

## Academization aspects of anaesthesiology in German-speaking countries

J. Schüttler<sup>1</sup> · O. Mayrhofer-Krammel<sup>2</sup> · T. Pasch<sup>†</sup> · W. Schwarz<sup>1</sup>

## Gesichtspunkte zur Akademisierung der deutschsprachigen Anästhesiologie\*

- 1 Anästhesiologische Klinik  
Universitätsklinikum Erlangen  
Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg  
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. J. Schüttler)
- 2 Univ.-Prof. (emerit.)  
Universitätsklinik für Anästhesie,  
Intensivmedizin und Schmerztherapie  
Medizinische Universität Wien  
(Klinikvorstand: Univ.-Prof. Dr. K. Markstaller)

### Zusammenfassung

Die Akademisierung, d.h. die Etablierung an den Universitäten ist gewissermaßen der krönende Abschluss der Herausbildung eines neuen medizinischen Fachgebietes. Die vorliegende Arbeit soll einige Gesichtspunkte zum Akademisierungsprozess der deutschsprachigen Anästhesiologie herausarbeiten und den Blick zugleich auch auf die entsprechenden Entwicklungen an den deutschsprachigen Universitäten in Österreich und der Schweiz ausweiten.

### Summary

Academization, i.e. the establishment at the universities, actually represents the ultimate step in the development of a new medical specialty. The paper presented here intends to elaborate on several aspects of anaesthesiology's academization process in German-speaking countries.

### Einleitung

Die Akademisierung, d.h. die Etablierung an den Universitäten ist gewissermaßen der krönende Abschluss der Herausbildung eines neuen medizinischen Fachgebietes. Dieser vorausgegangen sind dann bereits mehrere Schritte:

- Die Übernahme einer spezialisierten Tätigkeit in der klinischen Praxis, die ärztlichen Kollegen und damit den Patienten nutzt und einen Vorteil bietet.
- Die Gründung eigener Fachzeitschriften und die Herausgabe von Lehrbüchern für die neue Fachrichtung.

- Der Zusammenschluss der in diesem neuen klinischen Arbeitsfeld tätigen und forschenden Ärzte in einer Fachgesellschaft.

Während diese Schritte gleichermaßen in der Universitätsmedizin und in der Krankenhausmedizin gegangen werden, beginnt der Akademisierungsprozess mit der wissenschaftlichen Schwerpunktsetzung und der Habilitation zunächst einiger weniger Protagonisten der neuen Fachrichtung. Und wenn das Fach schließlich als eigenes ärztliches Tätigkeitsgebiet anerkannt ist, folgen die Einrichtung von Lehrstühlen – ob nun zunächst als Extraordinariat oder gleich als Ordinariat ist dabei von nachgeordneter Bedeutung – und die organisatorische Verselbstständigung der Fachrichtung als klinisches Institut bzw. Klinik [1].

Die Akademisierung der Anästhesiologie in Deutschland wurde anlässlich des 50-jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) in einer 2003 erschienenen Festschrift erstmalig systematisch aufgearbeitet [2].

Die Autoren des vorliegenden Beitrags wollen einige Gesichtspunkte zum Akademisierungsprozess der deutschsprachigen Anästhesiologie herausarbeiten und den Blick zugleich auch auf die entsprechenden Entwicklungen an den deutschsprachigen Universitäten in Österreich und der Schweiz ausweiten. Als Bezugspunkt haben wir das Jahr 1966 gewählt. In diesem Jahr wurden nicht nur drei Lehrstühle als Extraordina-

\* Die Autoren widmen diese Arbeit dem Andenken an Prof. Dr. med. Thomas Pasch (1941-2015), der an der Konzeption und den Vorarbeiten ganz wesentlich beteiligt war.

#### Schlüsselwörter

Anästhesiegeschichte –  
Akademisierung – Lehrstühle –  
Universitäten

#### Keywords

History of Anaesthesia –  
Academization – Tenures –  
Universities

riate neu eingerichtet, sondern erstmals auch fünf bereits als Extraordinariate bestehende Lehrstühle in Ordinariate überführt (Tab. 2).

