

I. Sollen: Eine Einleitung

Das häufigste verwendete Wort in dieser Geschichte der Hochschul- und Medizinreform während der westdeutschen Nachkriegszeit ist das unregelmäßige Verb „sollen“.

Das seit Dezember 1959 im Wissenschaftsrat diskutierte Projekt der Gründung Medizinischer Akademien war eine dezidierte Reaktion auf die vielbeschworene „Krise der Medizin“, die seit den 1920er Jahren vor allem durch die stets als „fortschreitend“ oder „zunehmend“ deklarierte „Spezialisierung“ erklärt worden war. Die Planungs-ideen zur Gründung Medizinischer Akademien versprachen, die anthropologische, psychosomatische und interdisziplinäre Zähmung von Fragmentierung und Spezialisierung mit einer technisierten medizinischen Wissenschaft auf höchstem Niveau sowie einer praxisnahen Ausbildung zu verbinden. Auf diese Weise waren im Akademieprojekt auch die Bereiche der Ausbildung, der Klinik und der Forschung erfasst und zusammengeführt. Den Medizinischen Akademien kam so aber zugleich auch eine bedeutende Rolle bei der Neugestaltung des Hochschulsystems zu, denn als beste Lösung für das Grundproblem der spezialisierten Medizin erschien die Ablösung der Ordinarienuniversität, deren hierarchische Strukturen sich vor allem an den medizinischen Fakultäten in Forschung und Lehre als hemmend erwiesen hatten, durch ein Departmentsystem nach US-amerikanischem Vorbild. Während der Wissenschaftsrat im Juni 1961 nach monatelangen Diskussionen die Gründung von sieben Medizinischen Akademien vorschlug, wurden die in den Ausschüssen erarbeiteten Konzepte auf unterschiedliche Weise und auch nicht immer plangerecht allein als Medizinische Akademie Lübeck (1964), Medizinische Hochschule Hannover (1965) und Medizinisch-Naturwissenschaftliche Hochschule Ulm (1967) realisiert. Da in diesen Institutionen sowohl vorklinisch als auch klinisch gelehrt wurde, unterschieden sie sich von der ausschließlich klinisch orientierten Medizinischen Akademie Düsseldorf, die bereits im Juni 1923 eröffnet worden war und 1965 zum Nukleus einer Universitätsneugründung wurde. Durch ihre explizite Ausrichtung nach dem US-amerikanischen Modell wurden die Vorhaben des Wissenschaftsrates auch implizit von den zeitgleichen Akademiegründungen in der DDR abgegrenzt. Die Projekte Medizinischer Akade-

mien in Hannover, Lübeck und Ulm sind entsprechend gleichermaßen medizin-, institutionen- und planungsgeschichtlich bedeutsam.¹

Während die Spezialisierung im Bereich der naturwissenschaftlich-technischen Forschung als unumgänglich angesehen wurde, erschien es wichtigen Protagonisten der Reformdebatte – zumeist Internisten und alles Männer – ebenso unerlässlich, dass medizinische Ausbildung, Forschung und Klinik durch vertikale geistes- und sozialwissenschaftliche Fächer wie Sozialmedizin und Psychosomatik neu ausgerichtet werden. Vor allem einer Reform des Medizinstudiums – die praxisnahe Ausbildung in kleinen Gruppen am Krankenbett – kam in den Debatten der 1950er und 60er Jahre eine zentrale Bedeutung zu, um die naturwissenschaftliche Spezialisierung auch mit der Ausbildung „guter“ Ärzte und Ärztinnen zu verbinden. Die schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts thematisierte Studienreform war aber in der unmittelbaren Nachkriegszeit auch unter dem Aspekt der „Überfüllung des Ärztestandes“ wieder auf die Tagesordnung gekommen. Allerdings wurde in den Statistiken der 1950er Jahre dann im Gegenteil ein erhöhter Bedarf an zukünftigen Ärzten und Ärztinnen prognostiziert und das „Kapazitätsproblem“ zu einem zentralen Argument für die Einrichtung neuer medizinischer Ausbildungsstätten erklärt.² Die „Krise der Medizin“ wurde also zugleich anthropologisch und strukturell verstanden. Zugleich wurde aber auch der in der Nachkriegszeit unermüdlich konstatierte Rückstand der bundesdeutschen Forschung im Bereich der Medizin mit den starren und hierarchischen Strukturen an den Universitätskliniken erklärt. Institute und Kliniken, die bis dahin Herrschaftsbereiche souveräner Ordinarien waren, sollten deshalb zu sogenannten Departments zusammengelegt werden, „die von Abteilungsleitern kollegial verwaltet werden“, wie der *Spiegel* es 1969 rekapitulierte.³ Die Akademien sollten, so wurde es in den Ausschüssen des Wissenschaftsrates diskutiert, auf einem relativ selbstständigen Mittelbau basieren, der sich aus den „Spezialisten“ zusammensetzt und durch die Position des unbefristeten „Abteilungsvorstehers“ ausgefüllt wird. Der Mittelbau, so lässt sich dies interpretieren, war nicht das Problem, sondern die Lösung für die „Krise der Medizin“.

