

Zeitschrift:	Schweizer Spiegel
Herausgeber:	Guggenbühl und Huber
Band:	39 (1963-1964)
Heft:	8
Artikel:	Unser Medizinstudium ist veraltet : Gedanken zu einer verpassten Reform
Autor:	Witmer, Rudolf
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-1073796

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 15.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Unser Medizinstudium ist veraltet

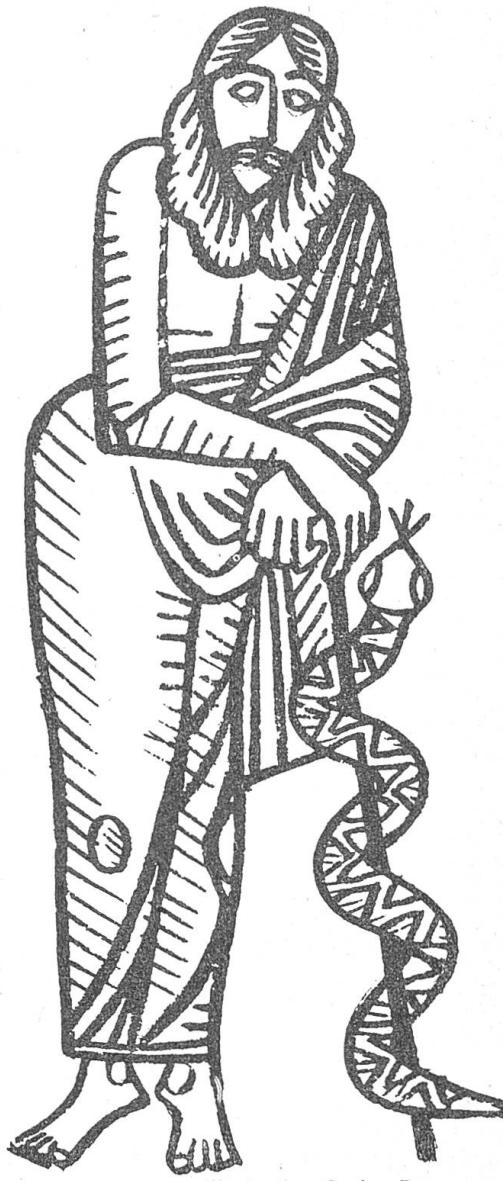


Illustration Carlos Duss

Gedanken zu einer verpassten Reform. Von Prof. Dr. med. Rudolf Witmer

Der Verfasser weilte von 1953 bis 1955 in den Vereinigten Staaten, als wissenschaftlicher Assistenzarzt an der Columbia-University Medical School in New York, sowie an der Harvard Medical School in Boston. Nach seiner Rückkehr in die Schweiz eröffnete er in Bern eine eigene Praxis und war zugleich externer Oberarzt an der dortigen Universitäts-Augenklinik. Seit 1961 hat er den Zürcher Lehrstuhl für Ophthalmologie inne.

B. H.

Die Heilkunde hat im Verlaufe der letzten fünfzig Jahre enorme Fortschritte gemacht. Die Entwicklung der Diagnostik und der Therapie ging Hand in Hand mit den Fortschritten der Technik ganz allgemein. Aus der philosophisch-humanistischen, fast rein empirischen Medizin der Jahrhundertwende ist eine weitgehend technisierte, von komplizierten und teuren Apparaten abhängige, beinahe exakte Wissenschaft geworden.

All das hat zu einer weitgehenden Aufsplinterung der Medizin in zahlreiche Spezialgebiete geführt, die sich nicht mehr rückgängig machen lässt. Man bemüht sich zwar heute vielenorts, diese Tendenz zur Superspezialisierung zugunsten des Allgemein-Praktikers zurückzuschrauben. Denn auch in Zukunft brauchen wir ihn. Die Zeit des Haus- und Familienarztes ist nicht vorbei. Vor allem erfüllt der Landarzt noch diese sehr wichtige Funktion. Aber auch in der Stadt kann und sollte man ihn nicht entbehren müssen, auch wenn hier diese Aufgabe heute weitgehend vom Spezialarzt für Innere Medizin, vom Chirurgen und sogar vom Kinderarzt, der oft nicht nur die Kinder, sondern alle Glieder einer Familie betreut, übernommen worden ist. Aber wir brauchen neben dem Allgemein-Praktiker notgedrungen auch immer mehr Spezialisten.

