

"STUDENTENSCHWEMME - ÄRZTESCHWEMME": ZUR ÜBERFÜLLUNGSKRISE IN DER MEDIZIN: EIN BEITRAG ZUR PROBLEMGESCHICHTE

Reinhard Lohölter, Frankfurt/Main

Zusammenfassung

Ausgehend von der gegenwärtigen ärztlichen Arbeitslosigkeit werden eine Diskussion aus den Jahren 1797/98 zur Überfüllungskrise in der Medizin dargestellt und das bildungspolitische Reaktionsmuster herausgearbeitet. Der zyklische Wechsel von Mangel und Überfüllung war auch für die Medizin des 19. und 20. Jahrhunderts charakteristisch. Die Versuche zur Steuerung der Studentenzahlen über die Änderung der Prüfungs- und Bestallungsvorschriften sind von beeindruckender Erfolglosigkeit gewesen.

"Seit den frühen 80er Jahren stand die Unterrichtsverwaltung im Banne des Überfüllungsproblems, übte die vieldiskutierte Gefahr der Entstehung eines "akademischen Proletariats" einen kaum zu überschätzenden Einfluß auf die preußische Bildungspolitik aus" (Titze 1984, S. 115).

1. Einleitung

Auf dem Ärztetag 1989 bildete die ärztliche Arbeitslosigkeit eines der Schwerpunktthemen. Im Herbst 1988 waren 8115 Ärztinnen und Ärzte arbeitslos gemeldet, das sind 4,6% der berufstätigen Ärzte. Bis 1995 wird, auf der Grundlage der gegenwärtigen wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen, mit einem Anstieg auf etwa 40000 bis 54000 arbeitslose Mediziner gerechnet (Clade 1989). Die seit einigen Jahren einsetzende Überfüllungskrise in der Medizin ist keineswegs ohne historisches Beispiel. Ein Blick auf die letzten 200

"Student glut - doctor glut": The perennial manpower crisis in medicine. A contribution to the history of the problem.

Summary

Starting with the current physician unemployment a discussion of the late 18th century about an oversupply with physicians is presented. The characteristic strategy to deal with the doctor glut is summarized. The perennial change of physician manpower shortage and oversupply leads to the conclusion that strategies to streamline the number of medical students through changes in educational and licensure requirements have been impressively unsuccessful.

Jahre zeigt, daß in Zeiten eines starken Anstiegs der Zahl der Medizinstudenten und Ärzte sich charakteristische bildungspolitische Vorschläge und Reaktionsmuster - gleichsam Regeln des Krisenmanagements - formieren. Dies soll exemplarisch anhand der Überfüllungsdiskussion der Jahre 1797/98 deutlich gemacht werden.

2. Die Überfüllungsdiskussion der Jahre 1797/98

Die Zahl der Studenten an den deutschen Universitäten schwankte in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts zwischen

4000 und 4400, sie sank bis zur Jahrhundertwende auf unter 3000, wobei der Rückgang in nur 15 Jahren von 3700 im Jahr 1785 auf knapp über 2900 im Jahre 1800 besonders bemerkenswert ist (Eulenburg 1904, S.132). Kamen noch 1736/40 - bei aller Unsicherheit der Bevölkerungsstatistik - in Preußen etwa 1400 Einwohner auf einen Studenten, so vergrößerte sich dieser Wert auf 3800 für die Jahre 1801/05 (Jarusch 1981, S.23). Es war dies nicht zuletzt das Ergebnis staatlicher Regulierungspolitik: "Mit Erwägungen, wie man dem Zugang mangelhaft vorbereiteter junger Leute zur Universität ...wehren könne, hatte man sich im 18. Jahrhundert schon lange getragen" (Paulsen 1921, Bd. 2, S.94). Die zu Beginn des 18. Jahrhunderts "nach langer Stockung überall eintretende Überfüllung der Universitäten" (s.o.) bildete den Hintergrund für zahlreiche Edikte in verschiedenen Ländern, um vor allem den Kindern der niederen Stände die Gelüste zum Universitätsbesuch zu vergällen.

