zu bewältigenden Stoffes hindert die Gründlichkeit. Hier halte ich eine Aenderung für sehr wünschenswert, und zwar besonders auch mit Rücksicht auf die aktuelle Frage: wie ist der sozialen Medizin eine ausgiebige Betätigung im Bildungsgang des Mediziners zu sichern? Ich halte folgenden Weg für gangbar und zweckmäßig. Man entlaste die Medizinstudierenden in den Semestern V bis VIII von allen Dingen, die nicht streng mit der Ausbildung in der allgemeinen Medizin zu tun haben. Diese Semester sind der theoretischen und praktischen Ausbildung in den allgemeinen Grundfächern zu widmen, inneren Medizin, allgemeinen

Chirurgie und Geburtshilfe. Die Ausbildung hat in allen Teilen Rücksicht zu nehmen auf die soziale Medizin. Nach Abschluß des VIII. Semesters lege man ein diese Fächer umfassendes Examen. Die beiden letzten Semester zuzüglich des praktischen Jahres soll der Mediziner benutzen, um neben der Verbesserung seines Allgemeinwissens einmal sich in Spezialfächern auszubilden und zweitens sich in der praktischen Betätigung weiter zu bilden. Für diese im ganzen vier Semester gebe man die Wahl frei für Universitätsinstitute, Akademien für praktische Medizin und große, musterhaft eingerichtete staatliche und kommunale Krankenanstalten. Den Abschluß der ganzen Ausbildung mache ein Schlußexamen, das im wesentlichen einen Nachweis der praktischen Kenntnisse und einen Nachweis über ausreichende Kenntnisse in den Spezialfächern erbringen soll. Dieses Examen gibt in Verbindung mit dem sogenannten klinischen Examen den Approbationsschein. Das Examen soll je nach Wahl des Kandidaten an der Universität oder an der Akademie für praktische Medizin abgelegt werden können.

Der Vorschlag, das Approbationsexamen zu teilen, hat vielleicht auf den ersten Blick etwas Befremdendes, wird aber bei näherer Betrachtung weniger bedenklich erscheinen. Zunächst möchte ich bemerken, daß das gegenwärtige Verfahren, wonach dem Praktikanten nach einem Schema ein Zeugnis erteilt wird, mir viel zu „schematisch“ erscheint, um auf die Dauer beibehalten werden zu können. Schon jetzt hat das Formular für den Praktikanten unter Umständen recht unangenehme Konsequenzen. So wurde vor einiger Zeit einem hiesigen Praktikanten der Approbationsschein verweigert, weil auf einem seiner Zeugnisse, die sich auf das praktische Jahr bezogen, ein Satz nicht wörtlich dem vorgeschriebenen Schema entsprach. Der Kollege verlor auf diese Weise sechs Wochen Zeit, obgleich der leitende Arzt des Krankenhauses in freier Ausführung alle guten Eigenschaften des Kollegen (Fleiß, intensive Beschäftigung etc.) hervorgehoben. Liegt nach dieser Seite der Schematisierung eine Gefahr für den Praktikanten, so liegt sie auch nach der andern Seite. Der leitende Arzt einer Abteilung kommt meines Erachtens leicht in die Gefahr, eben auch nur „schematisch“ sich um die Ausbildung der betreffenden Praktikanten zu kümmern. Soll hier eine Vertiefung nach beiden Seiten erfolgen, so scheint mir die Beurteilung des Erfolges der praktischen Tätigkeit durch ein Examen in Form etwa eines Colloquiums durchaus erwägenswert. Will man sich daran stoßen, daß mit dem Vorschlag ein „drittes“ Examen eingeführt würde, so habe ich auch nichts dagegen, daß man das Tentamen physicum fallen läßt, die Hauptprüfung in theoretischen Fächern zusammen mit einer Prüfung in den allgemeinen Fächern auf den Schluß des VIII. Semesters verlegt und eine mehr die praktische Ausbildung berücksichtigende Schlußprüfung nach dem praktischen Jahr (also vier Semester etwa nach der I. Prüfung) stattfinden läßt. Somit würde sich eine Art Referendariatprüfung ergeben als Abschluß der vorwiegend theoretischen Ausbildung, eine Art Assessorprüfung als Abschluß der mehr praktischen Ausbildung. Gerade für die soziale Medizin bzw. deren Vertretung würde sich so eine Zweiteilung ergeben, die mir durchaus nicht unpraktisch erscheint. Der Medizinstudierende soll theoretisch in das Fach eingeführt werden während der ersten acht Semester, soll auch in den Kliniken bei jeder Gelegenheit auf die Beziehungen der sozialen Gesetzgebung zur Gesamtmedizin hingewiesen werden, die praktische Beschäftigung mit dem Gegenstande aber soll fallen in die letzten vier Semester der Ausbildung, in die Zeit, die ich freimachen möchte von theoretischen Vorlesungen zugunsten der praktischen Betätigung.

