

PREPRINT

**Modell Amerika? Amerikanische Vorbilder in Klinik und Forschung,
untersucht am Beispiel des Kerckhoff-Institutes in Bad Nauheim**

Carsten Timmermann

Centre for the History of Science, Technology and Medicine

University of Manchester

Simon Building

Manchester M13 9PL

carsten.timmermann@manchester.ac.uk

Carsten Timmermann

Modell Amerika? Amerikanische Vorbilder in Klinik und Forschung, untersucht am Beispiel des Kerckhoff-Institutes in Bad Nauheim

Summary: This essay examines how and why American models were applied in the reorganization of West German hospitals and medical research centers in the post-war period. After discussing why American clinical medical centers turned into model institutions over the last century or so, a case study is discussed in some detail: the Kerckhoff Institute for cardiovascular research in Bad Nauheim, since 1951 an institute within the Max Planck Society with its own research clinic (which was unusual for Max Planck Institutes). The history of this institution illustrates which local and specific considerations drove historical actors to embrace American models. German academic and administrative realities, however, imposed tight constraints on the implementation of US institutional models.

Keywords: Americanization – Clinical Research – Academic Medical Center – Kerckhoff Institute and Clinic

Zusammenfassung: Dieser Aufsatz untersucht, inwieweit in der Nachkriegszeit amerikanische Organisationsmodelle in westdeutschen Kliniken und medizinischen Forschungseinrichtungen Anwendung fanden und aufgrund welcher Motivationen amerikanische Vorbilder gewählt wurden. Zunächst wird diskutiert, wie und warum Forschungskliniken in den USA ihren Vorbildcharakter erwarben. Als Fallstudie dient dann das Kerckhoff-Institut in Bad Nauheim mit seiner Klinik. Es wird gezeigt, wie sich organisatorische Erwägungen vermischten mit Versuchen, durch Verweise auf amerikanische Vorbilder eine neue Identität zu stiften – unbelastet von der NS-Vergangenheit sowie von organisatorischen und strukturellen Zwängen, die durch die Einbindung dieser Institution in deutsche akademische und administrative Zusammenhänge bedingt waren.

Schlüsselwörter: Amerikanisierung – klinische Forschung – Academic Medical Center – Kerckhoff-Institut und -Klinik

„Fürchten sie nicht, daß wir hier in Nauheim amerikanische oder englische Verhältnisse einfach kopieren wollen!“, beruhigte der Direktor des Kerckhoff-Herzforschungsinstituts der Max-Planck-Gesellschaft seine Zuhörer in einer Rede anlässlich der Einweihung der Kerckhoff-Klinik am 8. Juni 1956. „Wir sollten jedoch auch keine Angst davor haben, das Bessere dem Guten vorzuziehen, auch wenn das Bessere aus den angelsächsischen Ländern kommt.“¹ In diesem Aufsatz soll der Versuch unternommen werden, anhand des Kerckhoff-Institutes und der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim schlaglichtartig zu untersuchen, inwieweit und auf welche Weise in der bundesrepublikanischen Medizin der Nachkriegszeit amerikanische Organisationsmodelle Pate gestanden haben. Als eine ursprünglich private Stiftung, deren Mittel aus den Vereinigten Staaten kamen, war das Kerckhoff-Institut keineswegs repräsentativ für die medizinische Forschungslandschaft in Deutschland. Die Verbindungen nach Amerika, die nach der Währungsreform, dem Tode des Institutsgründers und der Einbindung in die Max-Planck-Gesellschaft in der Tat deutlich loser erschienen, wurden dennoch rhetorisch weiterhin beschworen. Aufgrund dieser komplexen Situation erscheint eine Untersuchung dieser Verbindungen und die Frage danach, was die Vereinigten Staaten in der medizinischen Forschung in der Nachkriegszeit zum Vorbild machte, lohnend.

Wie in anderen Bereichen auch, zeigt sich im Zusammenhang mit der hier behandelten Fallstudie, daß der herkömmliche, undifferenziert gebrauchte Begriff der Amerikanisierung nicht greift – verstanden als einseitige Überformung durch „Amerikanismen“. Dies sind nach Philipp Gasserts nützlicher Definition „Produkte, Institutionen, Normen, Werte, Gebräuche, Verhaltensweisen, Verfahrensnormen, aber auch Symbole [...], die vermeintlich oder tatsächlich aus den Vereinigten Staaten übernommen, auf jeden Fall aber als amerikanisch empfunden werden“.² Amerikanisierung war zwar

Ich danke den Mitarbeitern der Archive der Max-Planck-Gesellschaft und der Justus-Liebig-Universität Gießen für ihre freundliche Hilfe im Umgang mit relevanten Akten. Dem Herausgeber dieses Sonderheftes, sowie zwei anonymen Gutachtern und den Kommentatoren und Teilnehmern der Bonner Tagung bin ich ebenfalls zu Dank verpflichtet für viele nützliche Hinweise. Die Arbeit an diesem Projekt wurde durch eine Fellowship des Wellcome Trust unterstützt.

¹ Thauer, Rudolf: Bedeutung und Aufgaben der Nauheimer Forschungsinstitute. In: Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim: Reden anlässlich der Einweihungsfeier 8. Juni 1956. Broschüre, nicht datiert, 5-14, S. 9. Eingesehen im Archiv der Max-Planck-Gesellschaft.

² Gassert, Philipp: Amerikanismus, Antiamerikanismus, Amerikanisierung. Archiv für Sozialgeschichte 39 (1999), 531-561, S. 532. Siehe auch Doering-Manteuffel, Anselm: Wie westlich sind die Deutschen?

schon lange vor dem Krieg ein großes Thema und amerikanische Modelle wurden sowohl für Entwicklungen verantwortlich gemacht, die man als negativ empfand, als auch für solche bemüht, die man für erstrebenswert hielt. Viele dieser Entwicklungen waren aber „hausgemacht“, und auch wo dies nicht der Fall war, blieben die Ergebnisse derartiger Aneignungsprozesse erkennbar deutsch. Auch meine Fallstudie zeigt, wie das Modell Amerika dazu genutzt werden konnte, mit spezifischen Problemen umzugehen und zum Teil lokale Interessen zu bedienen. In Bad Nauheim, in einem Institut, das schon bei seiner Gründung amerikanisch geprägt (und finanziert) war, half der Bezug auf amerikanische Modelle in der Nachkriegszeit zum Beispiel auch dabei, die Jahre zwischen 1933 und 1945 zu verdrängen und die Konsequenzen der NS-Belastung der Gießener Medizinischen Fakultät zu überwinden.³ Akademische Strukturen und die Persistenz bildungsbürgerlicher Werte unter deutschen Wissenschaftlern – im Bürgertum hielten sich antiwestliche Einflüsse, die Doering-Manteuffel mit den „Ideen von 1914“ identifiziert, länger als in anderen Bevölkerungsschichten – verhinderten hier eine einfache Amerikanisierung.⁴ Vor allem gelang es Rückkehrern aus den Vereinigten Staaten nicht, in deutschen Institutionen die flachen Hierarchien und direkten Kollaborationen zwischen Klinikern und Grundlagenforschern zu etablieren, die sie dort kennen und schätzen gelernt hatten. Bevor wir uns der Fallstudien zuwenden, soll jedoch zunächst besprochen werden, wie sich die amerikanische Hochschulmedizin ihren Modellcharakter erwarb.

Gravitationszentren

In der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts stand Amerika stellvertretend für Moderne und Beschleunigung und galt als ein Modell der Rationalisierung, zu dem die

Amerikanisierung und Westernisierung im 20. Jahrhundert. Göttingen 1999; Jarausch, Konrad; Siegrist, Hannes (Hrsgg.). Amerikanisierung und Sowjetisierung in Deutschland 1945-1970. Frankfurt am Main 1997. In den vergangenen Jahren hat sich eine Reihe von weiteren Sammelbänden mit dem Thema Amerikanisierung in Deutschland beschäftigt. Einen nützlichen Überblick liefert Payk, Marcus M.: Sammelrezension: Amerikanisierung in Deutschland und Europa. H-Soz-u-Kult (14. Januar 2009), <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/rezensionen/2009-1-031>, besucht am 9. April 2009.