Das Problem

Trotz des scharfen Rückgangs der Gesamtzahl der Studenten finden wir gegen Ende des 18. Jahrhunderts warnende Veröffentlichungen über die wachsende Zahl der Mediziner. Zwischen 1777 und 1787 hatte es einen deutlichen Anstieg des Anteils der Medizinstudenten von etwa 7% auf rund 18% aller Studenten gegeben (Jarusch 1981, S.45). Eulenburg (1904, S.210) konstatiert für das Ende des 18. Jahrhunderts eine "Übersättigung" für die Medizin; er errechnet für den Anfang des 19. Jahrhunderts einen Medizineranteil von etwa 20% im Durchschnitt aller deutschen Universitäten. Im "Kaiserlich privilegierten Reichs-Anzeiger" beginnt 1797 mit dem Leitartikel von Hildebrandt (1764 - 1816), Professor der Medizin, Chemie und Physik in Erlangen, eine Diskussion über die "Ärzteschwemme".¹ Einen

Monat später äußert sich Böttiger zum gleichen Thema, 1798 greift Heusinger (1752 - 1820), Philologe und Gymnasialdirektor in Braunschweig, die Problematik erneut auf. Hildebrandt stellt fest: "Man bemerkt auf mehreren deutschen Akademien seit einigen Jahren, daß die Anzahl der Mediciner, und mithin auch schon in mehreren Städten, daß die Zahl der Aerzte unverhältnismäßig zugenommen hat" (Hildebrandt 1797, Sp.797).²

Die vor beinahe 200 Jahren geführte Debatte enthält zahlreiche Argumente, Positionen und Vorschläge, die uns in späteren Überfüllungsdiskussionen bis auf den heutigen Tag immer wieder begegnen werden. Sie seien deshalb etwas ausführlicher vorgestellt.

Die Ursachen

1. Die Unterschichten wollen nach oben; "die unteren Volksklassen" streben "nach Rang und Ansehen" (Heusinger 1798, S.33). Das beschwerliche Leben der Eltern soll den Kindern erspart bleiben. Die Oberschichten aber wollen nicht nach unten; wenn die Eltern "studiert sind", müssen auch die Kinder - nur die männlichen selbstredend - zur Universität.
2. Der Schulunterricht ist für die "Studiensucht" verantwortlich. Das Bücherwissen zählt, das Handwerk, die praktischen Kenntnisse gelten als zweitrangig. Das eingefleischte Vorurteil der meisten Lehrer wird kritisiert, "daß ein Knabe von Talenten nothwendiger Weise studieren müsse" (Heusinger 1798, S.33).
3. Der Zudrang zur Medizin wird als Ergebnis der Überfüllung in den anderen akademischen Berufen (Theologie, Jura) gesehen, nicht als Ausdruck gewachsenen Interesses der studierwilligen Jugend. Bei der Wahl des Studienfaches dominieren materielle Motive. Es fällt der Begriff von der "Medizin als Modestudium" (Böttiger 1797, Sp. 989).

Die beklagten Folgen

1. Viele Ungeeignete wollen Arzt werden. Die Vorkenntnisse vieler Studienanfänger seien so mangelhaft, daß sie "beständig Stümper bleiben" werden (Hildebrandt 1797, Sp.798). Philosophie und Mathematik seien so manchem jungen Arzt kaum dem Namen nach bekannt, die Kenntnisse in für die Medizin so eminent wichtigen Latein ließen im Vergleich zu früher entschieden zu wünschen übrig. Auch die Verachtung des "Brotstudiums" schwingt schon mit. Wer ungenügend vorbereitet auf die Universität kommt, habe eben seine liebe Mühe bereits damit, sich das zum Bestehen der Prüfungen notwendigste Wissen anzueignen.

2. "Die Menge schwächt das Einkommen" (Heusinger 1798, S.32f.). Die junge Generation ist die Konkurrenz von morgen. Sinkende Einkommen zögen marktschreierisches Gehabe, gar Scharlatanerie - "Praxis-Jäger" - bei einem Teil der Ärzte nach sich. Es werde versucht, mit zweifelhaften Methoden Geld zu verdienen. Zu viele Ärzte seien also eine Gefahr für die Patienten.

3. Zu viele Ärzte seien auch für die Medizin als Wissenschaft schädlich; sie würden "durch die heterogensten Motive zu öffentlicher Theilnahme an dem allgemeinen Ideenumsatz gebracht" (Heusinger 1798, S.33). Es werde publiziert, um sich beim Publikum bekannt zu machen und Einkünfte zu erzielen und nicht, um wissenschaftliche Erkenntnisse zu verbreiten. Qualität werde durch Quantität ersetzt.

Die Änderungsvorschläge

1. Die "Studiersucht" der Unter- und Mittelschichten wird als Bedrohung empfunden und soll daher eingedämmt werden. Abhilfe wird durch Eingreifen der staatlichen Obrigkeit erwartet: "die Staatspolizey jedes gut eingerichteten Staates" solle Anstalten treffen, "daß nicht mehr so viele...junge Leute Medicin studieren" (Hildebrandt 1797, Sp.798).