### Die Verselbstständigung der Anästhesiologie in der deutschsprachigen Medizin

Die kulturelle Entwicklung der Menschheit ist eng verbunden mit dem Phänomen der Arbeitsteilung. Das gilt für alle Bereiche der Gesellschaft, nicht nur für die produzierenden Gewerke, sondern auch für Wissenschaft und Medizin. Kein Einzelner beherrscht heute noch das gesamte Wissen, die Zeit der Universalgenies ist längst vorbei. Heute sind Teamarbeit und Vernetzung der Spezialisten angesagt. Das gilt auch in der Medizin. Kein einzelner Arzt ist heute mehr in der Lage, jeden Patienten mit jedweder Erkrankung oder Verletzung im „Alleingang“ zu behandeln. Auch der heutige Allgemeinmediziner ist auf die Zusammenarbeit mit „Spezialärzten“ und spezialisierten Ärzteteams angewiesen. Für uns ist das heute Alltag, auch in der Anästhesiologie.

### Von Anfang an – Anästhesie als ärztliche Tätigkeit

Bereits erste Anwender der Anästhesie mit Schwefeläther und Chloroform erkannten bald, dass der Einsatz dieser schmerzausschaltenden Mittel gefährlich ist und daher nicht jedermann erlaubt sein darf, wie beispielsweise Johann Ferdinand Heyfelder, einer der Pioniere der Ätherinhalation in Deutschland, betonte [3]. Staatlicherseits wurde bereits kurze Zeit nach der Einführung der Äthernarkose in Deutschland verfügt, dass die Anwendung des Schwefeläthers nur „unter Aufsicht und Leitung practischer Aerzte vorgenommen werden dürfe, keineswegs aber von dem untergeordneten wundärztlichen Personale alleine“ [4].

### John Snow (1813-1858) – der erste Anästhesiologe

In diesem Sinne gilt John Snow, einer der Männer der ersten Stunde bei der Anwendung des Schwefeläthers und

später des Chloroforms in London, gewissermaßen als einer der „Stammväter“ der Anästhesiologie, der die klinische und wissenschaftliche Beschäftigung mit der Anästhesie zu seiner Lebensaufgabe machte. Dennoch wurde die Anästhesie zunächst überwiegend von den Operateuren selbst angewandt und eher ausnahmsweise von Ärzten, die sich ausschließlich dieser neuen medizinischen Tätigkeit widmeten. 1883 wurde als ein erster Zusammenschluss auf dem Tätigkeitsfeld der Anästhesie die Society of Anaesthetists of London gegründet. 1905 gründeten anästhesiologisch interessierte Ärzte in den USA die Society of Anesthetists of Long Island, die Vorläuferin der späteren American Society of Anesthesiologists [5,6]. Die Akademisierung der Anästhesiologie begann in den angelsächsischen Ländern mit der Errichtung des Lehrstuhls an der University of Wisconsin in Madison, USA, den Ralph Waters im Jahr 1927 besetzte, und 1937 in Großbritannien mit der Berufung von Robert Macintosh auf den Nuffield Chair of Anaesthetics an der Oxford University [1].

### Die verzögerte Entwicklung in der deutschsprachigen Medizin

Die verzögerte Etablierung der Anästhesiologie in der deutschen Medizin ist erstaunlich, wo doch deutschsprachige Wissenschaftler und Ärzte am Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts wesentliche Impulse und Beiträge zur Entwicklung in den Bereichen Lokalanästhesie, Regionalanästhesie, Allgemeinanästhesie und Verfahrenstechniken gaben. Erst nach Ende des Ersten Weltkrieges führten Kontakte zu den bereits etablierten Fachgesellschaften in Großbritannien und den USA zu der Forderung nach einem eigenständigen ärztlichen Fachgebiet [7]. Es sei hier nur an die beiden – vergeblichen – Versuche zur Verselbstständigung der Anästhesie in den Jahren 1928 und 1939 erinnert [5,6].