In Nordamerika ist es seit Jahren üblich, daß sich verschiedene Spezialärzte, vor allem aus organisatorischen Gründen, zu einer gemeinsamen Praxis zu-

sammenschließen. Sie haben etwa Röntgenapparate oder andere kostspielige Anlagen zusammen anschafft, und sie brauchen nicht mehr einzeln je eine oder zwei Praxishilfen, sondern teilen sich auch in diese raren und wichtigen Hilfskräfte.

Nicht nur für den Arzt hat dieses System seine Vorteile. Auch der Patient wird so um vieles genauer untersucht, sind doch in einem solchen sogenannten Ärztehaus nicht selten sogar Spezialisten, die sich innerhalb eines Spezialfaches wiederum spezialisiert haben, zusammengeschlossen.

Der Amerikaner folgt hier seinem Gesetz der Gruppe, das ihm von frühester Kindheit an vertraut ist. In der Schweiz hat sich diese Auffassung noch wenig durchgesetzt. Der Schweizer ist noch viel mehr ein Individualist als der Amerikaner; als Patient will er sich persönlich wenn irgend möglich durch einen einzelnen Arzt von A bis Z behandeln lassen – und er hat in einem gewissen Sinn durchaus recht.

Dennoch wird sich dieser Individualismus auch bei uns nicht mehr lange aufrechterhalten lassen. In der Stadt gehen die meisten Patienten direkt zum Spezialarzt. Die Spezialisierung aber führt mit der Zeit notgedrungen zum Team.

Der Patient auf dem laufenden Band

Ein weiterer Aspekt von Bedeutung ist in unserem Beruf das Problem der Vermassung. Wir müssen heute um ein Vielfaches mehr Patienten betreuen als unsere medizinischen Väter. Erstens hat die Bevölkerung, nicht zuletzt infolge der großen Fortschritte der Medizin, in ungeahntem Maße zugenommen. Und zweitens sind die Ansprüche des Einzelnen in den vergangenen Jahrzehnten gewaltig gestiegen.

Auch die starke Verbreitung der Sozialversicherung und die Erhöhung des Lebensstandards haben dazu beigetragen. Während der Arzt früher nur in wirklichen Ernstfällen gerufen wurde, wird er – und muß er leider – heute für jeden Bagatellfall konsultiert: Der Arbeitgeber verlangt nach zwei Tagen Betriebsabwesenheit ein ärztliches Zeugnis. Und der Arbeitnehmer sagt sich, wenn er schon Hunderte von Franken für die obligatorische Krankenkasse bezahlen müsse, dann wolle er, wenn ihm etwas fehle, auch sogleich ärztlich behandelt werden. In größeren Städten, wie zum Beispiel Basel, sind heute 95

Prozent aller Einwohner Mitglied der Krankenkassen.

Am meisten bekommen wohl die Kinderärzte diese Folgen zu spüren. Eine Mutter wird ihr Kind heute kaum mehr einen Tag lang mit Fieber im Bett behalten, ohne dem Arzt zu telefonieren. Man ist versichert, man ruft an, und der Arzt muß kommen.

Dieser «Massenbetrieb» ruft natürlich seinerseits wieder einer Rationalisierung – nicht überall und unbedingt zum Vorteil des Patienten. Viele Ärzte sind heute dazu übergegangen, in verschiedenen Consultationszimmern gleichzeitig mehrere Patienten, gleichsam am laufenden Band, zu behandeln. Hier wird eine Spritze gegeben, dort ein Rezept geschrieben und beim Dritten eine Bestrahlung verordnet. Diese rein chemisch-physikalische Behandlung hat mit der wirklichen ärztlichen Betreuung oft nicht mehr viel zu tun. Aber mit der Kritik allein ist auch hier nicht geholfen. Wir haben zu wenig Ärzte.

Ist Humboldt noch massgebend?

Nur dank verbesserter diagnostischer und therapeutischer Techniken kann der heutige Arzt diesen Anforderungen genügen. Das Publikum findet es durchaus selbstverständlich, daß die jungen Ärzte alle die modernen Methoden beherrschen.