Auch dieses Reformprojekt der westdeutschen Nachkriegszeit schöpfte seine Innovationen vor allem aus den Vereinigten Staaten, in geringerem Maße auch aus Skandinavien, den Niederlanden sowie Großbritannien, und kann durchaus mit den in der geschichtswissenschaftlichen Forschung gebräuchlichen Begriffen der Modernisierung, Amerikanisierung und Demokratisierung umschrieben werden.⁴ Allerdings

1 Van Laak (2008: 306). Zu Planungskonzepten zwischen 1950 und 1980 siehe auch Christian/Kott/Matějka (2018).

2 So etwa Weizsäcker (1949), Siegmund (1948) und Bamberger (1946). Dazu auch Ellerbrock (2004: 230).

3 Hentschel (1970: 44).

4 Zur Reform der Medizinausbildung in den 1950er Jahren: Kendall/Reader (1988). Zum „Vorbild USA“ Timmermann (2010) und Paulus (2010). Zu den geschichtswissenschaftlichen Erklärungsmodellen der Amerikanisierung, Westernisierung, Demokratisierung und Liberalisierung u. v. a. Hoeres (2015), Koch

wurden zentrale Themen wie die Reform der Medizinausbildung und das Problem der Spezialisierung, aber vor allem auch die anthropologische Kritik an der naturwissenschaftlich-technischen Medizin bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts intensiv diskutiert. Mit der aus der Architekturgeschichte entlehnten Epochenbezeichnung „Nachkriegsmoderne“ lässt sich diese besondere Verschmelzung modernisierender und modernekritischer Diskurse akzentuieren.⁵ Modern waren die medizinischen Reformprojekte bereits in den 1950er Jahren und nicht erst in den späten 1960er Jahren. Im Gegenteil wurde um 1970 der Reformelan verfassungsrechtlich abgedrosselt.⁶ Damit aber kommt für die Geschichte der Hochschulreform auch eine ganz andere Akteursgruppe in den Fokus: Es waren nicht die sozialwissenschaftlich ausgebildeten Arrivierenden der Ära der sozialliberalen Koalition, sondern Netzwerker vor allem aus dem Feld der Inneren Medizin, durchaus Männer mit (nationalsozialistischer) Vergangenheit, die das hierarchische System der Fakultäten in Frage stellten. Daraus lässt sich gleichermaßen schließen, dass diese Generation reformfreudiger war als zumeist angenommen wird, den Reformprojekten gleichwohl auch Aspekte innewohnten, die eng mit einer Kontinuität von Krisendiskursen spätestens seit den 1920er Jahren assoziiert waren.

Die Geschichte der bundesdeutschen Medizin hat erst in den letzten Jahren in der medizin- und wissenschaftshistorischen Forschung größere Aufmerksamkeit gefunden.⁷ Wie der Medizinhistoriker Hans-Georg Hofer 2010 zusammenfasste, habe sich die Medizinhistoriografie in Bezug auf die westdeutsche Nachkriegsgeschichte vor allem mit den Folgen des Nürnberger Ärzteprozesses und der Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit, mit Gesundheitswesen, -politik und -versorgung in den Besatzungszonen sowie mit spezifischen Disziplinen wie Psychiatrie, Humangenetik oder Chirurgie befasst.⁸ Mit den Bezugspunkten Nationalsozialismus und Kriegsende stand zwar die Frage nach Kontinuität und Wandel im Fokus des Interesses, ohne dass dabei jedoch die Beständigkeit von Problematisierungen genauer

(2007), Herbert (2002), Nolte (2002), Doering-Manteuffel (1999), Schildt (1995), Schildt/Sywottek (1993), Schwarz (1984) und Kocka (1979).