2. Abschreckend wirken sollen schärfere Prüfungen, und zwar sowohl vor Studienbeginn ("die Ankömmlinge sogleich einer strengen Prüfung...unterwerfen", Böttiger 1797, Sp.990) als auch bei Studienende; es seien "sehr strenge Prüfungen der Candidaten anzustellen" (Hildebrandt 1797, Sp.798): "Ernstlichere und schärfere Prüfungen müßten vortreffliche Dienste leisten" (Heusinger 1798, S.35). Die Prüfungen sollten "bei offenen Thüren" (Hildebrandt 1797, Sp.798) stattfinden; die medizinischen Fakultäten seien überdies für grobe therapeutische Fehler ihrer Absolventen verantwortlich zu machen. Auf die abschreckende Wirkung derartiger Prüfungen wird allerdings nur in zweiter Linie gesetzt. Das erwünschte Durchgreifen wird den Prüfern, sowohl den Lehrern in der Schule als auch den Universitätsprofessoren, nicht zugetraut.³

3. Grundsätzliche Abhilfe wird von der Entwicklung attraktiver Karrierealternativen durch Schaffung bzw. Ausbau der sog. Bürger-, Industrie- oder Realschule erwartet, die nach Möglichkeit das studierwillige Jungvolk in nichtakademische, handwerkliche, "reale" Berufe kanalisieren sollen. Fehlgeleitete, irreführende Begabungen gingen ihrer eigentlichen Bestimmung entgegen: "Wir werden mehr glückliche Menschen um uns sehen" (Heusinger 1798, S.37).

Aus heutiger Sicht bemerkenswert ist auch, was nicht bemängelt wird. Kritik an Struktur und Inhalten des Medizinstudiums fehlt. So findet sich etwa der in späteren Debatten bis auf den heutigen Tag mit ermüdender Regelmäßigkeit wiederkehrende Hinweis auf den mangelhaften Praxisbezug des Universitätsstudiums hier nicht. Am Rande sei vermerkt, daß Ende des 18. Jahrhunderts durchaus nicht mit Kritik an der Qualität der medizinischen Ausbildung - gerade auch seitens hervorragender Ärzte und Gelehrter - gespart wurde. Zu den schärfsten Zungen

gehörte J.P.Frank, der 1784 gegen die frisch approbierten Ärzte Maßnahmen forderte "als wider den Zug der Heuschrecken" (zit. nach Wenig 1969, S. 41). Frank hatte schon 1779 erklärt, die Hälfte der Hochschulen sei "so ausgeartet, daß sie wie die Tuchfabriken jährlich eine gewisse Anzahl von Stücken liefern, die bei den Ärzten oft noch schlechter als das geringste Zeug ausfallen".⁴ Das Medizinstudium befand sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts bereits in einer Art Dauerdebatte und -kritik, die auch zu erheblichen Umgestaltungen führte (Frank 1817).⁵

Übersicht 1 faßt das bildungspolitische Argumentationsmuster, das die Debatte von 1797/98 durchzieht, zusammen. Es enthält ein Grundgerüst, das in späteren Diskussions- und Entscheidungsprozessen - wenngleich ergänzt um weitere Komponenten - immer wieder auftaucht.

3. Mangel und Überfüllung im 19. und 20. Jahrhundert

3.1 Die einzelnen Zyklen

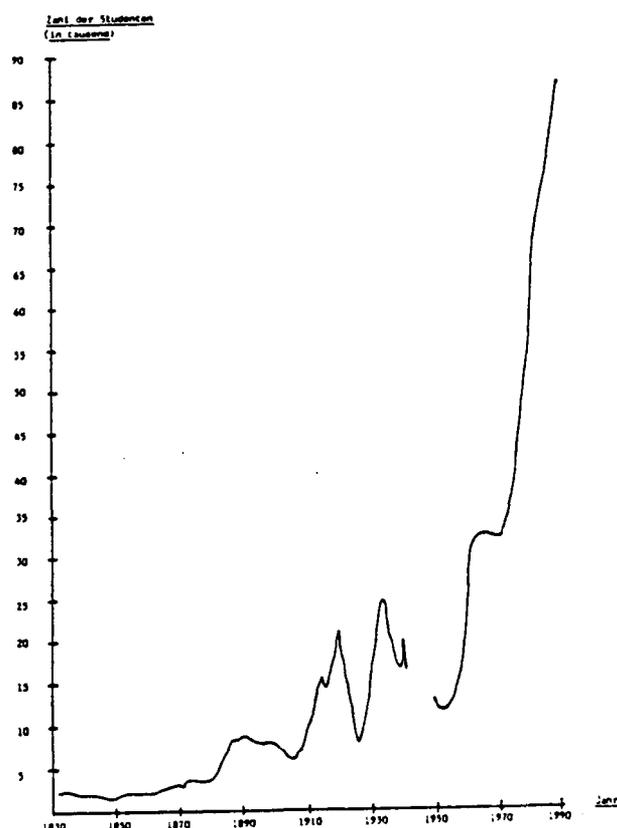
Die Entwicklung der letzten 200 Jahre zeigt, daß Zeiten des Ärztemangels und des Überschusses einander abwechselten. Entsprechend war periodisch von zu wenig