### Ein erster „professioneller Anästhesist“ in Deutschland

Übrigens gab es auch in der deutschen Medizin in der ersten Hälfte des 20.

Jahrhunderts einen Arzt, den Praktischen Arzt und Geburtshelfer Ernst von der Porten in Hamburg, der sich selbst 1922 – vergleichbar mit John Snow – als „professionellen Anästhesisten“ bezeichnete, Jahrzehnte bevor es in Deutschland einen Facharzt für Anästhesie gab. Bleibend ist seine Mitwirkung bei der Gründung und Herausgabe der ersten deutschsprachigen Fachzeitschrift „Der Schmerz“, die ab dem zweiten Jahrgang mit dem ebenfalls 1928 erstmals erschienen Journal „Narkose und Anaesthetie“ zur gemeinsamen Zeitschrift „Schmerz, Narkose, Anaesthetie“ zusammengelegt wurde [8].

### Die Anfänge der Akademisierung und erste Lehrstühle im deutschsprachigen Raum

Der Zweite Weltkrieg hatte Deutschland von der übrigen Welt isoliert. Auch auf medizinischem Gebiet gab es praktisch keinen Austausch mehr. Erst nach Kriegsende erfuhren die deutschsprachigen Chirurgen von den enormen Fortschritten der modernen Anästhesie in den englischsprachigen Ländern, und mit den amerikanischen Besatzungstruppen kamen auch Ärzte in das kriegszerstörte Deutschland, die dieses Wissen an ihre deutschen Kollegen weitergaben. Beispielhaft zu nennen ist hier Jean Henley, eine Anästhesistin aus New York, die durch Vermittlung einer deutschen Freundin von 1949-1951 an mehreren deutschen Kliniken in der amerikanischen Besatzungszone klinische Fortbildungen durchführte [9]. Während ihres Aufenthalts in Heidelberg 1950 machte sie vor allem zwei an der Anästhesie interessierte Assistenten des Chirurgen Karl Heinrich Bauer, Otto Heinrich Just und Rudolf Frey, mit Grundlagen der modernen Anästhesie vertraut. Obwohl Bauer in dieser Zeit immer noch einer der entschiedensten Gegner einer Verselbstständigung der Anästhesie war, sah er doch, dass man ausgebildetes Anästhesiepersonal benötigt, wollte man die Entwicklung der Chirurgie nicht hemmen. Er schickte „seinen Anästhesisten“ Rudolf Frey

daher 1950 für einige Monate an das Bürgerspital nach Basel, wo Werner Hügin gerade von seiner Weiterbildung in den USA zurückgekehrt war (s.u.), und beauftragte Frey mit dem Aufbau einer „Anästhesiestaffel“ an der Chirurgischen Klinik in Heidelberg [10].

In der Nachkriegszeit gab es auch Besuchsreisen ärztlicher Delegationen, die von verschiedenen Organisationen beauftragt wurden. Eine solche Delegation vom Unitarian Service Committee besuchte 1947 die österreichischen Universitätsklinika in Wien, Graz und Innsbruck [11,12]. Der Anästhesist in dieser Gruppe, Stuart C. Cullen von der State University of Iowa, begeisterte Otto Mayrhofer (Wien) und Bruno Haid (Innsbruck) bleibend für die Anästhesie. Während Mayrhofer mit Unterstützung der WHO 1947 einen halbjährigen Stipendienaufenthalt in England zum Erlernen der modernen Anästhesie nutzen konnte und auf dem Rückweg bei Torsten Gordh in Stockholm Station machte [11], erhielt Haid 1949, nach Abschluss seiner chirurgischen Weiterbildung, ein Stipendium für ein Fellowship am Department von Cullen in Iowa City, das er 1951 mit dem amerikanischen Board-Examen für Anästhesie als Fellow of the American College of Anesthesiologists (FACA) abschloss [12]. Mayrhofer hatte seine anästhesiologische Weiterbildung zwischenzeitlich ebenfalls in den USA bei Emmanuel M. Papper an der Columbia University, New York, abgerundet und gleichermaßen mit dem amerikanischen Examen abgeschlossen [11].