⁵ Zum architekturhistorischen Epochenbegriff „Nachkriegsmoderne“ Gisbertz (2012) und Braum/Welzbacher (2009).

⁶ Zur Periodisierung der Reformphase siehe auch Brandt (2014).

⁷ 2008 fand in Bonn die Tagung „Medizin und Gesellschaft in Westdeutschland, 1945–1970“ statt. Ausgewählte Vorträge wurden 2010 im *Medizinhistorischen Journal* publiziert. Dazu vor allem Hofer (2010), Schleiermacher (2010) und Timmermann (2010).

⁸ Hofer (2010: 6–7). Beispielhaft genannt seien Stoff (2012: 82–94), Forsbach (2011), Oehler-Klein (2007a), Oehler-Klein/Roelcke (2007), Ellerbrock (2004), Gerst (2004), Lindner (2004), Weisbrod (2002), Meinel/Voswinkel (1994) und Peter (1994). Auch neuere Arbeiten folgen dieser Linie: Fangerau/Martin/Karrenberg (2020), Söhner (2020), Söhner/Baader (2018), Krischel/Söhner/Fangerau (2018), Schenk (2016), Baader (2015).

untersucht wurde.⁹ Vor allem die Nachkriegsdebatte zur „Krise der Medizin“ ist kaum thematisiert worden.¹⁰ Die zeithistorische Heuristik der Wandlungsprozesse nach 1945 soll in dieser Studie nicht aufgegeben, aber für die Medizingeschichte relativiert werden. Das Konzept der Nachkriegsmoderne, das die Kontinuität der Krisendiskurse und Problematisierungen mit den strukturellen Gestaltungsprozessen einer liberalkapitalistischen Gesellschaft verbindet, scheint für die Besonderheit dieses Zeitraumes passender als eine notwendigerweise teleologisch ausgerichtete Modernisierungsgeschichte.¹¹ Die Frage wäre dann eher, wie die Reformprojekte der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts unter den vor allem auch hochschulpolitischen Bedingungen des westdeutschen Staates neu ausgeschrieben wurden. Dies umfasst die Sorge vor einem Forschungsrückstand gegenüber den USA und anderen europäischen Staaten, die Enthierarchisierung der Universitäten und Stärkung des Mittelbaus, die interdisziplinäre und teamorientierte Ausrichtung von Forschung und Klinik, die holistisch geprägte Kritik an einer „mechanistischen Medizin“, die Einführung einer „medizinischen Anthropologie“ unter den Bedingungen der Spezialisierung sowie schließlich die Realisierung dieser Konzepte in einem Krankenhausbau, der Konzentration und Vertikalisierung zugleich ermöglichen sollte. Das reformerische Strukturprinzip sollte in die architektonische Wirklichkeit umgesetzt werden.

Die Institution, der seit September 1957 die Aufgabe zukam, in Ausschüssen und Unterausschüssen Foren für die Entwicklung von Ideen für eine Reform der Medizin zu entwickeln, war der Deutsche Wissenschaftsrat.¹² Beteiligt waren vor allem eine Generation von Professoren aus der Inneren Medizin sowie eine große Anzahl an Verwaltungsfachleuten der Länder und des Bundes, die jeweils während des Nationalsozialismus ihre Laufbahnen begonnen oder sich etabliert hatten. Die Aufgaben des Wissenschaftsrates betrafen grundsätzlich die gesamte Breite der Wissenschaften, insbesondere aber die Lebenswissenschaften. Der Medizin kam dabei jedoch eine Sonder- und Schlüsselrolle zu. Im Sommer des Jahres 1958 hatte der Wissenschaftsrat Ausschüsse eingerichtet, in denen die Situation an den medizinischen Fakultäten in Bezug auf „Vermassung“, Spezialisierung, Forschungsrückstand und hierarchische Strukturen problematisiert wurde. Diese Topoi waren seit dem Streit über die „Krise der Medizin“ in der Weimarer Republik vertraut und in der Nachkriegszeit zentrale Themen wissenschafts- und hochschulpolitischer Debatten. Der Wissenschaftsrat re-

9 Dazu Bruch/Gerhardt/Pawliczek (2006), Neumann (2005) und Ash (1995). Der wichtige Sammelband zur Nachkriegsgeschichte der Medizinischen Akademie Düsseldorf von Wolfgang Woelk et al (2003) ist entsprechend ganz auf die Frage nach Kontinuitäten und (wenigen) Diskontinuitäten fokussiert.