³ Vgl. Oehler-Klein, Siegrid (Hrsg.): Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: Personen und Institutionen, Umbrüche und Kontinuitäten. Stuttgart 2007. Siehe auch Oehler-Klein, Siegrid; Roelcke, Volker (Hrsgg.): Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945: Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus. Stuttgart 2007.

⁴ Doering Manteuffel: Wie westlich sind die Deutschen [wie Anm. 2]

Deutschen ein ambivalentes Verhältnis pflegten.⁵ In der Zeit nach 1945 verschwand diese Ambivalenz zwar nie ganz, aber die Wahrnehmung der Vereinigten Staaten war zunehmend oft positiv belegt, zumindest dort, wo es um technische Innovationen und organisatorische Reformen ging, vor allem in Bereichen, die in Europa als rückständig galten.⁶ In der medizinischen Forschung fiel dies zusammen mit einer beispiellosen Expansion des biomedizinischen Sektors in den USA. Deutsche Forscher konnten sich von der wachsenden amerikanischen Überlegenheit mit eigenen Augen überzeugen: Flüchtlinge, die während des Krieges in die USA gekommen waren und von denen einige, wie Samuel Mitja Rapoport oder Albert Wollenberger, der Kommunistenjagd der McCarthy-Zeit in die DDR entkamen⁷; oder solche Forscher, die wie Rudolf Thauer oder Otto Gauer für die deutschen Streitkräfte geforscht hatten, zu Beginn des kalten Krieges von amerikanischen Stellen angeworben worden waren und dann in der Regel in die Bundesrepublik zurückkehrten⁸; oder schließlich die jungen Wissenschaftler in der Bundesrepublik, für die ein Aufenthalt in den Vereinigten Staaten mit der Normalisierung der transatlantischen Beziehungen zunehmend ein notwendiger Karriereschritt wurde. Nicht nur für die (West-) Deutschen wurde Amerika zum Gravitationszentrum der medizinischen Forschung: Jean-Paul Gaudillière hat gezeigt, daß das Modell Amerika in der biomedizinischen Forschung auch im Frankreich der Nachkriegszeit eine zentrale Rolle gespielt hat.⁹

⁵ Nolan, Mary: *Visions of Modernity: American Business and the Modernization of Germany*. New York, Oxford 1994.

⁶ Trischler, Helmuth: Das bundesdeutsche Innovationssystem in den „langen 70er Jahren“: Antworten auf die „amerikanische Herausforderung“. In: Abele, Johannes; Barkleit, Gerhard; Hänseroth, Thomas (Hrsg.): *Innovationskulturen und Fortschrittserwartungen im geteilten Deutschland*. Köln 2001, 47-70.

⁷ Timmermann, Carsten: *Americans and Pavlovians: the Central Institute for Cardiovascular Research at the East German Academy of Sciences and its precursor institutions as a case study of biomedical research in a country of the Soviet Bloc (c. 1950-1980)*. In Loughlin, Kelly; Berridge, Virginia (Hrsg.): *Medicine, the Market and the Mass Media: Producing Health in the Twentieth Century*. London 2005, 244-265.

⁸ Hunt, Linda: *Secret Agenda: The United States Government, Nazi Scientists, and Project Paperclip, 1945 to 1990*. New York 1991. Klee, Ernst: *Das Personenlexikon zum Dritten Reich: Wer war was vor und nach 1945*. Frankfurt 2003, 174 (Gauer) und 621 (Thauer).

⁹ Gaudillière, Jean-Paul: *Paris-New York Roundtrip: Transatlantic Crossings and the Reconstruction of the Biological Sciences in Post-war France*. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 33 (2002), 389-417. Gaudillière, Jean-Paul: *Inventer la biomédecine: La France, L'Amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*. Paris 2002.

In den vergangenen zwei Jahrhunderten hat sich das Gravitationszentrum in der wissenschaftlichen Medizin mehrfach verschoben. In den Jahren nach der Französischen Revolution zog es Ärzte und Medizinstudenten aus Europa und Übersee nach Paris, wo in den großen Krankenhäusern die Teilnahme an Autopsien so einfach wie nie zuvor und an keinem anderen Ort war.¹⁰ Nach 1830 gravitierten junge Mediziner zunehmend in Richtung Berlin, wo die Physiologie und andere neue Laborwissenschaften ein integraler Teil des Medizinstudiums wurden. Der amerikanische Medizinhistoriker Thomas Bonner schätzt, daß fast die Hälfte der Mediziner, die zwischen 1870 und 1914 in den USA als prominent galten, Studienaufenthalte an deutschen Universitäten hinter sich hatten.¹¹

Die Mediziner Ausbildung in den Vereinigten Staaten befand sich derweil im Umbruch. Der Pädagoge Abraham Flexner verfasste im Auftrag des *Council on Medical Education* der über die Qualität der Mediziner Ausbildung zunehmend beunruhigten *American Medical Association* und der *Carnegie Foundation*, einen Report, in dem er 1910 die Mehrzahl der relativ kleinen, privaten *Medical Schools* als rückständig und unwissenschaftlich kritisierte.¹² Flexner stellte die junge *Johns Hopkins University School of Medicine* in Baltimore (gegründet 1893) als Modell-Institution neuen Typs dar, an dem sich andere medizinische Fakultäten orientierten sollten. Johns Hopkins hatte festangestellte Professoren: Die *big four*, William H. Welch, William Osler, William S. Halsted and Howard Kelly wurden für Lehre und Forschung voll bezahlt und mussten nicht, wie sonst im angelsächsischen Raum üblich, ehrenamtlich in der Lehre arbeiten und ihr Einkommen durch private Praxis bestreiten. Die Neugründung orientierte sich bewußt an deutschen Vorbildern, aber wie bei solchen Konzept-Transfers üblich, folgte sie dem Vorbild nicht vollständig, sondern entwickelte eigene Traditionen und Modelle. Johns Hopkins und die *medical schools*, die in den Jahren nach der Veröffentlichung des Flexner-Reports eröffnet wurden, waren der historische Nukleus des amerikanischen *Academic Medical Center*, das

¹⁰ Maulitz, Russell C.: *Morbid Appearances: The Anatomy of Pathology in the Early Nineteenth Century*. Cambridge 1987. Bonner, Thomas M.: *Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany, and the United States, 1750-1945*. New York, Oxford 1995.

¹¹ Bonner, Thomas M.: *American Doctors and German Universities: A Chapter in International Intellectual Relations, 1870-1914*. Lincoln 1963.

¹² Bonner, Thomas M.: *Iconoclast Abraham Flexner and a Life in Learning*. Baltimore, 2002.

im zwanzigsten Jahrhundert zum Vorbild für medizinische Forschungs- und Lehreinrichtungen auch außerhalb der USA wurde.¹³

Johns Hopkins stand zum Beispiel auch Modell für die Reform der *Medical School* des *University College London* nach dem ersten Weltkrieg, an der sich sowohl die *Rockefeller Foundation* als auch das neugegründete britische *Medical Research Council* (MRC) finanziell und inhaltlich beteiligten.¹⁴ Die Laborwissenschaften spielten bekanntlich eine zentrale Rolle in der weltweiten Strategie der *Rockefeller Foundation* zur Förderung der medizinischen Forschung und Ausbildung, an deren Ausarbeitung die Flexner-Brüder Abraham und Simon einen großen Anteil hatten.¹⁵ Für das MRC war dieses Engagement der Anfang einer breit angelegten Kampagne für die Reform der medizinischen Forschung in Großbritannien, mit dem Ziel, die Prinzipien der Laborwissenschaften, und speziell der Physiologie (kontrollierte Experimente, Quantifizierung, statistische Auswertung) zum Leitmodell auch der klinischen Forschung zu erheben. Über das MRC und anfangs mit Hilfe von Rockefeller-Zuschüssen finanzierte die britische Regierung so neue Forschungszentren (*units*) in existierenden Lehrkrankenhäusern und ein eigenes Forschungsinstitut im Norden Londons.¹⁶

Anders als in Deutschland, wo sowohl das Gesundheitswesen als auch die Förderung der Wissenschaft schon seit dem neunzehnten Jahrhundert als Aufgabe des Staates begriffen wurde, erhielten medizinische Forscher an amerikanischen Universitätskliniken vor dem Zweiten Weltkrieg nur wenig Geld von der Bundesregierung in Washington. Sie bestritten ihre Forschung vor allem mit Mitteln aus Zuwendungen von Stiftungen, reichen Gönnern oder Firmen. Der Umfang der Forschungstätigkeiten war überschaubar. Während des Krieges änderte sich dies, und die amerikanische Bundesregierung begann, vergleichsweise große Beträge an Universitätslabore zu zahlen,

¹³ Vgl. Ludmerer, Kenneth M.: *Time to Heal: American Medical Education From the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. New York, Oxford 1999.