Nach der Matur studiert der angehende Mediziner in den ersten zwei Semestern bei uns mit seinen Kollegen von der Philosophischen Fakultät II zusammen Botanik, Zoologie, Chemie und Physik. Er bestimmt, wie der angehende Biologe, sorgfältig seine Pflanzen und wird mit dem ganzen Ballast der Anorganischen Chemie beladen, von der er später als Arzt nicht mehr viel braucht. In der Physik lernt er alles noch einmal, was er schon in der Mittelschule büffelte, für die heute so wesentliche Elektronik langt es aber meistens nicht mehr.

Nach dem darauf folgenden Ersten Propaedeutikum studiert er während drei Semestern mit seinen Kameraden, die Zahnärzte werden wollen, die anatomisch-physiologischen Fächer. Und erst nach dem zweiten Propaedeutikum beginnt mit den sieben klinischen Semestern das spezifisch auf den Arzt ausgerichtete Studium.

Das Wissensgebiet gerade dieser klinischen Medizin hat im Verlaufe der letzten Jahrzehnte gewaltig zugenommen. Man müßte daher eigentlich erwarten,

daß sich auch die Form des Medizinstudiums verändert hätte. Die Lehrmethoden sind jedoch weitgehend die gleichen geblieben.

Zwar stimmt es, daß früher gültige Lehrsätze heute durch moderne Auffassungen ersetzt sind. Bei der Lungenentzündung zum Beispiel sagt man heute nicht mehr, entweder sei sie in neun Tagen geheilt oder der Patient werde daran sterben. Der Arzt fixiert sich nicht mehr an solch streng festgelegte Abläufe. Trotz den vielfach gänzlich verschobenen Krankheitsabläufen aber sind diese Dogmen nicht leicht auszumerzen. Man schlepppt sie mit, weil sie noch in den Lehrbüchern stehen und weil sie für den Lehrer die unbestreitbare Versuchung bieten, so in verhältnismäßig wenigen Worten etwas Zusammenfassendes aussagen zu können.

Die Organisation unserer Universitäten hat sich seit der Zeit Humboldts kaum verändert. Noch immer hält der für sein Fach allein verantwortliche Ordinarius seine Magistralvorlesung. Nur hat er heute anstatt zwanzig vielleicht zehn mal mehr Studenten zu unterrichten, die alle mehr oder weniger aufmerksam die auf sie niederrieselnde Weisheit in ihre Kolleghefter notieren. Am Abend hat der Schüler vielleicht, ohne Unterbruch, zehn verschiedene Fachgebiete gehört. Dann klappt er erschöpft sein Buch zu – und holt es in der Regel erst für die Vorbereitung seiner Prüfungen wieder hervor, verarbeitet also den Stoff erst dann einigermaßen.

Gerade heute, wo die praktische Medizin so hohe Anforderungen stellt, ist es leider sozusagen unmöglich geworden, dem Lernenden gleichzeitig mit der Vermittlung der Theorie auch ein praktisches Beispiel zu zeigen. Ich kann meinen Schülern die Symptome eines Grünen Stares im Rahmen der Vorlesung höchstens noch mit Hilfe von Diapositiven, also 100 mal vergrößert vor Augen führen. Ich bin aber dabei gar nicht sicher, ob sie die Krankheit dann auch wirklich erkennen, wenn ich sie ihnen in natura vorlege. Bildvorträge und Praxis sind eben etwas Grundverschiedenes.

Die Hauptvorlesung der Inneren Medizin, die unsere Kandidaten in ihren letzten zwei bis drei Studienjahren besuchen müssen, wird für etwa zweihundert Studenten zugleich gehalten. Man denkt dabei unwillkürlich an die Gesamtschule auf dem Land, wo auch derselbe Lehrer auf einmal drei oder vier Klassen zu unterrichten hat. Selbstverständlich profitiert dabei nur derjenige Jahrgang, der über die

genügende Vorbildung verfügt. Wir richten uns also nach unten aus, und geraten damit in einen Leerlauf, den wir uns schon lange nicht mehr leisten dürfen. Etwas besser daran sind die kleinen Fächer, die in der Regel nur während zwei bis drei Semestern besucht werden müssen.