Um nun hinreichend Gelegenheit zu schaffen, den älteren Mediznern eine eingehende praktische Ausbildung zu garantieren, empfehle ich, für die letzten beiden Semester — wie jetzt schon für das praktische Jahr — die Tätigkeit an den Akademien für praktische Medizin bzw. an großen, diesen ähnlich eingerichteten Krankenanstalten zuzulassen. Der Gedanke, die beiden letzten klinischen Semester auch fakultativ an großen Krankenanstalten ableisten zu lassen, die nicht Universitätskliniken sind, wird auf den ersten Blick Widerspruch bei den medizinischen Fakultäten erwecken. Ich glaube aber, daß — abgesehen von dem allgemeinen Interesse, welches wir alle an einer gründlichen Ausbildung der Medizinstudierenden haben — bei näherer Betrachtung sich Widerstand gegen meinen Plan nachhaltig nicht ergeben kann. Die großen Universitäten mit reich ausgestatteten klinischen Instituten und reichem Material werden bei guter Ausnutzung und Einteilung des Materiales kaum einen Studierenden älteren Semesters verlieren. Es liegt ja in ihrer Hand, durch zweckmäßige Verteilung der Studierenden die Lerngelegenheit zu verbessern. Dazu haben sie meist außerhalb der klinischen Institute Gelegenheit durch Heranziehung der in den meisten größeren Städten bestehenden Krankenanstalten. In den meisten Universitätsstädten größerer Einwohnerzahl bestehen neben den

Universitätsinstituten Krankenhäuser, sei es privaten, sei es öffentlichen Charakters. Vielfach sind die leitenden Aerzte Dozenten an der Universität, wie beispielsweise in Bonn, oder stehen, wie in Berlin, in enger Fühlung mit der Fakultät. Was in aller Welt sollte wohl dagegen einzuwenden sein, wenn beispielsweise im Virchowkrankenhaus in Berlin Gelegenheit gegeben würde, für Studierende im letzten Jahr ihre klinische Tätigkeit hier fortzusetzen und event. zu beenden? Ist nicht das Krankenmaterial ein so eminent reichhaltiges, die Leistung der leitenden Aerzte nicht eine so durchaus mustergültige, daß der Studierende wohl seine Ausbildung — wenn er will — hier fortsetzen könnte? Warum soll nicht auf diese Weise eine Abwanderung der älteren Semester (vom neunten an) in diese Institute erfolgen können und damit eine Entlastung der nur zu oft überfüllten Kliniken der Universitäten? Ich erinnere mich mit großer Freude der klassischen Vorträge in der Klinik von weiland Exzellenz v. Bergmann, aber mit ebenso großem Bedauern des oft erheblichen Zeitverlustes, den man hatte, wenn man von den letzten Bänken des Auditoriums, vielleicht mit Fernglas bewaffnet, dem Verlauf einer komplizierten Operation „zusehen“ durfte! Es hat doch wirklich wenig Zweck, auf der einen Seite in überfüllten Kliniken die Studierenden zu Hunderten sich zusammendrängen zu lassen, und auf der anderen Seite vielleicht das wertvollste Material und den besten Lehrer brach liegen zu lassen, nur weil dieser Lehrmeister nicht an einem klinischen Institut tätig ist, sondern an einer kommunalen Anstalt, die aber nach Einrichtung und Ausstattung das staatliche Institut weit in den Schatten stellt!