Übersicht 1.: Das Argumentationsmuster in der Überfüllungsdiskussion der Jahre 1797/98

Ursachen	Folgen	Vorschläge
Wunsch nach sozialem Aufstieg	Studierunfähigkeit, krasse Studiendefizite	Drosselung des Zugangs
Fehlgeleitete Schulpolitik	Patientenversorgung leidet	Schärfere Prüfungen
Überlauftendenz aus überfüllten Studiengängen	medizinische Wissenschaft nimmt Schaden	Schaffung von Alternativen zum Studium
Materielle Studienmotivation	Überfüllung des Berufs, Einkommensverluste	

gen oder zu vielen Medizinstudenten die Rede. Die historisch-empirische Bildungsforschung hat dies für Preußen und das Deutsche Reich für die Zeit von 1820 - 1944 hervorragend dokumentiert (Titze 1984, 1987). Titze (1984) hat für den Zeitraum vom Vormärz bis zum 2. Weltkrieg fünf Zyklen herausgearbeitet. Während die beiden ersten - von 1830 bis 1848 und von 1848 bis Mitte der 70er Jahre - im langfristigen Trend kaum sichtbar werden (Abb. 1), ist die dritte Welle bereits deutlich erkennbar (etwa ab 1875 bis 1905). Mit ihr kommt es in den 90er Jahren erstmals zu einem "Ungleichgewicht auf dem ärztlichen Arbeitsmarkt" (Titze 1984, S. 105f.). Der vierte Zyklus - 1905 bis 1925 - bringt nach dem 1. Weltkrieg eine z.T. erhebliche Überfüllung im Arztberuf mit sich. Der fünfte Zyklus endet etwa 1940.

Abb. 1: Die Studierenden der Medizin an den deutschen Universitäten seit 1830*



* Nachkriegszahlen nur für die Bundesrepublik Deutschland
Quellen: Beske 1960, Statistisches Bundesamt, Titze 1987

nachdem die Ärzteschaft durch die großenteils bereitwillige Integration in das "Dritte Reich" und die Vertreibung jüdischer Ärzte aus ihren Ämtern in vielfältiger Weise vom Nationalsozialismus profitiert hatte (van den Bussche 1989). Ende der 40er Jahre hat es erneut in größerem Umfang ärztliche Arbeitslosigkeit gegeben. Vor allem unter den jüngeren, in den Kriegsjahren ausgebildeten Ärzten sowie unter den aus den östlichen Gebieten abgewanderten und vertriebenen Ärzte war dies der Fall. Diese Arbeitslosigkeit verlor sich erst mit dem Wirtschaftsaufschwung der 50er Jahre. Seither stehen wir vor einem historisch neuen Phänomen; die sechste Welle hätte erwartungsgemäß um 1970 ihren Wendepunkt erreichen und abfallen müssen. Tatsächlich ist dieser Wendepunkt erkennbar, kurz danach tritt jedoch ein steiler, bislang nicht gekannter Anstieg auf, der erst in jüngster Zeit abflaut.

3.2 Änderungen der staatlichen Prüfungs-/Approbationsordnungen

In den letzten 175 Jahren hat es mehrfach umfangreiche, tiefgreifende Veränderungen der staatlichen Studien- und Prüfungsordnungen in der Medizin gegeben. Sieht man von der Zeit des Nationalsozialismus ab - als die Zahl der Medizinstudenten zur Kriegsvorbereitung bewußt auf einem hohen Niveau gehalten bzw. noch erhöht wurde - hat es in der Hochphase eines jeden Zyklus ein Argumentationsmuster gegeben, das dem von 1797/98 im Grundsatz ähnlich war. Für das Ende des 19. Jahrhunderts ist dies von Huerkamp (1985) detailliert nachgezeichnet worden. Die Kombination "Drosselung des Zugangs" und "schärfere Prüfungen", verbunden mit erhöhten Studienanforderungen und einer verlängerten Studienzeit, sollte jeweils Abhilfe schaffen. Dies gilt auch für viele der zahlreichen Änderungen der Bestallungs-

und Approbationsordnungen im 20. Jahrhundert. Umgekehrt waren Zeiten eines politisch oder auch öffentlich definierten Ärztemangels verbunden mit einer Verkürzung der Studienzeiten und z.T. auch mit einer Verringerung der Prüfungsanforderungen (1939 und 1970).