¹⁴ Fisher, Donald: *The Rockefeller Foundation and the Development of Scientific Medicine in Great Britain*, *Minerva* 16 (1978), 20-41.

¹⁵ Vgl. Schneider, William H. (Hrsg.): *Rockefeller Philanthropy and Modern Biomedicine: International Initiatives from World War I to the Cold War*. Bloomington 2002.

¹⁶ Austoker, Joan; Bryder, Linda (Hrsgg.): *Historical Perspectives on the Role of the MRC*. Oxford 1989. Timmermann, Carsten: *Clinical Research in Postwar Britain: The role of the Medical Research Council*. In: Hannaway, Caroline (Hrsg.): *Biomedicine in the Twentieth Century: Practices, Policies, and Politics*. Amsterdam 2008, 231-254.

um die Wissenschaftler für kriegswichtige Forschungsprojekte zu gewinnen. Washington betrachtete diese Politik als so erfolgreich, daß sie auch nach Ende des Krieges fortgesetzt wurde. Gleichzeitig verschob sich der Schwerpunkt in der Forschung von den Infektionskrankheiten hin zu chronischen und degenerativen Problemen wie Krebs und Herz-Kreislaufkrankheiten. Weiterhin erhielten Universitätskliniken und -labore Bundesmittel, um Investitionen zu tätigen. Diese Mittel kamen meist in Form von *grants* aus dem *extramural program* der *National Institutes of Health* (NIH) in Bethesda (wörtlich: Forschungsmittel, die außerhalb der Mauern der NIH vergeben wurden).¹⁷ Die NIH-*grants* führten dazu, daß zum einen die Grundlagenforschung zunehmend als wichtiger angesehen wurde als die klinische Arbeit und zum anderen ein zunehmend größerer Anteil der biologischen Forschung als medizinisch klassifiziert wurde.¹⁸

In den 1960er Jahren erhielten die Universitäten eine weitere Finanzspritze aus Washington für den Betrieb ihrer Kliniken, jetzt aus dem *Medicare/Medicaid*-Programm, das eigentlich die medizinische Versorgung benachteiligter Bevölkerungsgruppen in den USA sichern sollte. In der *Medicare/Medicaid*-Gesetzgebung war aber auch festgeschrieben, daß die Bundesregierung eine direkte Verantwortung für die Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Medizinern trug. Die medizinischen Fakultäten profitierten von den Zuwendungen aus Washington, aber diese führten nicht nur zu einer beeindruckenden Expansion, sondern auch zu neuen Strukturen und letztlich Abhängigkeiten und Problemen, die zum Teil im Ausland kopiert wurden.¹⁹ Jean-Paul Gaudillière hat argumentiert, daß diese „Amerikanisierung“ an drei Bedingungen gekoppelt war: (1) der Identifizierung des biologischen Labors als zentralem Ort, an dem die Ursachen menschlicher Krankheit identifiziert werden konnten; (2) dem Beispiel der Antibiotika folgend, einer noch zentraleren Stellung der biologischen Forschung, da der Sieg über die wichtigsten Krankheiten als Frage der richtigen molekularen Waffen betrachtet wurde; und

¹⁷ Fox, Daniel M.: The Politics of the NIH Extramural Program, 1937-1950. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 42 (1987), 447-466. Swain, D.C.: The Rise of a Research Empire: NIH, 1930-1950. *Science* 138 (1962), 1233-1237.

¹⁸ Vor allem Synergien zwischen Zellbiologie und Krebsforschung erwiesen sich in dieser Hinsicht als produktiv. Vgl. Gaudillière: *Inventer la biomedicine* [wie Anm. 9].

¹⁹ Zu den Problemen siehe Korn, D.: Reengineering Academic Medical Centers: Reengineering Academic Values? *Academic Medicine* 71 (1996), 1033-43. Siehe auch Ludmerer: *Time to Heal* [wie Anm. 13].

(3) einer entscheidenden Rolle für den Staat, da der Sieg über diese Krankheiten eine Mobilisierung aller verfügbaren Mittel notwendig machte.²⁰

Ein Aufenthalt in den USA ist heute ein integraler Bestandteil der Karriere vieler europäischer Biowissenschaftler. Aber schon im Deutschland der unmittelbaren Nachkriegszeit waren Rückkehrer aus den USA, die am Wiederaufbau der medizinischen Forschung mitwirkten, beeindruckt von den Möglichkeiten, die ihren US-Kollegen in der florierenden US-Forschungslandschaft offenstanden. Einer dieser Forscher war Rudolf Thauer (1906-1986), der spätere Direktor des Kerckhoff-Instituts.

Der Physiologe Thauer hatte sein Medizinstudium 1932 absolviert und sich 1935 in Frankfurt am Main mit einer Arbeit zur Wärmeregulation habilitiert. 1939 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt, mit einer Stelle am Frankfurter Institut für animalische Physiologie. Wie sowohl Ernst Klee in seinem *Personenlexikon zum Dritten Reich* als auch die amerikanische Journalistin Linda Hunt in ihrem Buch zur *Operation Paperclip* dokumentieren, war Thauer Mitglied der NSDAP, der SS, der SA und fünf anderer NS-Organisationen und wurde von einer Entnazifizierungs-Spruchkammer deshalb nach dem Krieg zunächst als belastet eingestuft.²¹ Seit 1942 arbeitete er an einem DFG-Projekt über „Grundlagen und Bedingungen der Wärmeregulation“. 1942 war er einer der Teilnehmer an der Tagung „Seenot“, wo Ergebnisse von im Konzentrationslager Dachau durchgeführten Menschenversuchen diskutiert wurden.²² 1943 wurde er Direktor des physiologischen Institutes Danzig, wo er 1944 auch einen Lehrstuhl besetzte. 1945 wurde er nach einem kurzen Aufenthalt in Kiel im Rahmen der sogenannten *Operation Paperclip* vom *Bureau of Aeronautics* der US-Navy angeworben, wo seine Kenntnisse offenbar als potenziell nützlich

²⁰ Gaudillière: Paris-New York Roundtrip [wie Anm. 9], S. 413.

²¹ Vgl. Klee: *Personenlexikon zum Dritten Reich* [wie Anm. 8], S. 621; Hunt: *Secret Agenda* [wie Anm. 8], S. 99. *Operation Paperclip* war der Deckname eines geheimen Programmes der amerikanischen Streitkräfte, das dem Zweck diente, militärisch nutzbare Erkenntnisse deutscher Wissenschaftler und Ingenieure zu identifizieren, Forschern in den USA zugänglich zu machen und dem möglichen Zugriff der Sowietunion zu entziehen. Zu den Wissenschaftlern, die im Rahmen der „Operation Büroklammer“ nach Amerika kamen, gehörten auch Wernher von Braun und viele seiner Kollegen, die an der Entwicklung der deutschen V1- und V2-Raketen mitgewirkt hatten und nach dem Krieg maßgeblich am amerikanischen Raketenprogramm beteiligt waren.