Mit 35 Jahren erst die Praxis ...

Das Mißverhältnis zwischen dem Unterrichtssystem und der Fülle des zu bewältigenden Stoffes wurde von den Medizinischen Fakultäten und den Ärzten selbst schon längst erkannt. Ein Beweis für unser ungenügendes Ausbildungssystem liegt in der nach dem Staatsexamen sich ständig verlängernden Ausbildungszeit des Schweizer Arztes. Theoretisch dürfte ein Student nach Absolvierung seines Staatsexams (im durchschnittlichen Alter von 27 Jahren) sofort eine Allgemein-Praxis eröffnen. Auf dieses Ziel hin ist denn auch noch das gesamte Medizinstudium ausgerichtet. Heute macht aber kein junger Arzt mehr von dieser Möglichkeit Gebrauch, weil er trotz abgeschlossener Studien noch ganz ungenügend ausgebildet ist.

Die durchschnittliche zusätzliche Ausbildungszeit des Schweizer Arztes nach dem Staatsexamen ist von 6 Jahren im Jahre 1937 auf 8½ im Jahre 1962 angestiegen. Für den Spezialarzt sind es 9½ Jahre. Unser Unterrichtssystem ist also nicht imstande, aus Maturanden in 13 Semestern, oder 6½ Jahren, fertige Ärzte zu machen. Vielmehr braucht es offensichtlich noch 8½ Jahre mehr, bis diese jungen Ärzte sich wirklich sicher genug fühlen, um in die Praxis zu gehen.

Diese zusätzliche Ausbildung ist für den Allgemein-Praktiker gänzlich freiwillig, für den Spezialisten dagegen bestehen genaue zeitliche Vorschriften. Für den Chirurgen beträgt sie zum Beispiel 6 Jahre, für den Augenarzt 5 Jahre. Ein Assistenzarzt der Augenheilkunde muß also 4 Jahre an einer anerkannten Spezialklinik und 1 Jahr in allgemeiner Medizin tätig sein und sich nach Abschluß dieser Zeit über die notwendigen Kenntnisse ausweisen können, bevor es ihm gestattet wird, allerdings ohne Prüfung, den Titel eines Spezialarztes FMH (= Foedatio medicorum helveticorum) zu führen.

Wenn nun diese durchschnittliche «postgraduate»-Ausbildung des Spezialisten, wie wir gesehen haben,

9½ Jahre beträgt, so kommen auch hier noch mindestens 3½ zusätzliche, freiwillige Jahre hinzu. Der Schweizer Spezialarzt wird also mindestens 36jährig, bevor er in die Praxis geht.

... das braucht zu viel Idealismus

Man kann natürlich sagen, daß diese lange Ausbildungszeit ein vorzügliches Licht auf das hohe ethische Verantwortungsbewußtsein und den Lerneifer unserer Schweizer Ärzte werfe. Andererseits kann man ebensogut sagen, daß unser Unterrichtssystem, sowohl das eigentliche zeitlich vorgeschriebene Medizinstudium, als auch noch viel ausgesprochener die Ausbildung nach dem Staatsexamen – das sogenannte «postgraduate»-Studium, das bei uns offiziell aber noch immer gar nicht existiert! – ganz unrationell sein muß. Es gibt überhaupt keinen anderen akademischen Beruf, der auch nur annähernd eine so lange Ausbildungszeit verlangt.

Man kann ferner einwenden, daß unsere Assistenzärzte nach dem Staatsexamen bereits wesentliche Arbeit in den Spitäler leisten und daß man die Assistenzzeit also nicht zur reinen Ausbildungszeit rechnen dürfe. Das stimmt natürlich, spricht aber auch wieder nicht für die Organisation unseres Unterrichtes. Der Staat akzeptiert zwar die Assistenten gerne als billige Arbeitskräfte zum Betrieb der staatlichen Spitäler, kümmert sich aber, wie das vom Bund kürzlich neu ausgearbeitete Prüfungsreglement zeigt, nicht um die hier aufgeworfenen grundsätzlichen Fragen. Er kümmert sich nicht um eine Gesamtrevision, die das ganze Studium, die ganze Ausbildung, vor allem auch diejenige vor dem Ersten und Zweiten Propaedeutikum und nach dem Staatsexamen, umfassen müßte.