10 Eine fundierte Analyse zum Diskurs der „Krise der Medizin“ in den 1920er Jahren liefert vor allem Geiger (2010). Dazu aber auch Roelcke (2016) und Klasen (1984). Hilfreich ist außerdem die Relektüre dieser Debatte durch Petra Lenz (2018).

11 Schildt (1999: 149–150).

12 Zur Geschichte des Deutschen Wissenschaftsrats vor allem Neidhardt (2012), Bartz (2007), Lechner (2007), Röhl (1994), Berger (1974) und Pfuhl (1968).

üssierte in den 1960er Jahren als ein zentrales Medium staatlicher Steuerungspolitik, bei dem allerdings den Akteuren aus den Wissenschaften und der Medizin selbst eine maßgebende Rolle zukam.¹³

Die Kommissionen des Wissenschaftsrates planten die Gründung von Medizinischen Akademien, die explizit nicht Fachhochschulen ähneln sollten, aber auch als Nuklei von neuen Universitäten verstanden werden konnten. Dass die meisten dieser Gründungs- und Reformpläne kurz-, mittel- oder langfristig scheiterten, lässt sich grundsätzlich durch die unterschiedlichen Interessen der Medizinreformer und Verwaltungsexperten, die seit Ende der 1960er Jahre zunehmenden Finanzierungsschwierigkeiten, die verfassungsrechtlich abgesicherten Rahmensetzungen für die reformerische Hochschulpolitik sowie schließlich das Beharrungsvermögen von Fakultätsstrukturen erklären. Vor allem wurden in den frühen 1970er Jahren zentrale Aspekte des Reformprogramms – ein starker und selbstständiger Mittelbau sowie die notwendige Errichtung von Forschungszentren – sowohl auf Druck der Ordinarien als auch durch die beschränkten Finanzierungsanstrengungen der Länder größtenteils wieder einkassiert.

Wenn das Projekt der Medizinischen Akademien an die Existenz eines starken Mittelbaus gebunden war, wie es in der ersten Hälfte der 1960er Jahre unermüdlich erklärt wurde, dann musste dessen Schwächung in den 1970er Jahren auch das Kollegialsystem der Reformvorhaben erodieren. In der Selbstwahrnehmung der beteiligten Ordinarien war es aber vor allem die große Zahl der Studierenden, wie sie spätestens 1972 mit dem Urteil zum *Numerus clausus*, der „Kapazitätsverordnung“, institutionalisiert wurde, welche die letztlich auch elitistischen Neugründungen in ihren Gestaltungsmöglichkeiten ausbremsten. Entscheidend war dabei, dass das eine Ziel der Reformplanungen – die Kapazitätserweiterung durch Neugründungen – nur unzureichend eingelöst wurde. In den 1970er Jahren wurde die Demokratisierung der Hochschulen damit auch gegen die Medizinreform – die Vertikalisierung in Forschung, Lehre und Klinik – ausgespielt. Von Hauptinteresse sind jedoch hier weniger die gescheiterten Planungsrealisierungen, sondern die Planungsideen selbst, welche die Konfliktlinien der technisch-naturwissenschaftlichen Medizin im 20. Jahrhundert offenlegen. Die Medizinischen Akademien, die im November 1966 auch der Bundesminister für wissenschaftliche Forschung Gerhard Stoltenberg von der CDU als ein „mutiges Experiment“ charakterisierte, waren von wesentlicher Bedeutung für die Bildungsplanungen der 1960er Jahre.¹⁴ Doch aus unterschiedlichen Gründen verblieben die Planungen im Stadium des Provisoriums, waren nicht gefestigt genug, um sich der Widerstände, die sich vor allem in den Jahren um 1970 zeigten, zu erwehren.