²² Vgl. Klee, E.: *Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer*. Frankfurt 1997, S. 235-243. Zur Debatte über Thauers nicht erwiesene Beteiligung an Menschenversuchen, siehe auch Schlette, M.: „Beweise für Thauers Unschuld mangelhaft!“ *Lagergemeinschaft Auschwitz fordert neue parlamentarische Anfrage*. Bürgermeister Rohde wiegelt weiter ab. *Frankfurter Rundschau, Wetterau-Ausgabe* (28. November 2003).

angesehen wurden.²³ Eine Spruchkammer stufte ihn vom Belasteten zum Mitläufer herunter. Vier Jahre lang arbeitete er als Forscher in einem Navy-Labor in Philadelphia. Am 31. Oktober 1950 erhielt er von der Kerckhoff-Stiftung einen Ruf als stellvertretender Direktor des Institutes für Herz-Kreislauf-Forschung in Bad Nauheim, und am 13. Dezember des selben Jahres wurde er vom Hessischen Kultusminister zum Ordinarius und Direktor des Physiologischen Institutes Gießen ernannt. Am 10. Dezember 1951 wurde er Direktor des Kerckhoff-Institutes, das im gleichen Jahr ein Institut der Max-Planck-Gesellschaft wurde.²⁴ Von 1953 bis 1976 war Thauer Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Herz-Kreislaufforschung, die seit 1936 ihren Sitz am Kerckhoff-Institut hatte.²⁵

Amerikanische Verhältnisse in Bad Nauheim

Amerikanisches Geld, wenn nicht amerikanische Organisationsmodelle, spielten am Kerckhoff-Institut schon seit dessen Gründung eine wichtige Rolle. Das Institut wurde nicht aus Staatsmitteln, sondern mit Geldern der „William G. Kerckhoff-Stiftung, Institut für wissenschaftliche Forschung und Weiterbildung“ gebaut. Sein Gründer und erster Direktor war der in Frankfurt habilitierte und 1925/26 zum außerordentlichen Professor ernannte Nauheimer Arzt und Sanatoriumsbetreiber Franz M. Groedel (1881-1951), der früh mit neuen diagnostischen Techniken wie der Röntgendurchleuchtung oder dem EKG experimentiert hatte. Groedel überzeugte Louise Kerckhoff (1859-1946), die Gattin eines wohlhabenden deutschamerikanischen Patienten, der sich vier Jahre lang von Groedel für ein Herzleiden hatte behandeln lassen, nach dessen Tod im Jahre 1929 eine Stiftung zu Ehren ihres Mannes einzurichten.²⁶ Neben dem Institut finanzierte diese Stiftung auch ein Stipendienprogramm, und die Satzung verpflichtete dazu, wie es auch heute in den USA

²³ Vgl. Hunt: Secret Agenda [wie Anm. 8].

²⁴ Thauer, Rudolf: William G. Kerckhoff-Herzforschungsinstitut der Max-Planck-Gesellschaft z.F.d.W. in Bad Nauheim. Jahrbuch der Max-Planck-Gesellschaft (1961), 468-85.

²⁵ Schaper, W.: History of the German Cardiac Society (DGHKF). Zeitschrift für Kardiologie 91 (2002), IV/9-14.

²⁶ Spranger, Britta: Das William G. Kerckhoff-Institut Bad Nauheim: Seine Stifter und seine Baugeschichte. Darmstadt, Marburg 1993.

noch vielfach üblich ist, den Namensgeber jährlich mit einer Kerckhoff-Vorlesung zu ehren.²⁷

Das Institutsgebäude wurde 1931 eröffnet. In einem Referat vor dem Senat der MPG sagte Thauer 1960, daß das Institut damals „fast alle Voraussetzungen [besaß], ein schlechtes wissenschaftliches Institut zu werden“²⁸. In dem mit Marmor reichlich ausgestatteten Gebäude habe der wissenschaftlich nutzbare Raum weniger als die Hälfte des Gesamtvolumens ausgemacht. Thauer sah auch die Ansiedlung des Institutes in einem Badeort und das Fehlen jeglicher Verbindung mit einer Universität als problematisch an. Groedel sei allerdings davon überzeugt gewesen, daß „auch die Heilkunde eines Badeortes wissenschaftliche Medizin sein müsse“.²⁹ Die Ausrichtung war zunächst vor allem klinisch, den Interessen des Gründers gemäß. Es gab vier Abteilungen: eine Untersuchungsabteilung (Leiter: W. Lueg, 1932-1935); eine Abteilung für Physiotherapie und Physikodiagnostik mit Unterabteilungen für experimentelle Balneologie (Leiter R. Wachter, 1931-1939), experimentelle Röntgenologie (Leiter: H. Lossen, 1931-1938; B. Kerber, 1938-1939) und Bioklimatologie (Leiter: H. Israel, 1933-1936); eine Abteilung für experimentelle Pathologie und Therapie (Leiter: E. Koch, 1931-1940; H. Schaefer, 1940-1951); und eine statistische Abteilung (Leitung S. Koller, 1931-1940; M.-P. Geppert ab 1940).³⁰

Groedel war von Louise Kerckhoff zum lebenslangen Direktor der Stiftung und des Instituts bestimmt worden. Nachdem sein Sanatorium 1933 aufgrund seiner jüdischen Herkunft erstmals boykottiert worden war, beschloss er, mit seiner Familie in die USA zu emigrieren.³¹ Für fast zwanzig Jahre lebte der Direktor des Nauheimer Institutes in New York, wo er 1951 auch starb. Groedel war schon kurz nach dem Gang ins Exil in den USA

²⁷ Satzungen der William G. Kerckhoff-Stiftung, Institut für wissenschaftliche Forschung und Fortbildung in Bad Nauheim, MPG Archiv, II. Abt., Rep 1A, IB-Akten Kerckhoff Institut/ MPI für physiologische und klinische Forschung, Kerckhoff-Inst. Allgemein.

²⁸ Thauer, Referat vor dem Senat der MPG, Mai 1960, Archiv zur Geschichte der Max-Planck-Gesellschaft, II. Abt., Rep 1A, IB-Akten Kerckhoff Institut/ MPI für physiologische und klinische Forschung.

²⁹ Ebd.

³⁰ Thauer: William G. Kerckhoff-Herzforschungsinstitut [wie Anm. 24], S. 470-471.

³¹ Thauer, der zwischen 1948 und 1951 in New York mehrfach mit Groedel sprach, schreibt von einem „tragischen Geschick“, das Groedel dazu verurteilt habe, „schon kurz nach der Verwirklichung seiner Idee aus der eigenen Schöpfung verbannt“ worden zu sein. Thauer: William G. Kerckhoff-Herzforschungsinstitut [wie Anm. 24], S. 470.

gut etabliert, da er zu den Ärzten von Präsident Roosevelt gehörte. Trotzdem fühlte er sich dem Institut weiter verpflichtet. Er drängte die Witwe Kerckhoff 1937 darauf, die letzte Rate der Stiftungssumme nach Deutschland zu transferieren und sorgte sich auch nach Ende des Krieges noch um die Zukunft des Institutes.³² Schon in den dreißiger Jahren änderte sich dessen Ausrichtung. Die klinischen Abteilungen und Unterabteilungen überlebten das Jahr 1939 nicht, und übrig blieben nur die Physiologie und die Statistik. Schon der erste Leiter der physiologischen Abteilung, Eberhard Koch, stellte die Beziehung zur Universität Gießen her und habe dem Institut, so Thauer, „den Stempel einer echten physiologischen Forschungsstätte“ aufgedrückt.³³ „Aus einem klinisch-diagnostischen wurde ein rein theoretisches Institut, das [...] sich schließlich nicht mehr von entsprechenden Universitätsinstituten unterschied.“³⁴

Nach dem Krieg und der Währungsreform von 1948 geriet das Institut in ernste finanzielle Schwierigkeiten. Was vom Stiftungsvermögen von ursprünglich einer Million Dollar 1937 noch nicht ausgegeben war, musste in Reichsmark umgewandelt werden „und teilte deshalb nunmehr das Schicksal der deutschen Währung“³⁵. Ein Teil des Guthabens war zudem aus verschiedenen Gründen nicht zugänglich, und es war nicht wahrscheinlich, daß die Kerckhoff-Erben weitere Mittel ins besiegte Deutschland überweisen würden.³⁶ 1951 wurde das Institut nach Verhandlungen, die der Leiter der Abteilung für experimentelle Pathologie und Therapie, der Physiologe Hans Schaefer führte, in die Max-Planck-Gesellschaft aufgenommen.³⁷ Diese Übernahme war wegen des Rechtsstatus des Institutes problematisch und MPG-Präsident Otto Hahn bezeichnete es in einem Brief an Schaefer 1950 als „das jüngste Kind“ der MPG, dessen Legitimität noch etwas im Unklaren

³² Spranger: Das William G. Kerckhoff-Institut [wie Anm. 26].