Eine Delegation amerikanischer Ärzte unter der Schirmherrschaft der WHO besuchte 1949 das Schwabinger Krankenhaus in München. Bei dieser Gelegenheit kam Martin Zindler, der sich bis dahin bereits autodidaktisch intensiv mit der Anästhesie beschäftigt hatte, mit der amerikanischen Anästhesistin Alice McNeal von der University of Alabama in Birmingham in Kontakt und wurde von ihr in die USA eingeladen. Nach einer zweijährigen regulären Weiterbildung, die er schwerpunktmäßig bei Robert D. Dripps an der University of Pennsylvania, Philadelphia, absolvierte,

konnte auch er das amerikanische Examen erfolgreich ablegen, bevor er nach Deutschland zurückkehrte und hier eine Stelle als Anästhesist beim Chirurgen Ernst Derra an der Medizinischen Akademie Düsseldorf antrat [13].

Weil Carl Henschen, Chirurg an der Chirurgischen Klinik der Universität Basel, im Jahr 1946 einer amerikanischen Patientin vor der Operation keinen verantwortlichen Anästhesisten an seiner Klinik benennen konnte, ließ sich die Dame im amerikanischen Hospital in Paris operieren. Dieses „Schlüsselerlebnis“ veranlasste Henschen, seinen Assistenten Werner Hügin zur Anästhesieweiterbildung in die USA zu schicken. Mit einem Stipendium der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften absolvierte Hügin 1947/1948 sein Resident training gewissermaßen an der „Wiege“ der modernen Anästhesie, am Massachusetts General Hospital in Boston bei Henry K. Beecher. Nach seiner Rückkehr reiste er zu weiteren Fortbildungen bei Robert Macintosh (1950) und Torsten Gordh (1951) und begann einen Anästhesiedienst am Bürgerspital in Basel aufzubauen, obwohl die Situation für die Anästhesie nach der Pensionierung Henschens (1948) wieder ungünstiger war. Dies änderte sich erst 1952 mit der Berufung von Rudolf Nissen auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Universität Basel. Dieser hatte während seiner Exiljahre in Boston und New York (1939-1952) die Vorzüge einer professionellen Anästhesie kennen und schätzen gelernt und förderte daher den weiteren Auf- und Ausbau der Anästhesie mit Werner Hügin in Basel [14].

Am Kantonsspital in Zürich war man mit der Einführung der modernen Anästhesie sogar etwas früher als in Basel. Ein Assistent des Thoraxchirurgen Alfred Brunner, Karl Eduard Müllly, gilt als einer der ersten in der Schweiz, der sich intensiv mit der modernen Anästhesie befasste. Nach einem sechsmonatigen Aufenthalt in Stockholm führte er ab November 1947 die Intubationsnarkose in Zürich ein [15]. Er entfaltete in den folgenden Jahren eine rege Fortbildungstätigkeit für die Anästhesie in Zürich, aber auch

in Deutschland, wo er seine Erfahrungen bei Vorträgen weitergab [6]. Trotz seiner Begeisterung für die Anästhesie entschied er sich 1952 endgültig für eine Tätigkeit als Thoraxchirurg. In seine Fußstapfen trat ein junger Assistent, Georg Hossli, der sich zu diesem Zeitpunkt bereits definitiv für die Anästhesie entschieden hatte [15].