Die Folgen sind unangenehm. Es ist klar, daß ein Beruf, der eine so lange und teure Ausbildung verlangt, in der Zeit der Konjunktur und des Stellen-Überangebotes in allen Sparten, an Anziehungskraft eingebüßt hat. Es ist daher nicht erstaunlich, daß die Zahl der Medizinstudenten im Verlaufe der letzten 20 Jahre praktisch nicht zugenommen hat, obwohl Klinik und Praxis wesentlich mehr Ärzte als früher brauchten. Deshalb ist jeder einzelne Arzt dauernd überlastet, und, im Unterschied zum Großteil der Bevölkerung, muß er die Arbeitszeit verlängern und meist weit über das Pensionsalter hinaus arbeiten.

Diese Aussichten sind für einen Jungen im Mittelschulalter sicher nicht gerade verlockend, und es braucht schon eine große Dosis Idealismus dazu, das Medizinstudium zu ergreifen.

Auch die Medizinischen Fakultäten unserer Universitäten sind sich dieser Mißstände durchaus bewußt. Auf Veranlassung des Eidgenössischen Departementes des Innern wurde 1958 eine sogenannte «Interfakultätskommission», bestehend aus je 2 Mitgliedern aller medizinischen und naturwissenschaftlichen Fakultäten der Schweiz, gegründet. Sie erhielt den Auftrag, eine Reform des Medizinstudiums auszuarbeiten. Nach mehr als 2 Jahren mühsamer Beratung hat nun die Kommission den Fakultäten ihren Reformvorschlag in Form eines neuen Prüfungsreglementes für die Eidgenössische Medizinalprüfung vorgelegt. Dieser Vorschlag wurde von den Fakultäten beraten, nach mehr oder weniger heftiger Diskussionen endlich genehmigt und an den Bundesrat zurückgeleitet. Was bringt uns dieses abgeänderte Reglement Neues im Medizinstudium?

Ein sehr unvollständiger Vorschlag

Zunächst ist festzuhalten, daß sich die «Reform» nur auf die sogenannten «klinischen» Studien, also den zweiten, längeren Teil des Medizinstudiums nach dem Zweiten Propaedeutikum beschränkt. Da heute die Zahl der unbedingt notwendigen Fächer zugenommen hat, mußte die Anzahl der Pflichtfächer erhöht werden. Als neu kamen hinzu die Radiologie, die Pathophysiologie und die Geschichte der Medizin.

Nicht alle diese Pflichtfächer sind aber auch Prüfungsfächer.

Um eine Überlastung der Studenten zu vermeiden, wurden die Stundenzahlen der bisherigen Fächer stark herabgesetzt. Nach Ansicht der Kommission sollten grundsätzlich 30 bis 35 Pflichtstunden pro Woche nicht überschritten werden. Um ferner eine sinnvollere zeitliche Einteilung des Studiums und eine Entlastung des Staatsexamens als Fachprüfung zu ermöglichen, wurde die Einführung eines zusätzlichen Examens, des Dritten Propaedeutikums als sogenannte «klinische Grundfächerprüfung» beschlossen. Schließlich wurde noch das bisher 6 Monate umfassende Praktikum auf 8 Monate verlängert.

Die Kommission ist der Ansicht, daß auf Grund dieses neuen Reglementes die einzelnen Fakultäten weitgehend selbstständig ihre Studien- und Stundenpläne revidieren und ihren Unterricht reformieren können.

Positiv an diesem neuen Prüfungsreglement ist sicher einmal die Forderung der Beschränkung der Gesamtstundenzahl sowie die Einführung der klinischen Grundfächerprüfung. Es besteht kein Zweifel, daß dadurch das bisherige medizinische Marathon-Staatsexamen wesentlich entlastet werden kann. Ob allerdings durch diese dritte Zwischenprüfung nicht doch die Freiheit des Studenten einerseits und die Freizügigkeit in der Unterrichtsgestaltung durch die Fakultät andererseits wesentlich beschränkt wird, bleibe dahingestellt.