³³ Thauer: Referat vor dem Senat der MPG [wie Anm. 28].

³⁴ Thauer: William G. Kerckhoff-Herzforschungsinstitut [wie Anm. 24], S. 471.

³⁵ Niederschrift über die Besprechung mit dem William-Kerckhoff-Institut in Bad Nauheim am 8. Juli 1948, Archiv zur Geschichte der Max-Planck-Gesellschaft, II. Abt., Rep 1A, IB-Akten Kerckhoff Institut/ MPI für physiologische und klinische Forschung, Kerckhoff-Inst. Allgemein.

³⁶ Die Rockefeller Foundation war auch anfangs nicht bereit, Mittel dazu einzusetzen, der zu Recht als stark nationalsozialistisch belastet geltenden medizinischen Forschung in Deutschland auf die Beine zu helfen. Vgl. Weindling, Paul: „Out of the Ghetto“: The Rockefeller Foundation and German Medicine after the Second World War. In: Schneider, William H. (Hrsg.): Rockefeller Philanthropy and Modern Biomedicine [wie Anm. 15], 208-222.

³⁷ Vgl. Schaefer, Hans: Erkenntnisse und Bekenntnisse eines Wissenschaftlers. Heidelberg 1986.

sei.³⁸ Zudem war das Angebot zunächst an Schaefer's Person gekoppelt und dieser folgte 1950 einem Ruf als Ordinarius nach Heidelberg. Sein Nachfolger wurde Thauer, der nach Groedels Tod 1951 auch Direktor des Instituts und gleichzeitig Mitglied der Max-Planck-Gesellschaft wurde.

Thauers Berufsakte im Gießener Universitätsarchiv zeigt, daß der Umzug nach Bad Nauheim nicht ganz einfach war.³⁹ Zwar lief sein Vertrag in Philadelphia am 30. Juni 1951 ab, doch im Bureau of Aeronautics der US Navy befand man im Februar 1951, daß seine wertvolle Arbeit noch nicht so weit fortgeschritten war, daß man auf ihn verzichten könnte. Auch angesichts der sich verschärfenden Weltlage (die Rede war vom kalten Krieg) könne Thauer daher noch nicht nach Deutschland entlassen werden. Man hoffe, daß ihm dies in Zukunft nicht zum Nachteil gereiche.⁴⁰ Thauer schrieb daraufhin einen Brief nach Gießen, in dem er darum bat, ihm „einen großen Wunsch“ zu erfüllen und der US Navy mit Nachdruck zu erklären, daß er in Bad Nauheim und Gießen „praktisch unentbehrlich“ sei.⁴¹ Obwohl er später die amerikanische Forschung gerne als vorbildlich darstellen sollte, zog es ihn nun vor allem zurück nach Deutschland: „Ich brauche Ihnen wohl nicht zu sagen,“ schrieb er nach Gießen, „wie sehr mein Herz daran hängt, daß Ihr Brief Erfolg haben möge.“⁴² Die Interventionen waren in der Tat erfolgreich und die US-Navy gab Thauer zum 1. Juli 1951 frei.

In seiner Forschung beschäftigte sich Thauer auch in Bad Nauheim weiterhin mit Temperaturregulation, wie vor 1945. Er machte früh Pläne, wie er 1953 in einem Brief an Hahn schrieb, „den einen oder anderen tüchtigen Physiologen wieder aus Amerika nach Deutschland zurückzuholen“⁴³. 1954 wurde der Physiologe Otto Gauer eingeladen, als Mitarbeiter ans Institut zu kommen. Wie Thauer hatte Gauer 1942 an der „Seenot“-Tagung

³⁸ Hahn an Schaefer, 5. Januar 1950, Archiv zur Geschichte der Max-Planck-Gesellschaft, II. Abt., Rep 1A, IB-Akten Kerckhoff Institut/ MPI für physiologische und klinische Forschung, Kerckhoff-Inst. Allgemein.

³⁹ Universitätsarchiv Gießen, Berufsakten 2. Lieferung, Karton 9. Vielen Dank an die anonymen Gutachter für diesen Hinweis und an Dr Eva-Maria Felschow für ihre Hilfe.

⁴⁰ A.M. Pride, Chief, Bureau of Aeronautics, an Wilhelm Kerckhoff-Institut, 14. Februar 1951, Universitätsarchiv Gießen, Berufsakten 2. Lieferung, Karton 9.

⁴¹ Thauer an Hildebrandt, 26. Februar 1951, Universitätsarchiv Gießen, Berufsakten 2. Lieferung, Karton 9.

⁴² Ebd.

⁴³ Thauer an Hahn, 2. Januar 1953, Archiv zur Geschichte der Max-Planck-Gesellschaft, II. Abt., Rep 1A, IB-Akten Kerckhoff Institut/ MPI für physiologische und klinische Forschung, Kerckhoff-Inst. Allgemein.

teilgenommen und er wurde 1945 ebenfalls im Rahmen der *Operation Paperclip* in die USA rekrutiert. Er arbeitete an Fragen der Kreislaufregulation und war seit 1947 Professor an der Duke University in North Carolina. Gauer nahm die Einladung an und zog im Dezember 1954 nach Bad Nauheim um. 1955 wurde er von der MPG zum Wissenschaftlichen Mitglied des Institutes ernannt und 1956 vom Kultusminister zum außerplanmäßigen Professor an der Gießener Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung und 1957 der neugegründeten Justus-Liebig-Universität.

Die Frage, die sich nun stellt, ist folgende: Haben Thauer und Gauer das Institut in Richtung dessen, was sie in den USA erfahren haben, umorientiert? Und wenn ja, was war es, was ihnen besonders nachahmenswürdig erschien? Es überrascht vielleicht ein wenig, daß Thauer den zentralen Vorteil des angelsächsischen Modells in der engen Verbindung zwischen Grundlagenforschung und Klinik sah: „Der Mangel einer solchen Zusammenarbeit“, schrieb er 1961,

wurde von vielen Physiologen und Klinikern in Deutschland, die die vorbildlichen Institutionen der angelsächsischen und skandinavischen Länder kannten, schmerzlich empfunden, zumal immer klarer wurde, daß der Fortschritt der klinischen Medizin in Deutschland gerade durch das Fehlen klinisch-physiologischer Abteilungen und Institute aufs schwerste gefährdet war.⁴⁴

Die Klinker hätten „verlernt, in naturwissenschaftlichen Begriffen zu denken“ und könnten nicht mehr mit der theoretischen Medizin Schritt halten.⁴⁵ Nun müsse man „Kliniker und Physiologen unter ein Dach [...] zwingen“ und den Aufgabenkreis der Kliniker so verkleinern, daß diese wieder genug Muße hätten, mit den Physiologen über wissenschaftliche Probleme zu diskutieren, ohne die letzteren zu „wissenschaftlichen Handlangern“ oder „im Keller hausenden und schlecht bezahlten Laboratoriumschefs“ zu degradieren.⁴⁶ Thauers Ermahnungen erinnern hier durchaus an oft ausgesprochene Warnungen aus der Zwischenkriegszeit, vor zuviel „Einseitigkeit“ in der Medizin. Anders als zwei Jahrzehnte früher erschienen Ansätze aus Amerika nun allerdings als Lösung und nicht mehr als Problem.