Ist ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Änderung der Prüfungsordnungen und dem Absinken der Studentenzahlen nachweisbar? Betrachtet man die größeren Veränderungen der staatlichen Prüfungs-/Approbationsordnungen (siehe Tab. 1), so ist aus der Entwicklung der Studentenzahlen in den Jahren vor und nach der geänderten Ausbildungsordnung nicht erkennbar, daß den staatlichen Steuerungsmaßnahmen in Preußen und im Deutschen Reich Erfolg beschieden war. Nach 1825 steigen die Studentenzahlen weiter an, gleichfalls nach 1871, 1883, 1924/27 und 1932. Dem kurzfristigen Absinken nach 1901 und 1918/19 folgt bald ein umso deutlicher Anstieg. Für die Bundesrepublik herrscht, völlig unabhängig von Änderungen der Ausbildungsordnung, ein kontinuierlicher, teils steiler Anstieg der Studentenzahl vor, ausgenommen die Jahre um 1970, als die Zahl geringfügig sinkt, um danach um so beeindruckender hochzuschleunigen. Änderungen in der Gestaltung des Studiums (Verlängerung oder Verkürzung der Studienzeit, neue Studieninhalte) und der Prüfungen (zusätzliche Fächer, Teilung von Prüfungsabschnitten, neue Prüfungsformen) haben offenbar keinen Einfluß auf die Steuerung der Studentenströme. Die Wiederkehr von Überfüllung und Mangel ist von bemerkenswerter Eigendynamik, Zweifel an der politischen Steuerbarkeit der Prozesse sind nur zu berechtigt (Titze 1984, S. 109).

4. Schlußbetrachtungen

In jeder Überfüllungsphase gab es selbstverständlich Bemühungen von staat-

Tab. 1: Änderungen der Prüfungs-/Approbationsordnungen, Zahl der Medizinstudenten und Ärzte in Deutschland seit 1825

Jahr	Änderungen der Prüfungs-/Bestallungs-/Approbationsordnungen	Zahl der Medizinstudenten	Anteil Hochschulstudenten	Berufstätige Ärzte	Einwohner pro Arzt		
1825 ¹⁾	Verlängerung des Studiums von 3 auf 4 Jahre; Verschärfung der Prüfungsbestimmungen; Einführung des Tentamen philosophicum;	1820	629	20,0	1820 ⁵⁾	4 423	2 877
		1825	697	13,5	1837	4 736	2 972
		1835	877	17,6	1861	6 024	3 067
1861	Ersetzung des Philosophicum durch das Physicum Neuordnung von Studium und Prüfungen; Wegfall d. Promotion als Voraussetzung d. Zulassung zum Staatsexamen; Staatsexamen nicht mehr nur bei Berliner Prüfungskommission allein, sondern vor örtlichen Kommissionen	1860	2 108	17,7	1867	6 128	3 209
1869/ 71 ²⁾		1870	3 140	22,2	1876 ⁶⁾	13 728	3 112
		1880	4 017	19,1			
1883		1883	6 118	24,4	1885	15 764	2 980
	Verlängerung des Studiums von 8 auf 9 Semester; zusätzliche Prüfungsfächer bei Vorprüfung u. Staatsexamen; Streichung d. mündl. Schlußprüf. b. Staatsexamen; endgült. Wegfall des Praktischen Jahres f. d. süddeutschen Universitäten	1890	8 724	30,2	1891	19 630	2 540
		1900	7 415	21,9	1900	27 374	2 060
1901		1905	5 827	14,3	1905	31 041	1 950
	Verlängerung d. Studiums auf 10 Sem.; Einführung zusätzlicher Kurse, Praktika u. Pflichtvorlesungen in Vorklinik u. Klinik; Verlängerung d. Ausbildungszeit durch Einführung d. Prakt. Jahres im Anschluß a. d. Studium	1910	10 327	19,5	1909	30 558	2 080
1918/19		1920	19 122	22,1			
1924		1925	7 758	13,0	1924	40 139	1 570
1927	Verlängerung des Studiums auf 11 Semester	1930	18 088	18,2	1930	47 527	1 370
1932		1935	19 974	35,0	1935	47 624	1 400
1939	Teilung d. Vorprüfung in einen naturwissenschaftl. u. anat.-physiolog. Abschnitt Binf. eines 6-monat. (später 4-monat.) Krankenpflegedienstes u. einer 6-monat. Famulatur; zahlreiche neue Kurse, Praktika und Pflichtvorlesungen; Aufhebung der geteilten Vorprüfung; Verkürzung d. Studiums auf 10 Sem. (1938); Abschaffung d. Prakt. Jahres	1940 ³⁾	18 414	51,0	1939	47 832	1 450
		1950/51	13 505	12,1	1950	68 135	735
1953 ⁴⁾		1953/54	10 720	9,3	1953	69 411	730
	Verkürzung v. Krankenpflegedienst (8 Mo.) u. Famulatur (3 Mon.); Wiedereinf. d. geteilt. Vorprüfung; 2 J. Medizinalassistentenzeit nach d. Studium	1955/56	12 503	9,9	1956	74 942	711
		1960/61	26 026	10,5	1960	82 678	675
1970		1965/66	33 688	10,9	1965	92 414	642
	Aufhebung d. geteilt. Vorprüf.; Verkürzung d. Famulatur auf 2 Mon. (1978 Verläng. auf 4 Mon.); Verkürzung d. Studiums auf 6 Jahre; Wiedereinf. d. Prakt. Jahres als Teil d. Studiums; mehrere neue Kurse u. Praktika; neues Prüf.system (Dreiteilung d. ärztl. Prüf., fast ausschl. Multiple-Choice-Prüfungen)	1970/71	33 099	7,9	1970 ⁷⁾	99 440	614
		1975/76	43 260	6,2	1975	118 000	522
		1980/81	68 773	8,2	1980	139 452	442
1985	Einführung zusätzl. mündl. Prüfungen; Einführung des Arztes im Praktikum im Anschluß an das Studium (Dauer: 18 Monate)	1985/86	84 063	8,1	1985	160 902	379
		1988/89	86 812	7,6	1988	177 001	346