13 Der Wissenschaftsrat bestand bis 1965 ausschließlich aus Männern. Siehe Bartz (2007: 59).

14 „Protokoll der 37. Sitzung des Gründungsausschusses der Medizinischen Hochschule Hannover am 20. Dezember 1966“, 10.2.1967 (BAK, B 138/11529). Siehe auch Rohstock (2010: 356–357).

Entscheidend ist dabei die Herausarbeitung der spezifischen Stellung der Universitätsmedizin im Rahmen der Hochschulreformdebatte. Die Gründung von sieben Medizinische Akademien wurde 1961 vom Wissenschaftsrat im Sinne eines als notwendig erscheinenden Neuanfangs proklamiert. So sollte die Reorganisation des Medizinstudiums und die Einführung von Teamwork und Departmentsystem auf der Basis eines starken Mittelbaus mit paritätischen Rechten realisieren werden. Die Planungsphase der Medizinischen Akademien kann als ein Gefüge medizinanthropologischer, hochschulreformerischer und architektonischer Ansätze untersucht werden, die als vorbildhaft für andere Hochschulneugründungen angesehen wurden. Es geht im Folgenden allerdings nicht um noch eine Universitäts- oder Institutionengeschichte. Stattdessen sollen die Bedeutung der Akademieprojekte für eine Debatte über die medizinische, anthropologische, aber auch hochschulpolitische Krise herausgearbeitet und zugleich die avisierte Modernisierung und Demokratisierung der Universitätsstruktur nach US-amerikanischem Vorbild bereits um 1960 hervorgehoben werden. Im Mittelpunkt steht also, wie aus der Idee ein Modell wurde, wie es dann auch zeitgenössisch angesichts der Eröffnung des Bettenhauses der Medizinischen Hochschule Hannover im Juli 1971 konstatiert wurde.¹⁵

Einzig in Hannover, Lübeck und Ulm kamen jedoch neue Akademien überhaupt in die konkrete Planungsphase. Während Lübeck, obwohl es als reformerischer „Modellfall“ konzipiert wurde, bis 1973 als Zweite Medizinische Fakultät der Universität Kiel zugeordnet war und Ulm zwar ein hoch ambitioniertes und weltweit beachtetes Gründungsmanifest publizierte, das Reformvorhaben aber aufgrund der einsetzenden Wirtschaftskrise Ende der 1960er Jahre und der Widerstände der Ordinarien nicht entsprechend realisiert wurde, sollte in Hannover, so wurde es vom seit Dezember 1961 tagenden Gründungsausschuss formuliert, einer modernen Hochschulkonzeption zum Durchbruch verholfen werden. Explizit wurde die Überwindung der „Vermassung“, die Behebung des Mangels an praktischer Ausbildung, das Problem der Anonymität des Studiums und die Sorge um den Rückstand in der Forschung genannt. Aber auch an der Medizinischen Hochschule Hannover – dies offenbarte sich dort in den 1980er Jahren – blieb die Verwirklichung hinter den Planungsideen zurück.¹⁶ Was diese Reformprojekte einte, so der Bildungsforscher Rolf Neuhaus, der 1968 eine umfangreiche Dokumentensammlung zu den Hochschulneugründungen herausgab, war „die Überwindung der Fach- und Fakultätsgrenzen in interdisziplinärer Zusammenarbeit der Einrichtung Zentraler Institute, die Neugliederung der zu großen Fakultäten, die stärkere Einbeziehung aller an der Hochschule beteiligten Personen in die Selbstverwaltung, die Ablösung der Institutshierarchie, die Reform der Lehrveranstaltungen und des Studienbetriebes und die Schaffung Zentraler Einrichtungen der verschie-

15 Kallies (1971).

16 „Medizinische Akademie Hannover“, o. D. (BAK, B/138, 6511).

densten Art“.¹⁷ Diese Reformziele wurden dann in der Ende 1970 verkündeten und im Oktober 1972 vollständig in Kraft getretenen Approbationsordnung, den Hochschulgesetzen der Länder und dem Hochschulrahmengesetz von 1976 zugleich eingelöst und wieder eingeeht. Während in den Planungen um 1960 der Mittelbau in Gestalt des Departmentsystems als Lösung der Krise nicht nur der Medizin, sondern auch der Hochschulen selbst angesehen wurde, erscheint er seit 1970 auf nachhaltige Weise wieder als ein Problem, das nur juristisch und mit Steuerungsmaßnahmen reguliert werden kann.