⁴⁴ Thauer: William G. Kerckhoff-Herzforschungsinstitut [wie Anm. 24], S. 476.

⁴⁵ Thauer, Bedeutung und Aufgaben der Nauheimer Forschungsinstitute [wie Anm. 1], S. 8.

⁴⁶ Ebd.

Mit Unterstützung der hessischen Landesregierung und der MPG konnte Thauer das von ihm als Hauptproblem identifizierte Fehlen einer Institution, die Forschungslabore und Klinik gleichwertig zusammenbrachte, Mitte der 1950er Jahre ansatzweise lösen.⁴⁷ Die MPG pachtete das ehemalige Balneologische Institut der Universität Gießen in Bad Nauheim von der Landesregierung, nachdem dieses durch einen Neubau ersetzt worden war. In dem gepachteten Gebäude wurde die von Thauer angestrebte klinisch-physiologische Abteilung eingerichtet, die den Namen „Kardiologische Abteilung“ erhielt. Ein weiterer entscheidender Schritt war die Errichtung einer Klinik mit 100 Betten, der Kerckhoff-Klinik, die 1956 eröffnet wurde und die verwaltungstechnisch dem Staatsbad unterstand und in Personalunion vom Leiter der Kardiologischen Abteilung geleitet wurde.⁴⁸ Als Leiter gewann Thauer Rudolf Knebel (geb. 1910), dessen Karriere ihn vor 1945 über Berlin, München, Leipzig und Wien nach Prag geführt und der nach dem Krieg in Münster gearbeitet hatte. Knebel hatte zudem auch fast ein Jahr (1.10.1950-31.7.1951) als Gastdozent am *Cardiac Department* des *Guy's Hospital* in London verbracht.⁴⁹ Nachdem sich gezeigt hatte, daß das Modell einer getrennten Trägerschaft zu Interessenkonflikten zwischen Staatsbad und Kerckhoff-Institut führte und „der wissenschaftlichen Forschungsarbeit nicht gerecht“ wurde, übernahm 1963 die MPG auch die Klinik.⁵⁰

Die Einrichtung einer selbständigen kardiologischen Abteilung und Ernennung von Knebel zum Wissenschaftlichen Mitglied wurde im Senat der MPG kontrovers diskutiert. Die Einrichtung der Abteilung wurde zwar einstimmig beschlossen, in der anschließenden Diskussion kam aber zum Ausdruck, daß „die klinische Forschung einen anderen, geringer

⁴⁷ Da die Institute und Kliniken alle verschiedenen Trägern gehörten, waren die Verhandlungen kompliziert. Vgl. Thauer an Benecke, 27. November 1953 und Henning an Horn, 18. Februar 1954, Archiv zur Geschichte der Max-Planck-Gesellschaft, II. Abt., Rep 1A, IB-Akten Kerckhoff Institut/ MPI für physiologische und klinische Forschung, Kerckhoff-Inst. Allgemein.

⁴⁸ Thauer: William G. Kerckhoff-Herzforschungsinstitut [wie Anm. 24], S. 476-478.

⁴⁹ Knebel Lebenslauf, Archiv zur Geschichte der Max-Planck-Gesellschaft, II. Abt., Rep 1A, IB-Akten Kerckhoff Institut/ MPI für physiologische und klinische Forschung, Kerckhoff-Inst. Allgemein.

⁵⁰ Betr. Kerckhoff-Klinik [Besprechungsprotokoll], 12.10.1960, Archiv zur Geschichte der Max-Planck-Gesellschaft, II. Abt., Rep 1A, IB-Akten Kerckhoff Institut/ MPI für physiologische und klinische Forschung, Kerckhoff-Inst., Kardiologie Allgemein, S. 4.

zu wertenden Charakter habe als die Forschung an den auf die Person des Leiters zugeschnittenen naturwissenschaftlichen Instituten.“⁵¹

Thauer stand mit seinen Sorgen über den Zustand der westdeutschen klinischen Forschung nicht allein. Der Wissenschaftsrat diskutierte Anfang der 1960er Jahre Maßnahmen zu deren Verbesserung. „Es besteht weitgehend Einigkeit darüber,“ heißt es in einem Schriftstück von 1961, „daß die klinisch-medizinische Forschung in der Bundesrepublik mit dem Ausland nur schwer Schritt halten kann.“⁵² Eingreifende Maßnahmen seien notwendig. Nach dem Kriege habe der Schwerpunkt der Aufbauarbeit in der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Universitätskliniken im Hinblick auf die Patientenbehandlung gelegen, nicht auf der wissenschaftlichen Arbeit. Nun werde zunehmend klar, daß die Spezialisierung auch in der klinischen Medizin so weit fortgeschritten sei, daß es illusorisch sei, von einzelnen Lehrstuhlinhabern eine „Gesamtschau“ über ihr Fach zu erwarten. Aber mit der Bearbeitung von Einzelproblemen läge es auch im Argen. Die sei traditionell an bestimmte Assistenten und Mitarbeiter gebunden, und wenn diese ausschieden, bliebe das Gebiet unbearbeitet, auch wenn Kontinuität für die Klinik wichtig sei. Kurz, die Organisation der deutschen Universitätskliniken sei nicht mehr zeitgemäß. Und wie wir am Beispiel der Kerckhoff-Klinik gesehen haben, sahen nicht alle Mitglieder des MPG-Senates die klinische Forschung als Aufgabe der Gesellschaft an.

Der Wissenschaftsrat schlug die Einrichtung eines „klinischen Forschungszentrums“ und die Schaffung „klinischer Spezialabteilungen“ vor.⁵³ Wie Thauer betonte der Wissenschaftsrat die Bedeutung der Zusammenarbeit von Forschern und Praktikern. Die Strukturen, die der Rat vorschlug, erinnern an die *Hospital Platform*, die Peter Keating und Alberto Cambrosio in ihrem Buch *Biomedical Platforms* beschrieben haben: die Gruppierung des Krankenhauses um einen technischen Kern mit Speziallaboren und

⁵¹ Auszug aus der Niederschrift über die Sitzung des Senats der MPG am 13. März 1963, S. 29-31, Archiv zur Geschichte der Max-Planck-Gesellschaft, II. Abt., Rep 1A, IB-Akten Kerckhoff Institut/ MPI für physiologische und klinische Forschung, Kerckhoff-Inst., Kardiologische Abteilung 2.

⁵² Geschäftsstelle des Wissenschaftsrates, Vorschläge für die Verbesserung der klinischen Forschung, 25.10.1961, Bundesarchiv Koblenz, B247/13.

⁵³ Ebd. Thauer arbeitete an diesen Empfehlungen mit. Er war Vorsitzender der Arbeitsgruppe klinische Medizin des Raumprogramm-Ausschusses und der Arbeitsgruppe 3, Theoretische Medizin, Klinische Medizin und Veterinärmedizin des Ausschusses für Fragen der Forschung. Vgl. Bundesarchiv Koblenz, B247/21 und B247/56.