Wir können immerhin sagen, daß bei einer Verwirklichung dieses neuen Reglementes, so wie es jetzt beim Bundesrat liegt, das Medizinstudium sicher, aber nur teilweise reformiert werden kann. Wobei es allerdings weitgehend Sache der Fakultäten sein wird, das Beste aus diesem Kompromiß zu machen.

Wenn wir uns indessen überlegen, ob so prinzipiell eine Reform des gesamten Medizinstudiums erreicht wurde, müssen wir leider feststellen, daß sich im Grunde genommen an der alten Form nichts geändert hat. Die Interfakultätskommission, ein immerhin recht einflußreiches Gremium, hat eine große Chance verpaßt! Sie war der Ansicht, daß der Unterricht in den naturwissenschaftlichen Fächern nicht zu ändern sei. Sie hat sich nicht für eine Änderung des Studienplanes der anatomisch-physiologischen Fächer eingesetzt. Der gesamte sogenannte vorklinische Unterricht bleibt also unangetastet.

Warum nicht eine Medical School?

Die Kommission hat sich ferner – und das ist nach meiner Ansicht der größte Fehler – nicht mit dem «postgraduate»-Unterricht befaßt, weil das nicht zu ihrem Aufgabenkreis gehöre.

Natürlich hat sich die Kommission über die Studienpläne der anderen europäischen Länder und auch der USA informieren lassen. Sie kam aber zur Ansicht, daß eine Übernahme eines ausländischen Systems für unsere Verhältnisse ungeeignet sei.

Dieser Behauptung gegenüber steht die Tatsache, daß ein sehr großer Prozentsatz unserer jungen Ärzte

ein oder mehrere Jahre ihrer Assistentenzeit in den Vereinigten Staaten verbringen und ohne Ausnahme mit großem Gewinn von dort zurückkehren – wenn sie es nicht, bei Neigung zur akademischen Karriere, vorziehen, drüber zu bleiben, wo sich für wissenschaftliche Tätigkeit ganz andere Möglichkeiten bieten.

Gerade die Ausbildung nach dem Staatsexamen ist in den Staaten in allen Fachgebieten vortrefflich ausgebaut. Sie bildet einen Bestandteil der Ausbildung des Allgemein-Praktikers wie des Facharztes. Niemand wird leugnen wollen, daß die Vereinigten Staaten nicht nur politisch, militärisch und in den technischen Wissenschaften, sondern auch in der Medizin eine führende Nation geworden sind. Und es läßt sich wohl kaum mit dem einzigen lapidaren Satz abtun, daß die Übernahme des amerikanischen Unterrichtssystems (das im übrigen auch in England und den skandinavischen Ländern längst adoptiert wurde) für unsere Verhältnisse nicht geeignet sei.

Es regt immerhin zum Nachdenken an, wenn man sieht, wie weit es die amerikanische Medizin mit ihrem System in knapp 25 Jahren gebracht hat.

Im Prinzip sind alle amerikanischen Universitäten viel straffer organisiert, deshalb auch der Begriff der «Medical School». Die einzelnen Fächer werden wenn möglich «en bloc» serviert und nicht über Jahre hin verzettelt. Die theoretische Vorlesung wird dabei mit der entsprechenden Praxis verbunden. Ein Kandidat der Medizin wird also vielleicht gleichzeitig mehrere Stunden Vorlesungen über ein einziges Spezialfach hören und den restlichen Teil des Tages als Praktikant in eben dieser Spezialklinik verbringen.

Die kleine Gruppe

Aus organisatorischen Gründen kann ein solcher Unterricht im Blocksystem nur in kleinen Gruppen erfolgen. Der Erfolg der viel persönlicheren Unterrichtsform ist daher wesentlich größer als derjenige unseres zwar freieren, aber auch undisziplinierteren Massenunterrichtes. Auch das vorklinische Studium, ja zum Teil sogar die Mittelschulen sind besser auf die Bedürfnisse des Medizinstudiums abgestimmt. Und vor allem: die Ausbildung hört mit dem Staatsexamen nicht auf, sondern wird in straffer Weise

auch nachher weitergeführt. Es ist auch selbstverständlich, daß nur der den Titel eines Spezialarztes führen darf, der noch ein weiteres, sehr anspruchsvolles Examen abgelegt hat. Dieses wird aber in der Regel nach einem Minimum von Ausbildungszeit absolviert, das heißt nach 4 bis 6 Jahren, so daß der amerikanische Spezialist durchschnittlich mit 32 bis 34 Jahren in die Praxis geht.