17 Neuhaus (1968: XI).

II. Reformideen für eine neue Medizin, 1945–1959

Der Göttinger Pharmakologe Ludwig Lendle fasste 1959 übersichtlich drei Hauptpunkte der Debatte zur Reform der Hochschulmedizin zusammen: Die Ärzteorganisationen bemängelten die Zulassung zu vieler Studierender, die unzureichende praktische Ausbildung und die ungenügende Auslese durch zu leichte Examina; die Studierenden klagten über zu viel Fachstudium, zu viel Stoff ohne Anleitung und Synthese; und die Medizinalverwaltung kritisierte vor allem auch die zu traditionelle Struktur der Fakultäten und der Klinikorganisationen.¹ Ein Hauptproblem, das zugleich die medizinischen Experten und die Verwaltungsfachleute umtrieb, war es, den prognostizierten großen Bedarf an ärztlichem Personal, der durch die Kapazitäten der bestehenden Fakultäten nicht ausgebildet werden konnte, durch die Schaffung neuer Ausbildungsplätze zu befriedigen. Die große Zahl an Studierenden und das Massensstudium erschienen gleichermaßen als ein Problem, wenn nicht gar als ein Notstand, der dringend und möglichst rasch behoben werden musste. Zugleich schien die als unausweichlich interpretierte Spezialisierung die Einheit der Universitätsmedizin zu sprengen. Während die Studierenden gezwungen waren, immer mehr spezialisiertes Wissen zu erlernen und dabei jene Kompetenzen zu verlieren drohten, die doch den „guten Arzt“ ausmachten, wurde zugleich eine Atomisierung der Medizin in naturwissenschaftlich-technische Einzelbereiche befürchtet, wie sie bereits seit den 1920er Jahren unter dem Schlagwort „Krise der Medizin“ diskutiert wurde. Um dies zu verhindern, wurde in der Nachkriegszeit auch wieder intensiv über ein „neues Denken“ in der Medizin nachgedacht, bei der Vertikalfächern wie der Sozialmedizin und der Psychosomatik größere Bedeutung zukommen und das „Arzt-Patient-Verhältnis“ wieder in den Mittelpunkt einer nicht nur naturwissenschaftlich-technisch, sondern auch anthropologisch verstandenen Medizin rücken sollten. Diese Reformdiskussion erwuchs vor allem aus Debatten innerhalb der Inneren Medizin, wie sie auf Fachtagungen und in Fachzeitschriften durchgeführt wurden. Es waren dann auch vor allem Internisten, die sich in den 1950er Jahren für Medizinreformen stark machten, bei denen

¹ Lendle (1959: 304–305).

die durch die Spezialisierung gefährdete Einheit der Medizin durch Strukturreformen und Interdisziplinarität gewahrt bleiben sollte. In der Nachkriegszeit waren mit Hilfe von Rockefeller-Stipendien Reisen in die Vereinigten Staaten ermöglicht worden. Eine Hauptkenntnis, die aus diesen Erfahrungen gezogen wurde, lautete, dass der konstatierte Forschungsrückstand Westdeutschlands vor allem auf den starren hierarchischen Strukturen der Medizinischen Fakultäten beruhte. Der Vorsprung der USA in Forschung, Klinik und Lehre war danach auch auf die kollegiale Teamarbeit in Departments zurückzuführen. Wenn Ende der 1950er Jahre die Gründung Medizinischer Akademien diskutiert wurde, dann ging es ganz zentral darum, Institutionen der Ausbildung, der klinischen Forschung und der Krankenbehandlung zu etablieren, die just diesem Vorbild nacheifern, ja, es womöglich sogar überholen sollten.