Operationssälen sowie bei Universitätskliniken mit Bibliotheken und Hörsälen.⁵⁴ Im Rahmen dieses neuen Ordnungsprinzips sind die Anforderungen der biomedizinischen Forschung genauso wichtig für die räumliche und technische Gestaltung der Klinik wie die effiziente Behandlung der Patienten. Klinische Forschung und zeitgemäße Behandlung überschneiden sich mehr und mehr und werden zunehmend als identisch erklärt. In der Tat wurden neue Universitätskliniken nach diesen Prinzipien gebaut. Ein gutes Beispiel ist das 1969 fertiggestellte Zentralklinikum der FU Berlin in Steglitz, das von einem amerikanischen Architektenbüro entworfen wurde.⁵⁵

Thauers großes Vorbild im Hinblick auf die von ihm angestrebten Reformen war allerdings keine Universitätsklinik wie Johns Hopkins, sondern die Mayo Clinic in Rochester, Minnesota:

Für mich ist das Musterbeispiel der anzustrebenden Entwicklung die Art der Zusammenarbeit zwischen Theorie und Klinik, die ich in der Mayo-Klinik gesehen habe, in der im *Medical Sciences Building* Internisten, Chirurgen, Physiologen und Pathologen täglich zusammenkommen, um – so könnten wir im Sinne meiner Ausführungen sagen – die gemeinsame Sprache zu pflegen. Es ist dort unmöglich, daß Kliniker mit Methoden arbeiten, die einer strengen physiologischen Kritik nicht standhalten, und es ist ebenso undenkbar, daß Fortschritte der Physiologie nicht in irgendeiner Form der Klinik nutzbar gemacht würden.⁵⁶

Thauer hatte die Mayo Clinic während seines USA-Aufenthalts in den 1940er Jahren besucht, wahrscheinlich wegen des dort beheimateten, renommierten Forschungsprogramms in Luft- und Raumfahrtmedizin. Die Klinik zog aber schon länger Besucher aus Deutschland an. Erwin Liek zum Beispiel, der bekannte Kritiker der modernen Medizin, besuchte sie 1912 und dann wieder 1928, und pries sie als

⁵⁴ Keating, Peter; Cambrosio, Alberto: *Biomedical Platforms: Realigning the Normal and the Pathological in Late-Twentieth Century Medicine*. Cambridge, Mass. 2003.

⁵⁵ Vgl. Murken, Axel H.: *Vom Armenhospital zum Großklinikum: Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*. Köln 1988.

⁵⁶ Thauer, *Bedeutung und Aufgaben der Nauheimer Forschungsinstitute* [wie Anm. 1], S. 9.

Gegenmodell zur von den Medizinerverbänden so gefürchteten Sozialisierung des Gesundheitswesens unter der Kontrolle der Krankenkassen an.⁵⁷

Auf den ersten Blick erscheint die Mayo-Klinik nicht wie ein ideales Modell für die Reform deutscher Lehrkrankenhäuser.⁵⁸ Die Mayo-Klinik war kein Krankenhaus im klassischen Sinne. Sie lässt sich wahrscheinlich am besten als eine Ärztekooperative beschreiben, als eine Gruppenpraxis von Spezialärzten, die mit mehreren privaten Krankenhäusern und der medizinischen Fakultät einer Universität zusammenarbeiteten. Bis Ende der 1940er Jahre war die Klinik zu einem ganzen, der High-Tech-Medizin gewidmetem Stadtbezirk mit einem zehnstöckigen Diagnosezentrum, 1600 Krankenhausbetten, und mehreren Hotels für die oft von weit her anreisenden Patienten und ihre Angehörigen angewachsen.⁵⁹ Dieses private, medizinische Zentrum hatte seine Ursprünge in der florierenden Kleinstadtpraxis des Arztes William Worrall Mayo in Rochester im amerikanischen Mittelwesten. Anders als beim klassischen europäischen Krankenhaus wurden hier die Betten und der Pflegeapparat um eine Behandlungspraxis herum konstruiert. 1889, nach einem schweren Sturm, der deutlich machte, daß die Kleinstadt medizinisch auf eine solche Katastrophe nicht vorbereitet war, richtete William Worrall Mayo zusammen mit anderen wohlhabenden Spendern ein Krankenhaus ein, das von franziskanischen Nonnen betrieben wurde und in der Folge eng mit seiner Praxis zusammenarbeitete. Seine beiden Söhne William James and Charles Horace Mayo übernahmen die Praxis und expandierten freudig. Früh etablierten die Brüder auch eine Kollaboration mit der University of Minnesota. Das Wachstum der Klinik war eng verbunden zum einen mit der neuen Rolle der Chirurgie nach der Einführung von Keimkontrolle und Anaesthetie, und zum anderen mit diagnostischen Innovationen wie Laboren, Röntgenstrahlen oder EKG.

Ein entscheidender Faktor für die Entwicklung der Klinik war ihre Anziehungskraft auf Patienten von weither. Der Mittlere Westen der USA war eben nicht wie Deutschland mit einer beispiellosen Dichte an Universitäten und zugehörigen Universitätskliniken ausgestattet. Hier gab es ansonsten weit und breit kein vergleichbares medizinisches

⁵⁷ Jehs, Michael: Erwin Liek: Weltanschauung und standespolitische Einstellung im Spiegel seiner Schriften. Frankfurt a.M. 1994. Vgl. auch Timmermann, Carsten: A Model for the New Physician: Hippocrates in Interwar Germany. In: Cantor, David (Hrsg.): Reinventing Hippocrates. Aldershot 2001, 302-24.

⁵⁸ Leider befasst sich keines der einschlägigen Werke zur Geschichte amerikanischer Krankenhäuser mit der Mayo-Klinik. Einen illustrierten Überblick bietet Wilder, Lucy: The Mayo Clinic. Springfield, Ill. 1955.

⁵⁹ Ähnlich, nur noch größer ist heute das Texas Medical Center in Houston.

Zentrum. In der Mayo-Klinik bekam man die beste Medizin, die man mit Geld bezahlen konnte, und dafür nahmen die Patienten lange Anfahrten in Kauf. Das hatte auch Auswirkung auf die klinische Forschung: Amerikanische Patienten reisten weit, wie auch das Beispiel von Wilhelm Kerckhoffs Reisen nach Bad Nauheim zeigt, um Zugang zu den besten Spezialisten zu gewinnen, und erklärten sich dann im Zweifelsfall auch zu experimentellen Prozeduren bereit. Die Entwicklungen, die ich oben für das Academic Medical Center skizziert habe, kann man natürlich auch an der Mayo-Klinik beobachten. Anfang der 1960er Jahre bezog die Klinik ihr Einkommen ausschließlich aus Patientenhonoraren und Forschungsgeldern. Die 401 Fachärzte und 600 Assistenten behandelten laut *Spiegel* zu diesem Zeitpunkt fast doppelt so viele Patienten wie die Universitätskliniken von Hamburg, Freiburg und Heidelberg zusammen.⁶⁰ Die Ärzteschaft war ein Team von Spezialisten, es gab keinen Chefarzt, und Ärzte mussten sich nicht um Verwaltungsfragen kümmern. Dieses einzigartige Team mit seinen Apparaten und die „Kompression von Spezialwissen auf einem Fleck“ erzielte „eine Genauigkeit der Diagnose, die mit normalen Mitteln nur selten erreichbar ist.“⁶¹ Die Ärzte in Rochester seien auch nicht unbedingt besser als ihre Kollegen in Europa, wurde oft betont, aber besser organisiert.

Schlussbemerkungen: Über das Kopieren

Vergleichbar oder nicht, die Mayo-Klinik übte auf deutsche Reformer eine große Anziehungskraft aus. Auch in den 1960er Jahren galt die Klinik offensichtlich noch als Vorbild, als der Facharzt für Innere Medizin und Autor, Leo Krutoff, nachdem er ein Buch über das Original veröffentlicht hatte, mit Hilfe privaten Kapitals eine „deutsche Mayo-Klinik“ plante. Die Deutsche Klinik für Diagnostik sollte zwar kleiner sein, aber nach den gleichen Prinzipien organisiert wie das Vorbild in Rochester, ohne Chefärzte, mit flachen Hierarchien, einem sehr guten technischen Stab, und einem Hotel auf dem Campus.⁶² Der Frankfurter „Modearzt“ (*Spiegel*) gewann für seine Pläne die Unterstützung eines Kreises illustrier Persönlichkeiten. Gespräche mit Größen aus Wirtschaft und Wissenschaft führten zur Gründung der *Medizinischen Gesellschaft für die Förderung einer nach dem Vorbild der Mayo-Klinik in Deutschland zu errichtenden Klinik e. V.* Ein Kreis investitionswilliger

⁶⁰ Deutsche Mayo-Klinik: Auf zwei Stützen. *Der Spiegel* 23 (1965), 63-4.