Dies sind einige Beispiele für Wege in die Anästhesie zu einer Zeit, als sich die Anästhesie als ärztliches Fachgebiet in der deutschsprachigen Medizin erst zu konstituieren begann. Jeder Anfänger in der Chirurgie und den anderen damals schon existierenden operativen Fächern wurde üblicherweise zunächst einmal zur Narkose eingeteilt, für viele eine lästige und ungeliebte Tätigkeit. Einzelne junge Ärzte begeisterten sich für die Möglichkeiten der damals „modernen Anästhesie“ und ergriffen die Chance, ein neues Gebiet ärztlicher Tätigkeit aktiv mitzugestalten. Sie gingen dafür ein hohes Risiko ein. Denn es war anfänglich nicht klar, ob die Anästhesie ihre Anästhesisten auch würde „ernähren“ können [13]. Auswahlkriterium für die hier genannten Personen war in erster Linie deren Affinität zum beginnenden Akademisierungsprozess der Anästhesiologie in der deutschsprachigen Medizin.

### Erste Habilitationen

Ein wichtiger Aspekt bei der Herauslösung eines neuen Teilgebietes in der Medizin auf universitärer Ebene ist das Abstecken spezifischer Forschungsfelder. Waren Narkosefragen bis Anfang der 1950er Jahre noch selbstverständlicher Teil der chirurgischen Forschung, so begannen nun einzelne junge an der modernen Anästhesie und der Anästhesieforschung interessierte Ärzte damit, ihre Habilitationsverfahren in diese Richtung zu fokussieren und eine *Venia legendi* für die Anästhesie anzustreben. Tabelle 1 zeigt die ersten anästhesiologischen Habilitationen an den deutschsprachigen Universitäten in zeitlicher Ordnung. Zunächst waren dies vereinzelte Ereignisse.

Ein „Vorläufer“, seiner Zeit voraus, war Helmut Schmidt am Universitätskran-

Tabelle 1

Erste Habilitationen in der deutschsprachigen Anästhesiologie [2,11,12,14,15,28].

1928	Schmidt, Helmut (Hamburg)	1966	Clauberg, Gerhard (Tübingen)	
1952	Frey, Rudolf (Heidelberg)		Dudziak, Rafael (Düsseldorf)	
1955	Mayrhofer, Otto (Wien)		Feurstein, Hans-Volkmar (Innsbruck)	
	Haid, Bruno (Innsbruck)		Gürtner, Thomas (München LMU)	
1956	Bark, Heinz Joachim (Tübingen)		Kreuscher, Hermann (Mainz)	
	Just, Otto (Berlin FU)		Pulver, Karl-Georg (Düsseldorf)	
	Zürn, Ludwig (München LMU)		Tschirren, Bruno (Bern)	
1957	Horatz, Karl (Hamburg)		Wawersik, Jürgen (Heidelberg)	
	Hügin, Werner (Basel)	1967	Benad, Gottfried (Rostock)	
	Wiemers, Kurt (Freiburg)		Giebel, Ortwin (Hamburg)	
1958	Beer, Rüdiger (Marburg)		Henneberg, Ulrich (Berlin FU)	
	Stoffregen, Jürgen (Göttingen)		Kronschwitz, Helmut (Tübingen)	
	Zindler, Martin (Düsseldorf)		Nolte, Hans (Mainz)	
1959	Hutschenreuter, Karl (Jena)		Rittmeyer, Peter (Hamburg)	
	Kerrinnes, Claus (Leipzig)		Schädlich, Manfred (Berlin Charité)	
1960	Barth, Lothar (Berlin Buch)		Scholler, Karl Ludwig (Freiburg)	
	Hosli, Georg (Zürich)	1968	Halmágyi, Miklós (Mainz)	
	Pflüger, Heinz (Göttingen)		List, Werner (Graz)	
1962	Oehmig, Heinz (Marburg)		Lüder, Manfred (Leipzig)	
1963	Enzenbach, Robert (München LMU)		Pichlmayr, Ina (München LMU)	
	Havers, Leo (Bonn)		Podlesch, Ingrid (Düsseldorf)	
	Kolb, Ernst (Mainz)	1969	Baust, Günter (Halle)	
	Kucher, Rudolf (Wien)		Benzer, Herbert (Wien)	
	Loenneken, Sverre Johan (Köln)		Böhmer, Dieter (Frankfurt a.M.)	
	Meyer, Manfred (Leipzig)		Dietzel, Werner (Heidelberg)	
	Rehder, Kai (Würzburg)		Eyrich, Klaus (Freiburg)	
	Steinbereithner, Karl (Wien)		Langanke, Dieter (Leipzig)	
1964	Ahnefeld, Friedrich-Wilhelm (Mainz)			Lennartz, Herbert (Düsseldorf)
	Bergmann, Hans (Wien)			Martin, Karl-Heinz (Halle)
	Doenicke, Alfred (München LMU)		Röse, Wolfgang (Magdeburg)	
	Endres, Gerhard (Jena)		Schmitz, Theodor (Kiel)	
	Gött, Ulrich (Bonn)		Stoekel, Horst (Heidelberg)	
	L'Allemand, Heinrich (Gießen)		Stöcker, Ludwig (Bochum)	
	Menges, Georg-Heinrich (Münster)	1970	Bihler, Karl (Homburg/Saar)	
	Rügheimer, Erich (Erlangen)		Brückner, Jürgen (Berlin FU)	
	Schorer, Rudolf (Göttingen)		Dick, Wolfgang (Mainz)	
	Weis, Karl-Heinz (Mainz)		Förster, Harald (Frankfurt a.M.)	
1965	Bonhoeffer, Karl (Köln)		Gattiker, Ruth (Zürich)	
	Eberlein, Hans-Joachim (Köln)		Grabow, Lutz (Gießen)	
	Eichler, Johannes (Kiel)		Kalff, Günther (Aachen)	
	Kirchner, Erich (Marburg)		Lawin, Peter (Hamburg)	
	Lutz, Horst (Heidelberg)		Matthes, Hans (Köln)	
	Vonderschmitt, Helmut (Frankfurt a.M.)		Stolz, Christian (Tübingen)	
	Wilken, Lisa (Magdeburg)			