Die Überfüllungskrise

In den unmittelbaren Nachkriegsjahren wurde – durchaus im Anschluss an die Krisen-debatte der Weimarer Republik – über die zu große Anzahl an Medizinstudierenden sowie in der Folge auch an Ärzten und Ärztinnen geklagt.² Der Heidelberger Kinderarzt Philipp Bamberger schrieb 1946 in einem kritischen Beitrag zum Medizinstudium, dass sich die jungen Leute zu Tausenden drängten, um ein Studium zu beginnen oder fortzusetzen. Sie alle erhofften sich für später eine geachtete akademische Lebensstellung, „verlockt von dem Zauberwort aus autoritäts- und titelgläubigen Zeiten“. Bamberger sprach sich unbedingt für eine Drosselung des Zustroms und eine sorgfältige Auswahl unter den Studierenden auf intellektuellem und ethischem Gebiet aus, um die „Verbesserung der Qualität des ärztlichen Nachwuchses“ zu erreichen. Als konkrete Lösungsmöglichkeit plädierte er für die Einführung von vier Examina in Form einer Ausleseprüfung jeweils vor Beginn des Studiums, des Physikums, der klinischen Zwischenprüfung und des Staatsexamens.³ Der Münsteraner Pathologe Herbert Siegmund rechnete zwei Jahre später mit einem jährlichen Zuwachs von etwa viertausend „Jungärzten“. Da der tatsächliche Bedarf aber viel niedriger sei, habe dies zwangsläufig eine Verschlechterung der Beschäftigungsmöglichkeiten zur Folge. So könne es zum Entstehen eines ärztlichen Proletariats und damit auch zum Absinken der Würde des Ärztestandes kommen. Je früher deshalb „die Ausmerzungen der Ungeeigneten“ erfolge, erklärte Siegmund mit markigen Worten, desto leichter werde der „Existenzkampf der Jungärzte“. Er sprach sich deshalb für eine Auslese nach den Gesichtspunkten des „Leistungs-, Intelligenz- und Persönlichkeitsniveaus“ aus.⁴ Die schon in der Weimarer Republik beklagte Überfüllung im Medizinstudium erschien weiterhin als ein gravie-

2 Ellerbrock (2004: 230).

3 Bamberger (1946: 108–109).

4 Siegmund (1948: 541–542, 545).

rendes und ungelöstes Problem. Diese „Überfüllungskrise“, die wohl zumindest bis in die Mitte der 1950er Jahre anhielt, ist durch den gesteigerten Bedarf während des Nationalsozialismus und die dann nach Kriegsende einsetzende Rückkehr von Ärzten aus der Wehrmacht, den Zuzug aus der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR sowie den zahlreichen Studienabschlüssen in den unmittelbaren Nachkriegsjahren erklärt worden.⁵ Dabei ging es nicht nur um die Sorge um die Berufschancen des ärztlichen Nachwuchses. Auch der in den Nachkriegsjahren intensiv diskutierte Topos der „Vermassung“ als zivilisationskritisch konnotiertes Motiv des 20. Jahrhunderts verband sich mit einer elitistischen Standespolitik.⁶

Im Laufe der 1950er Jahre wurden jedoch die steigende Zahl an Medizinstudierenden und der nunmehr erwartete Mehrbedarf an Ärzten und Ärztinnen als ein Kapazitäts- und mithin auch als ein Planungsproblem verstanden. Prognosen zur Entwicklung der Studierendenzahlen wurden nach unterschiedlichen Szenarien ermittelt und einem Gesamtbedarfsplan zugrunde gelegt, wobei die Anzahl an Approbationen Ende der 1950er Jahre deutlich sank und bereits wieder ein Mangel an Ärzten und Ärztinnen beklagt wurde.⁷ Im November 1960 veröffentlichte der Wissenschaftsrat ein Ausbauprogramm für die bestehenden wissenschaftlichen Hochschulen, in dem der Kernsatz formuliert wurde, dass die Überfüllung der Universitäten nicht auf einer zu hohen Studierendenzahl, sondern auf einer unzureichenden Ausbildungskapazität beruhe. Genau deshalb, so wurde es 1965 rückblickend in einem Bericht der Bundesregierung festgehalten, sei vom Wissenschaftsrat die Gründung dreier neuer Universitäten, einer Technischen Hochschule sowie einiger Medizinischer Akademien angeregt worden.⁸ Das Hauptargument für die Einrichtung Medizinischer Akademien war deshalb zunächst auch pragmatischer Art und beruhte auf Bedarfsermittlungen.⁹ Kapazitätserweiterungen sollten die „Studentenschwemme“ auflösen und das Problem der „Überfüllung“ lösen. Zugleich sollte die medizinische Ausbildung davor bewahrt werden, zu einem anonymen Massenstudium zu werden. Mit der Forderung nach Neugründungen in Form von Medizinischen Akademien verband sich die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten mit dem Reformziel einer strukturellen und inhaltlichen Neuausrichtung des Medizinstudiums.¹⁰

5 Titze (1990: 88–95).

6 Siehe beispielhaft De Man (1951) und Wiesbrock (1951).

7 Hans-Hellmuth Qualen (Finanzminister Schleswig-Holstein) an Edo Osterloh (Kultusminister Schleswig-Holstein), 21.8.1963 (LASH, Abt. 761, Nr. 9473). Titze (1990: 90).