Hier erscheint mir eine Aenderung im Interesse der älteren Semester sehr erwünscht. Verteile man nur mal die letzten Semester auf die für ihre Aufnahme bereiten kommunalen und sonstigen Anstalten, und der praktische Erfolg für die Ausbildung wird nicht ausbleiben. Mit wenigen Schülern, aber in intensivem Ideenaustausch, läßt sich eine gründliche Ausbildung erzielen, nicht aber bei einer Schar von Hunderten, die sich gegenseitig auf die Füße treten! Selbstverständlich müssen die etwa in Betracht kommenden Anstalten nach Einrichtung und Lehrplan sich den klinischen Universitätsinstituten anpassen. Aber der Anfang ist ja gemacht. In Düsseldorf und in Köln, in Frankfurt und Hamburg stehen glänzend eingerichtete Institute zur Verfügung, die eine weitschauende Kommunalverwaltung bereit gestellt hat, zum Wohle der Kranken und zum Nutzen der Wissenschaft; Institute, die zahlreiche Universitätskliniken weit in den Schatten stellen. Warum soll der Studierende in den letzten beiden Semestern nicht am Bronnen der praktischen Wissenschaft hier schlürfen, seine Ausbildung nach Abschluß seiner allgemeinen grundlegenden Universitätsbildung hier nicht abschließen können? Den Kommunen, die mit hohen Opfern den Wissenschaften Pflanzstätten geschaffen haben, kann man es wahrlich wohl gönnen, daß die Institute sich füllen mit Studierenden, daß den Lehrern Gelegenheit geboten würde, durch regelmäßige klinische Lehrtätigkeit Fühlung zu behalten mit den Bedürfnissen der Studierenden und mitzuwirken an ihrer vollen Ausbildung. Darüber darf man sich doch nicht täuschen, daß eine wahrhaft ersprießliche Tätigkeit der Akademien erst dann zu erwarten sein wird, wenn fortlaufend auch gelehrt wird an ihnen. Damit, daß etwa alle halbe Jahre in dreiwöchigen Fortbildungskursen für praktische Aerzte eine gedrängte Uebersicht gegeben wird über „ausgewählte“ Kapitel aus den einzelnen Fächern, scheint mir dem Lehrbedürfnis nicht hinreichend Rechnung getragen zu sein und die Lernmöglichkeit nicht hinreichend ausgenutzt zu werden. Die Entwicklung des Krankenhauswesens, besonders in unseren großen Städten und Industriezentren, bringt es nun einmal mit sich, daß das Krankenmaterial weitaus häufiger im Orte bleibt, als daß es nach auswärts geht. Es fällt doch heute bei uns keiner Krankenkasse oder Behörde ein, Kranke in auswärtige Kliniken zu senden, wenn gute Krankenanstalten im Orte vorhanden sind. So kommt es, um nur mal bei dem mir nächstliegenden zu bleiben, daß in Frankfurt, Köln, Hamburg, Düsseldorf Hautkliniken bestehen und blühen, die mit 350, 300, 200 Betten schon an Bettenzahl die meisten Universitätskliniken bei weitem übertreffen. Hier strömt das akute Material — weil es eben im Orte bleibt — zusammen, hier könnte der Studierende im letzten Semester die Gonorrhoe mit allen ihren Komplikationen, die Lues in ihren wechselvollsten Formen, das Ekzem in seinen verschiedensten Variationen studieren und beobachten. Dies scheint mir für den jungen Arzt von ungleich größerer Bedeutung, als wenn er im letzten klinischen Semester etwa an einer kleinen Landesuniversität nebenbei in der inneren Klinik einige Hautfälle demonstriert bekommt. An den meisten kleineren Universitäten dürfte das Material an Hautkranken nicht ausreichen, um eine Klinik nur einigermaßen zu füllen — in unseren Großstädten krankt fast jede Hautklinik an chronischer Ueberfüllung. Was für das von mir vertre-

tene Spezialfach gilt, glaube ich, auch beispielsweise für die Kinderheilkunde sagen zu können. Auch hier überflügeln die Kliniken der Großstädte sehr bald die — wenn sie überhaupt vorhanden sind — gleichen Einrichtungen an kleinen Universitäten. Das gleiche gilt — und hier noch viel mehr — für die rein wissenschaftlichen Institute, z. B. für die pathologischen Institute. Hier ist sicher das Material der Großstadt ein ungemein viel reichhaltigeres, als es je in einer kleinen Universität zu erwarten ist; warum also nicht diese Institute heranziehen zur Vollendung der allgemeinen Ausbildung?