Die Gegner dieser Medizinschulen haben immer ein sehr zugkräftiges Schlagwort zur Hand: Sie fürchten, daß unsere vielgerühmte akademische Freiheit in einer solch straff organisierten Schule verloren gehen könnte. Zugegeben, eine Medizinschule hat auch schwerwiegende Nachteile: Sie bedingt einen «numerus clausus» – eine beschränkte Zahl von Studenten – für viele Schweizer schon ein rotes Tuch. Die notwendige Gruppenorganisation verlangt zudem, daß die Studenten eine einmal gewählte Schule vor Abschluß des Studiums nicht gut verlassen können. Und sie bedingt schließlich, wenn die Ziffer der Ausgebildeten wachsen soll, einen viel umfassenderen Lehrkörper sowie von allen Dozenten einen wesentlich intensiveren Einsatz. Und sie würde für die Schweiz wahrscheinlich auch bedeuten, daß neue Universitäten geschaffen werden müssen.

Gut-schweizerischer Kompromiss

So stehen wir also heute vor der Tatsache, daß durch den Vorschlag der Interfakultätskommission zwar eine Teilreform des Medizinstudiums ermöglicht wird, daß aber andererseits eine Gesamtreform, etwas wirklich Großes und Neues, dadurch auf Jahrzehnte hinaus verunmöglichkt wird.

Durch diese typische schweizerische Kompromißlösung wird unser Studiensystem kaum verändert, und das Studium nicht verkürzt. Da der Unterricht nach dem Staatsexamen nicht gefordert wird, bleibt auch hier alles beim Alten. Das Medizinstudium verliert durch die Einführung einer weiteren Klippe, der Grundfächerprüfung, noch mehr an Anziehungskraft.

Wir haben die Gelegenheit zu einer großzügigen modernen und grundlegenden Reform verpaßt. Ich fürchte, daß sich Rückwirkungen nicht vermeiden lassen, und daß wir den Anschluß nicht nur in der Forschung, sondern auch in der praktischen Medizin langsam aber sicher verlieren werden.



Weitere prägnant gefaßte Beiträge zu dieser Rubrik sind erwünscht und werden honoriert.
Red.

Es geschah in der zweiten Hälfte des Ersten Weltkrieges, als die Grenzen hermetisch gesperrt waren und ich trotz monate- und jahrelangen Bemühungen kein Visum bekam für eine Reise mit meinen Kindern durch Frankreich nach Spanien, wo mein Mann im Süden des Landes verschiedene Wasserkraftanlagen leitete.

Eines Nachts wachte ich durch meinen eigenen Schrei auf. Es war 3 Uhr 30. Ich ahnte irgendwie, dass meinem Mann etwas passiert sein musste. Kaum war der Telegraphenschalter geöffnet, ging ich hin und gab ein Telegramm an ihn mit bezahlter Rückantwort auf. Ich vermutete zwar, dass in dieser schwierigen Zeit und aus jenem entlegenen Ort keine rasche Antwort zu erwarten sei; als aber auch nach acht und vierzehn Tagen keine Nachricht eintraf, steigerte sich meine Sorge zur Unerträglichkeit. Ich sagte mir, wäre er noch am Leben, hätte ich bestimmt Kunde erhalten. So versuchte ich es mit einem zweiten Telegramm. Keine Reaktion.

Endlich, nach drei Wochen traf ein kurzer Brief ein! Er kam aus dem Spital. Mein Mann berichtete darin, dass er bei einem Kontrollgang in einem Tunnel zwischen drei und vier selbiger Nacht, in der ich den Traum hatte, von einem aus einem toten Winkel zu früh losgegangenen Sprengschuss verletzt worden sei. Dabei sei auch seine Uhr zersplittet worden. Wäre er zwei Schritte weiter gegangen, hätte ihn die volle Gewalt unweigerlich tödlich getroffen!

E. W.