8 Bundesminister für wissenschaftliche Forschung (18.1.1965: 124).

9 Unterausschuss Medizinische Akademien, „Gründung neuer Medizinischer Akademien“, 24.5.1961 (BAK, B/247, 16).

10 „Denkschrift über die Errichtung von wissenschaftlichen Hochschulen in Baden-Württemberg“, in: 3. Landtag von Baden-Württemberg, Beilage 2990, 25.4.1962, S. 5812–5866 (BAK B 138/6509). Seit Ende der 1970er Jahre wurde dann allerdings auch wieder die Krisensituation einer „Ärztenschwemme“ ausgerufen. Dazu u. a. Kossow (1990).

Die Kapazitätsberechnung war das standespolitische und ökonomische Argument für die Errichtung Medizinischer Akademien, da auf diese Weise ein einfaches Bedarfsproblem gelöst werden konnte. Allerdings wurde in den Ausschüssen des Wissenschaftsrates eine Debatte fortgesetzt, die nach Lösungen für das Problem der Spezialisierung in der Medizin suchte. Schließlich produzierte das Medizinstudium Mitte des 20. Jahrhunderts ja zunehmend auch spezialisierte Ärzte und Ärztinnen. Die beiden Leitfragen lauteten deshalb, wie die Spezialisierung in der Einheit der Universitätsklinik aufgehoben werden konnte und wie sich die spezialisierende Ausbildung mit dem Ideal der umfangreichen ärztlichen Allgemeinbildung verbinden ließ. Im Wissenschaftsrat war es in der Tat die Spezialisierung, die als Hauptgrund für die notwendige Reform des Medizinstudiums herangezogen wurde, während die große Zahl der Medizinstudierenden vor allem dann thematisiert wurde, wenn die Einrichtung und Finanzierung Medizinischer Akademien gegenüber dem Bund und den Ländern begründet werden musste.

Das Problem der Spezialisierung

Das 19. Jahrhundert produzierte im Bereich der Medizin nicht nur Mikrowissen und Organzentrierung, sondern damit zugleich auch Spezialwissen und Spezialfächer.¹¹ „Spezialisierung“ war ein Schlagwort, das schon seit den 1890er Jahren als ein Signum der Moderne analysiert und als „Spezialistenunwesen“ beklagt wurde.¹² Dies verwies zunächst auf die sich verändernde Struktur des Berufsfeldes der Medizin hin zu den mit erhöhtem Renommee versehenen „Spezialärzten“.¹³ Der Soziologe Ernst Mayer rekapitulierte Mitte der 1920er Jahre in einem Beitrag zur „Krisis des deutschen Ärztestandes“ die Diskussion so, dass es im allgemeinen gesellschaftlichen Differenzierungsprozess auch zur Spezialisierung der Universitätsinstitute gekommen sei. Ein Heer von Spezialärzten sei entstanden. Darunter habe die Autorität des praktischen Arztes, vor allem des Hausarztes, gelitten.¹⁴ Der Spezialisierung kam auch bei der Diskussion der Reform der Medizinausbildung eine entscheidende Rolle zu. So konnte der Rostocker Pathologe Ernst Schwalbe 1913 konstatieren, dass über die gewiss notwendige Spezialisierung der Medizin kein Wort mehr verloren zu werden brauche. Jedoch dürfe dies nicht dazu führen, „den Studenten womöglich schon zum ‚Universal-spezialisten‘ auszubilden“.¹⁵

11 Klasen (1984: 32).

12 Kuhne (1893: 173).

13 Schwalbe (1907: 1643). Auch Ebstein (1904). Als beispielhafte Darstellung eines Spezialarztes siehe Jenss (2010). Außerdem Huerkamp (1985: 177–184).

14 Mayer (1924: 3–4).

15 Schwalbe (1913: 660). Zu Ernst Schwalbe vor allem Prüll (2019).