Der Vorschlag, den Studierenden in den beiden letzten Semestern die Wahl zu lassen, ihre Ausbildung abzuschließen auch an kommunalen Anstalten, soweit sich dieselben nach Einrichtung und Lehrplan hierfür eignen, hat für manche kleine Universität noch den Vorteil, daß sie ihre Arbeit und ihre Kosten konzentrieren kann auf die mehr allgemeine Ausbildung bis zum Hauptexamen, während sie die Ausbildung in Spezialfächern abgeben könnte an größere, sei es staatliche, sei es kommunale „Fakultäten“. Manche kleine Universitätsfakultät kann sich dann die Einrichtung und den Betrieb von Spezialkliniken sparen. Beispielsweise würde die medizinische Fakultät in Münster ihren vollen Ausbau viel eher erstreben und erreichen können, wenn sie nicht genötigt wäre, nun mit einem Schlage alle Spezialkliniken und Institute bereit zu stellen. Ich kann mir sehr wohl denken, daß Münster beispielsweise Gelegenheit fände, seine klinischen Institute auszubauen bis zu der Möglichkeit, dem Mediziner eine allgemeine, d. h. die allgemeinen Fächer umfassende Ausbildung zu geben, während die Betätigung im Spezialgebiet der Tätigkeit an anderen Instituten vorbehalten bliebe. Der Studierende würde durchaus zu seinem Vorteile sich in der Zeit vom V. bis IX. Semester frei halten können von allen Spezialwissenschaften, würde sich intensiv seiner allgemeinen Ausbildung widmen können, ohne durch zu vielerlei abgelenkt zu werden. Er könnte auch — wenn mein Vorschlag bezüglich des Hauptexamens am Schluß des VIII. Semesters Beifall finden sollte — einen vorläufigen Abschluß seiner allgemeinen Studien finden und nun — sei es an einer anderen größeren Universität, sei es an einer Akademie, sei es an einer kommunalen „konzessionierten“ Anstalt — für die folgenden Semester Spezialfächer belegen und dabei auf der Grundlage seiner guten allgemeinen Ausbildung auch wirklich erfolgreich weiter arbeiten, nicht beirrt durch die Furcht vor dem Hauptexamen, andererseits aber doch angeeifert durch das in Aussicht stehende Colloquium am Schluß des praktischen Jahres. Gerade in diese Zeit würde denn auch die Ausbildung in der praktischen sozialen Medizin fallen. Denn ich denke natürlich nicht daran, den Studierenden ausschließlich für die Spezialfächer in Anspruch zu nehmen. Ich möchte ihm nur die Möglichkeit geben, einmal sich frei zu machen von den Spezialstudien zu einer Zeit, in der seine Aufmerksamkeit seiner allgemeinen Ausbildung gelten soll, andererseits aber ihm die Gelegenheit schaffen, seine Spezialstudien, bzw. seine Vertiefung in den allgemeinen Fächern nicht suchen zu müssen in überfüllten Hörsälen und Kliniken, sondern in Instituten, die außer Reichhaltigkeit des Materials auch die Möglichkeit einer eingehenden Beschäftigung bieten. Der Studierende soll, nach Abschluß eines allgemeinen Studiums, die mehr ins praktische Gebiet fallende Weiterbildung sich erwerben können in unmittelbarer Fühlung mit dem Lehrer. Dazu bedarf es der Dezentralisation der älteren Semester, ihrer Verteilung auf eine größere Anzahl von Instituten und „Fakultäten“, als gegenwärtig zur Verfügung steht. Dann wird auch die soziale Medizin zur Geltung und Anerkennung kommen können, theoretisch in den Semestern V–VIII, praktisch in der klinischen Tätigkeit, die an Intensität gewinnen wird, weil sie entlastet ist, sich selbst betätigend in den letzten beiden klinischen Semestern und im praktischen Jahre. In diesem letzten Teile seiner Ausbildung soll der Studierende selbst arbeitend das verwerten, was er im allgemeinen Teil seiner Studien gelernt hat. Vielleicht läßt sich in Form von Seminarien eine Einrichtung treffen, um in dieser Zeit die praktische Anwendung des Gelernten zu erproben. Jedenfalls glaube ich, daß der sozialen Medizin im Rahmen meiner Vorschläge reichlich Gelegenheit gegeben werden kann, in einer ihrer praktischen Bedeutung entsprechenden Weise zur Geltung zu kommen, sowohl theoretisch in Form von vorbereitenden und einleitenden Vorlesungen, als auch praktisch in der Beziehung zur allgemeinen Medizin und ausgeübt in Beziehung zu den Spezialgebieten. Ebenso wie die soziale Medizin Berührungspunkte hat mit unserm modernen wirtschaftlichen Leben, ebenso kann und muß sie Beziehungen haben und finden zu unserm modern medizinisch-wissenschaftlichen Leben. Gälte es auch, unsere Anschauungen und Auffassungen über die zweckmäßige Ausbildung unserer Mediziner umzumodeln und sie den Beziehungen zur sozialen Medizin anzupassen — es würde kein Schaden sein für den Arzt, vielmehr ihm eine nutzbringende Vertiefung seines