kenhaus Hamburg-Eppendorf, der sich 1928 mit einer anästhesiologischen Thematik habilitierte und sich danach als Dozent mit großem Elan der Anästhesie widmete. Er führte neue Anästhesiemethoden ein, gestaltete erstmals in Deutschland eine „Narkosetafel“ zur Protokollierung des Anästhesieverlaufs und verpflichtete die „Narkotiseure“ zur postoperativen Visite. Als das Interesse an der Anästhesie nach dem Scheitern des erwähnten Verselbstständigungsanlaufs im Jahr 1928 allmählich wieder nachließ und er keine bleibende berufliche Perspektive als „Anästhesist“ sah, wandte sich Schmidt endgültig der Chirurgie zu und trat eine Chefarztposition in Remscheid an [16].

Nach dem Zweiten Weltkrieg war es Rudolf Frey, dem es 1952 gelang, sich an der Universität Heidelberg mit einem anästhesiologischen Thema („Die muskelerschlaffenden Mittel“) zu habilitieren. Er war zu diesem Zeitpunkt bereits seit zwei Jahren Leiter der „Narkosetafel“ an der Heidelberger Chirurgischen Universitätsklinik unter K.H. Bauer und damit organisatorisch der Anästhesie „zugeordnet“ [10]. Diese Zuordnung gilt auch für die nachfolgenden Habilitanden. Zumeist bestand auch ein ausgesprochenes Interesse der chirurgischen Chefs an einer akademischen Qualifizierung „ihrer“ Anästhesieärzte, wie dies beispielsweise von Martin Zindler (Düsseldorf) in dieser Zeitschrift berichtet wurde [13].

Auffällig ist, dass ab 1963 in Deutschland die Anzahl anästhesiologischer Habilitationen pro Jahr deutlich zunahm. Zwischenzeitlich waren einige wichtige weitere Schritte auf dem Weg zur organisatorischen Verselbstständigung der Anästhesiologie erfolgt, die den Prozess der Akademisierung beschleunigten.