1) Preußen 2) Deutsches Reich 3) Mittelwert der Trimester 1 - 3 des Jahres 1940 4) Bundesrepublik 5) Zahlen für Preußen incl. Mundärzten
6) Zahlen für Deutsches Reich und Bundesrepublik (bis 1965) aus Koller 7) Zahlen ab 1970 Bundesärztekammer 1989 Quellen: Beske 1960, Bundesärztekammer 1989, Pühr 1989, Huerkamp 1985, Koller 1970, Sachverständigenrat 1989, Statistisches Bundesamt, Titze 1987, Wenig 1969

licher Seite, die Entwicklungen in den Griff zu bekommen (van den Bussche 1989, Huerkamp 1985, Titze 1984). Läßt man die Versuche bildungspolitischer und -administrativer Steuerung der Studentenzahlen in der Medizin Revue passieren, so beeindrucken sie durch ihre Erfolglosigkeit. Entweder bewirken sie gar nichts oder sie setzen so spät ein, daß sie allenfalls einen ohnehin wirksamen Trend verstärken.

Seit 1988 sind erneut - nach rund 10jähriger Debatte - gravierende Änderungen wirksam ("Arzt im Praktikum"), weitere werden vorbereitet. Den medizinischen Fachbereichen und Fakultäten soll jetzt sogar vorgeschrieben werden,

wieviele Studenten jeweils am einzelnen Patienten unterrichtet werden dürfen (BMJFFG 1989). In die Vorklinik sollen drei zusätzliche Pflichtseminare und zwei zusätzliche Pflichtpraktika aufgenommen werden, erstere hauptsächlich mit Kapazitätsmindernden Absichten. Wiederum wird versucht, durch Eingriffe in die Struktur der ärztlichen Ausbildung das Instrumentarium zur Senkung der Studentenzahlen zu schaffen. Auch diesmal ist unverkennbar, daß das Interesse der Studienbewerber am Medizinstudium bereits seit Jahren massiv sinkt, die Studentenzahlen pendeln sich - allerdings auf einem sehr hohen Niveau - allmählich ein. Wahrscheinlich würde ohne administrative

Eingriffe in den kommenden Jahren aufgrund der zunehmenden ärztlichen Arbeitslosigkeit die Studentenzahl ohnehin stark absinken.

Angesichts der historischen Erfahrungen muß mehr Augenmaß und Vorsicht bei jeder weiteren Änderung der Approbationsordnung verlangt werden. Es mag unpopulär sein, dies zu fordern, aber die drängenden Probleme der ärztlichen Arbeitslosigkeit sollten ohne dauernde hektische und unausgewogene Eingriffe in die Gestaltung des Medizinstudiums gelöst werden. Es ist sehr zu hoffen, daß auf der Grundlage der Vorschläge des Murrhardter Kreises die beim Wissenschaftsrat und beim Bundesgesundheitsministerium gebildeten Sachverständigenkommissionen Konzepte für eine inhaltliche und strukturelle Modernisierung unseres Medizinstudiums erarbeiten, die dann auch politisch umgesetzt werden.