Wissens gewähren und ihm die Möglichkeit sichern, vielleicht auch wieder erobern, tätig zu sein und zu bleiben auf Gebieten, die — man mag es deuten wollen, wie man will — in erster Linie Arbeitsgebiet sind und bleiben müssen des allgemein sowohl nach Inhalt wie Vertiefung gut vorgebildeten Mannes der Praxis, des Arztes in der alten, guten Bedeutung, mit vollem Verständnis für die praktischen Aufgaben seines ärztlichen Berufes, mit voller Würdigung aber auch der hohen Bedeutung eines streng wissenschaftlichen Denkens und einer wissenschaftlichen Fortbildung. So wird das Studium der sozialen Medizin der Sauerkeit sein müssen und sein können, der unsere ganze ärztliche Ausbildung durchdringt, ohne daß es darum notwendig, ja nicht einmal nützlich wäre, „Akademien für soziale Medizin“ zu begründen. Nicht eine fortgesetzte Spezialisierung führt gerade auf diesem Gebiete zum Heile, sondern eine Verallgemeinerung des sozialen Wissens und Könnens kann meiner Auffassung nach der Sache und dem Arzte förderlich sein. Nur gebe man dem Mediziner Zeit, sich theoretisch mit der Sache zu beschäftigen und Gelegenheit, alle Möglichkeiten zur weiteren praktischen Durchbildung zu benutzen.

...**Schlüsse.** 1. Die soziale Medizin ist als obligatorischer Lehrgegenstand in Form von Vorlesungen einzuführen, etwa in die Zeit des VII. und VIII. Semesters.

2. Der Medizinstudierende ist bis zum Schluß des VIII. Semesters von allen Spezialkliniken fernzuhalten, hat vielmehr seine Ausbildung lediglich in den allgemeinen Fächern (allgemeine Pathologie, innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe) zu betätigen.

3. Am Schlusse des VIII. Semesters (eventuell unter Fortfall des Tentamen physicum) ist ein Hauptexamen abzulegen, bei dem auf den Nachweis allgemeiner, theoretischer und praktischer Kenntnisse in den Hauptfächern Gewicht zu legen ist.

4. Im IX. und X. Semester ist ebenso wie im praktischen Jahr den Studirenden der Besuch der Akademien oder der großen, besonders beauftragten Krankenanstalten freizustellen. Lehrplan und Studiengang sind den Universitätskliniken in den beiden letzten Semestern (IX und X) anzupassen. Die Ableistung des praktischen Jahres erfolgt wie bisher.

5. Am Schluß des praktischen Jahres hat der Praktikant ein „Schlußexamen“ in Form eines Colloquiums abzulegen. Hierbei ist auf den Nachweis von Kenntnissen in den Spezialfächern Gewicht zu legen. Das Colloquium kann an einer Universitätsklinik oder an einer Akademie oder einer besonders beauftragten Krankenanstalt abgeleistet werden. Hauptexamen plus Colloquium gewähren Anrecht auf Erteilung der Approbation.

6. In den letzten Semestern (IX und X) oder während des praktischen Jahres ist der Besuch von Kursen über soziale Medizin (bzw. Arbeit in sozialmedizinischen Seminarien) pflichtmäßig.