⁶¹ Ebd. Siehe auch Krutoff, Leo: 400 Ärzte Für Einen Patienten: Die Mayo Klinik. Düsseldorf 1965.

⁶² Prause, G.: „Wir müssen so gut sein, daß man auf uns hört“: Am 2. April wird in Wiesbaden die Deutsche Klinik für Diagnostik eröffnet. Einundvierzig Ärzte für einen Patienten, *Die Zeit* 6 (1970).

Privatleute fand sich auch relativ schnell, und 1965 waren rund acht Millionen Mark für Grundstückskauf und Bau bereits fest zugesagt. Als 1967 die Deutsche Klinik für Diagnostik AG gegründet wurde, war die „Mayo-Aktie“ zunächst auch sehr populär.⁶³ Die geplante Organisationsform war raffiniert: eine Grundstücks- und Baugesellschaft konnte steuerliche Vorteile nutzen, um ihre Investitionen abzuschreiben und die Betriebsgesellschaft konnte ihre Mietzahlungen an die Grundstücksgesellschaft als Unkosten verbuchen.

Das ursprüngliche Geschäftsmodell sah vor, daß die Klinik zahlungswilligen Patienten eine gründliche Durchleuchtung nach Mayo-Vorbild ermöglichen sollte. Allerdings ließ sich die Luxusuntersuchung nicht so gut verkaufen wie geplant. Nachdem die Klinik 1970 ihren Betrieb aufnahm, fand sie zwar schnell fachliche Anerkennung, aber der wirtschaftliche Erfolg blieb aus. Die Deutschen waren offenbar, anders als die Amerikaner, nicht in ausreichender Zahl dazu bereit, für die Spezialdiagnostik privat zu bezahlen. Der Plan, auch Kassenpatienten zu den üblichen Tarifen zu behandeln und den nötigen Umsatz dann eben durch die Kombination von Spezialprozeduren zu erzielen ging ebenfalls nicht auf, da sich die zuständige Kassenärztliche Vereinigung querstellte.⁶⁴ 1974 gründete das Land Hessen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer eine Stiftung *Deutsche Klinik für Diagnostik GmbH*. Gesellschafter waren zu 60% das Land, zu 30% die KV, und zu 10% die LÄK.⁶⁵ Die Aktiengesellschaft wurde liquidiert und die Aktionäre abgefunden. Die Klinik erhielt nun auch eine Kassenzulassung und wurde in den Bettenbedarfsplan aufgenommen. Sie erhielt auch Forschungsaufträge vom Bundesministerium für Forschung und Technik. Laut DKD-Website folgten „medizinisch erfolgreiche und wirtschaftlich schwierige Jahre.“⁶⁶ 1989 wurde die Klinik reprivatisiert und existiert auch heute noch als Teil der Rhön-Klinikum-AG. Einfach kopieren ließ sich das Modell Mayo-Klinik in Deutschland offenbar nicht.

Doch zurück nach Bad Nauheim: War Thauers eingangs zitierte Bemerkung, daß man dort nicht einfach amerikanische Verhältnisse kopieren wolle, wirklich notwendig? Die Orientierung an einem Modell führt schließlich fast nie einfach zur Kopie des Originals.

⁶³ Securius: Run auf Mayo-Aktien. Die Zeit 30 (1967), 25.

⁶⁴ Diagnose-Klinik: Luxus für alle. Der Spiegel 9 (1970), 41-2.

⁶⁵ Geschichte der DKD Wiesbaden. DKD Website, <http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/dkd/deu/7808.html>; besucht am 20. Juni 2008.

⁶⁶ Ebd.

Ökonomen und Wirtschaftshistoriker haben den in diesem Zusammenhang nützlichen Begriff der *path dependence* oder Pfadabhängigkeit geprägt.⁶⁷ Wenn bestimmte Strukturen einmal etabliert sind, ist es schwierig, diese abzuschaffen oder ihrer Entwicklung eine grundsätzlich neue Richtung zu geben. Institutionen entwickeln eine gewisse Trägheit und ihre Mitarbeiter einen speziellen Arbeitsstil, und Richtungswechsel sind teuer und reibungsintensiv. Modelle können daher nur selten vollständig implementiert werden, auch wenn der *Status Quo* veränderungsbedürftig erscheint. Vielmehr werden bestimmte Aspekte eines Modells isoliert und appropriiert, und die bestehenden Strukturen modifiziert. Rückkehrer aus den USA mögen sich in dortigen Forschungsstrukturen wohlfühlt und ihre Arbeit als produktiv empfunden haben, aber zurück in Deutschland mussten sie sich schnell wieder mit spezifisch deutschen akademischen Konventionen auseinandersetzen. Deutsche Forschungsinstitutionen, ob in den Universitäten oder der Max-Planck-Gesellschaft, blieben auch in der Nachkriegszeit erkennbar deutsch.⁶⁸

Aber es geht bei der Wahl von Modellen nicht nur um konkrete Strukturen, die kopierenswert erscheinen. Es geht auch um Bedeutungen, die das Modell in dem Zusammenhang trägt, in dem es implementiert werden soll. Die Kopie deutscher Wissenschaftlichkeit in den amerikanischen Medical Schools des späten neunzehnten und frühen zwanzigsten Jahrhunderts war Teil eines spezifisch amerikanischen Reformprogramms.⁶⁹ Die Reformer wollten private Medizinerschulen zurückdrängen, und die Propagierung der teuren Laborwissenschaften half ihnen dabei. Beim Blick nach Amerika im Westdeutschland der Nachkriegszeit ging es auch um viel mehr als nur die Organisation medizinischer Forschung. Für Thauer und andere deutsche Wissenschaftler, die früh die Nationalsozialisten unterstützten und davon vermutlich profitierten, und die ihre Forschung in den Dienst des Militärs stellten, bedeutete die Anwerbung durch die Amerikaner nach 1945 vermutlich viel. Sie gab ihnen eine neue Orientierung nach dem Zusammenbruch, eine neue Identität. Und solch eine neue Identität war auch für die Gießener Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung wichtig, die aus der medizinischen Fakultät der 1945 geschlossenen Universität hervorgegangen war und 1957

⁶⁷ Vgl. David, Paul A.: Why are Institutions the „Carriers of History“?: Path Dependence and the Evolution of Conventions, Organizations and Institutions. *Structural Change and Economic Dynamics* 5 (1994) 205-220.

⁶⁸ Vgl. Stamm, Thomas: *Zwischen Staat und Selbstverwaltung: Die Deutsche Forschung im Wiederaufbau*. Köln 1981.

⁶⁹ Vgl. Marks, Harry M.: *The Progress of Experiment: Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*. Cambridge 1997.

Teil der neuen Justus-Liebig-Universität wurde.⁷⁰ Organisatorisch war das Kerckhoff-Institut der frühen dreißiger Jahre „amerikanischer“ als nach der Aufnahme in die Max-Planck-Gesellschaft in den Fünfzigern. In der Tat scheint beim Kopieren das Etikett oft wichtiger zu sein als die Inhalte. Inhaltlich und organisatorisch konnte es sich als schwierig oder sogar unmöglich erweisen, amerikanische Modelle innerhalb deutscher Verwaltungsstrukturen oder des Ordinariensystems der deutschen Universität zu verwirklichen. Aber auch wenn noch ganz viel Deutschland drin war, half es wenn Amerika draufstand.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Carsten Timmermann

Centre for the History of Science, Technology and Medicine

Simon Building

The University of Manchester

Manchester M13 9PL

Großbritannien

Email: carsten.timmermann@manchester.ac.uk

⁷⁰ Oehler-Klein (Hrsg.), Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen [wie Anm. 3].