Anmerkungen

1. Hildebrandt persönlich scheint sich trotz seiner frühen Warnungen gesundheitlich im Unterricht übernommen zu haben. Er "starb in Folge der mit seiner ausgedehnten Lehrthätigkeit verbundenen Anstrengungen schon in dem relativ frühen Alter von 52 Jahren" (Hirsch 1931, S. 220).
2. Es handelt sich allerdings nicht um die erste Diskussion über die "Ärztenschwemme" im deutschen Raum. Dieppen (1959) verweist auf Wünsche "nach einem numerus clausus, die auch schon im 15. und 17. Jahrhundert gelegentlich laut wurden" (S.82).
3. 1725 bereits hatte der preußische Staat durch das "Allgemeine und neu eingeschärfte Medizinal-Edikt und Verordnung vom 27. September" den medizinischen Fakultäten das Recht zur Erteilung der Approbation genommen. Nicht zuletzt die laxen Prüfungspraxis sowie die Käuflichkeit der Dissertationen hatten zu diesem staatlichen Eingriff geführt. Die hohen Promotionsgebühren waren für die kärglich besoldeten Professoren - die vor allem in kleinen Universitäten Studenten in Pension nahmen, ja sogar Schankwirtschaften betrieben, zumal ihnen oft die Privatpraxis nicht offenstand bzw. die Universitätsprofessoren den praktizierenden Ärzten nicht vorgezogen wurden (vgl. Baas 1896, S.337) - eine wesentliche Einkommensquelle geworden, auf die nur ungern verzichtet wurde. Es kam auch noch gegen Ende des 18. Jahrhunderts durchaus vor, daß Personen promoviert wurden, die niemals eine Universität betreten hatten: "Die Fakultät in Halle mußte sich 1774 vorhalten lassen, es seien von Kriminaldepartement Obduktionsatteste eingegangen, die "von Fahrtschmieden" ausgestellt zu sein schienen - es habe sich aber erwiesen, daß die Fakultät diese Leute "mit dem privilegio des Mordens ausgerüstet habe". Ausdrücklich verteidigte die Hallesche Fakultät noch 1788 ihr Verfahren, die Kandidaten nicht zur Selbstanfertigung der Dissertationen anzuhalten - sie könnten sonst anderswo hingehen! 1795 wurde den preußischen Fakultäten schließlich angedroht, sie mußten die Gebühren wieder herausgeben, wenn sie weiter so freigiebig mit der Doktorwürde umgingen" (Eulner 1970, S.185). Puschmann (1889, S.363) verweist darauf, daß die Dissertationen "von gelehrten Lieferanten, welche die Anfertigung derartiger Arbeiten gewerbmässig betrieben, zu bestimmten Preisen gekauft werden" konnten (vgl. dazu auch Pi-

scher 1876, S.87ff., Baas 1896, S.337 und Wenig 1969, S.40ff.).

4. zit. nach Fischer 1933, Bd.2, S.54; zu den wegweisenden Konzepten Franks sowie zur Verwirklichung seiner Ideen und Vorschläge für die Verbesserung des medizinischen Unterrichts vergleiche Lesky 1955.
5. Das preußische Medizinaledikt von 1725 blieb im wesentlichen bis zum Ende des 18. Jahrhunderts gültig, 1798 erfuhr es durch die "Verordnung, wie es künftig mit der Prüfung angehender Ärzte, Wundärzte und Apotheker gehalten werden soll", eine Präzisierung der einzelnen Prüfungsabschnitte sowie die Einfügung eines klinisch-praktischen Kurses in das Examen. Hatten die Medizinstudenten die Fakultätsklausuren bestanden, mußten sie das Staatsexamen in Berlin vor der Ober-Examinations-Kommission ablegen. Diese Prüfung bestand aus drei Teilen, dem anatomischen Kursus, dem klinischen Kursus und der öffentlichen Prüfung, wobei allein der Cursus clinicus, der auch die selbständige Behandlung von Kranken beinhaltete, vier Wochen dauerte und in der Charité stattfand. Damit wurde erstmals ein praktischer Prüfungsteil in die gesetzlichen Bestimmungen aufgenommen. Das gesamte Examen sollte 8 bis 10 Wochen dauern, eine Zeit, die allerdings häufig überschritten wurde. In der Aufnahme des Cursus clinicus in die Prüfungsbestimmungen spiegelte sich die wachsende Bedeutung des klinischen Unterrichts - der Ausbildung am Krankenbett im Hospital - für die ärztliche Ausbildung. Der klinische Unterricht, dem Boerhaave in Leyden zwischen 1715 und 1730 zum Durchbruch verholfen hatte, war von vielen seiner begeisterten Schüler in andere europäische Universitäten getragen worden. Als erste deutsche Universität erhielt Wien 1753 durch van Swieten, den Leibarzt Maria Theresias, eine Klinik für den studentischen Unterricht, es folgten Erlangen im Jahre 1779, Göttingen 1781, Kiel 1788, Jena und Tübingen im letzten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts" (Heischkel 1939, S.1268). Gegen Ende des 18. Jahrhunderts konnten Universitäten, die weder ein akademisches Hospital - mit allerdings nur wenig Betten - besaßen noch eine "Krankenbesuchsanstalt" in Form einer studentischen Begleitung des akademischen Lehrers bei Hausbesuchen anboten, "bereits als rückständig gelten" (Eulner 1970, S.185).

Literatur

- Baas, J.H. 1896: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes und der medicinischen Wissenschaften. Berlin.
- Beske, F. 1960: Der ärztliche Nachwuchs. Die Medizinstudierenden von 1947 - 1959. Köln, Berlin
- Böttiger, C.A. 1797: Wie kann der zunehmenden Menge von Medicinern auf Universitäten abgeholfen werden. In: Kaiserlich privilegirter Reichs-Anzeiger, Bd. 1, Sp. 989-991
- Bundesärztekammer 1989: Tätigkeitsbericht '89. Köln
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1989: Entwurf einer Siebenten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (Stand: 6. Juni 1989). Bonn
- Bussche, H. van den 1989: Im Dienste der "Volksgemeinschaft". Studienreform im Nationalsozialismus am Beispiel der ärztlichen Ausbildung. Berlin, Hamburg
- Clade, H. 1989: Gemeinsame Anstrengungen zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt 86, S. C-946-950
- Dieppen, P. 1959: Geschichte der Medizin. II. Band, 1. Hälfte. Berlin

Eulenburg, F. 1904: Die Frequenz der deutschen Universitäten von ihrer Gründung bis zur Gegenwart. Leipzig

Eulner, H.-H. 1968: Historische Aspekte zu aktuellen Fragen des Medizinstudiums. In: Medizinhistorisches Journal 3, S. 180-194

Eulner, H.H. 1970: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart

Fischer, A. 1933: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. 2 Bände. Berlin

Fischer, G. 1876: Chirurgie vor 100 Jahren. Leipzig

Frank, J.P. 1817: System einer vollständigen medicinischen Polizey. Sechster Band. 1. Teil. Von der Heilkunst und den medicinischen Lehranstalten im Allgemeinen. Wien.

Führ, Chr. 1989: Schulen und Hochschulen in der Bundesrepublik Deutschland. Köln, Wien

Heischkel, E. 1939: Die Entwicklung des medizinischen Unterrichts. In: Med. Welt, 13, S. 1238-1241, 1267-1269

Heusinger, D.J.H.G. 1798: Ein Wort über die zunehmende Menge der Mediciner auf unsern Universitäten. In: Allg. Jahrbuch der Universitäten, Gymnasien, Lyceen und anderer gelehrten Bildungsanstalten in und außer Teutschland, Heft 1, S. 32-37

Hildebrandt, F. 1797: Ein Wort über die zunehmende Menge der Mediciner auf unsern Academien. In: Kaiserlich privilegirter Reichs-Anzeiger, Bd. 1, Sp. 797-799

Hirsch, A. 1931: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. 2. Aufl., Bd. 3, Berlin, Wien 1931

Huerkamp, C. 1985: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Göttingen

Jaraus, K.H. 1981: Die neuhumanistische Universität und die bürgerliche Gesellschaft 1800 - 1870. In: Probst, C. (Hrsg.): Darstellungen und Quellen zur Geschichte der deutschen Einheitsbewegung 11. Bd., Heidelberg 1981, S. 11-57

Koller, S. u. Mitarb. 1970: Zahl, Struktur und Nachwuchsbedarf der Ärzte. Bonn

Lesky, E. 1955: Johann Peter Frank als Organisator des medizinischen Unterrichts. In: Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 39, S. 1-29

Paulsen, F. 1921: Geschichte des gelehrten Unterrichts. Berlin

Puschmann, Th. 1989: Geschichte des medizinischen Unterrichts von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Leipzig

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1989: Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1989. Baden-Baden

Titze, H. 1984: Die zyklische Überproduktion von Akademikern im 19. und 20. Jahrhundert. Geschichte und Gesellschaft 10, S. 92-121

Titze, H. u. Mitarb. 1987: Datenhandbuch zur deutschen Bildungsgeschichte. Band I: Hochschulen. 1. Teil: Das Hochschulstudium in Preußen und Deutschland 1820 - 1944. Göttingen

Wenig, H.G. 1969: Medizinische Ausbildung im 19. Jahrhundert. Med. Diss. Bonn

Dr. Reinhard Lohöler
Didaktik der Medizin
Fachbereich Humanmedizin
Theodor-Stern-Kai 7
D 6000 Frankfurt a. M. 70