### Die Gründung eigener Fachgesellschaften und die Einführung eines Facharztes für Anästhesie

Im Oktober 1951 gründete sich in Wien die Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie [11], im Juli 1952 fand in Zürich die Gründungsversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für

Anaesthesiologie statt [17]. Beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im April 1953 in München unterzeichneten die anwesenden Anästhesisten und der Anästhesie nahestehende Chirurgen und Pharmakologen die Gründungsurkunde der Deutschen Gesellschaft für Anaesthetik (DGA) [6]. Die DGA war als gesamtdeutsche Anästhesiengesellschaft gegründet worden. Erst im Zuge der verstärkten Abgrenzungsbestrebungen der DDR-Regierung musste dort 1963 eine eigene Fachgesellschaft gegründet werden [18].

Durch die Gründung eigener Fachgesellschaften hatten sich die bis dahin mehr oder weniger als „Einzelkämpfer“ und auf der Basis persönlicher Freundschaften agierenden Anästhesieärzte Strukturen geschaffen, die ihrem Bestreben nach der bestmöglichen anästhesiologischen Versorgung der Patienten in der operativen Medizin mehr Schlagkraft und Gewicht verleihen sollten. Als gemeinsames „Sprachrohr“ der deutschsprachigen Anästhesiologie hatten Rudolf Frey, Werner Hügin und Otto Mayrhofer die wissenschaftliche Zeitschrift „Der Anaesthetist“ begründet, die 1952 im ersten Jahrgang erschien. Damit gelang die erfolgreiche Anknüpfung an die von 1928-1944 publizierte erste deutschsprachige Zeitschrift „Schmerz, Narkose, Anaesthetik“ [6,11]. Die erfolgreiche zentraleuropäische Troika gab 1955 auch das erste umfassende deutschsprachige „Lehrbuch der Anaesthetik“ nach dem Zweiten Weltkrieg heraus [2,11].

Ergänzend erhielt die Anästhesiologie nun auch die Anerkennung als medizinisches Fachgebiet durch die zuständigen berufsständischen und staatlichen Stellen. In Österreich konnte „die Legalisierung der Anaesthetikologie als medizinisches Spezialfach“ im Obersten Sanitätsrat im Sommer 1952 durchgesetzt werden [11]. In der Bundesrepublik Deutschland beschlossen die Delegierten des 56. Deutschen Ärztetags in Lindau im September 1953 die Aufnahme des „Facharzt für Anästhesie“ in die deutsche Facharztordnung. Auf dem Ärztetag in Lindau kam ein dreijähriges

Ringen um das Fachgebiet Anästhesie in den westdeutschen Ärztekammern – die Kammer Nordrhein übernahm dabei eine Vorreiterrolle mit der Ausstellung vorläufiger Facharztanerkennungen ab September 1951 – und auf den Ärzte-tagen seit 1951 zu einem glücklichen Abschluss [6,19]. Der eidgenössische Facharztstitel (FMH) für Anästhesiologie wurde 1954 geschaffen [17]. 1956 erfolgte schließlich auch die staatliche Anerkennung eines „Facharztes für Anästhesiologie“ seitens der Gesundheitsbehörden der DDR [18].

So erfreulich und wichtig diese Entwicklungen für die junge Anästhesie auch waren, der begeisterte Schwung der Protagonisten wurde immer noch durch starke Vorbehalte zahlreicher einflussreicher Chirurgen gegen eine gleichberechtigte Selbstständigkeit der Anästhesiologie gedämpft.

### Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1960

Bund und Länder der Bundesrepublik Deutschland gründeten 1957 den „Wissenschaftsrat“, der sie in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung beraten sollte. Ein erstes Ergebnis waren die „Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen. Teil 1: Wissenschaftliche Hochschulen“ im Jahr 1960. Dieses Empfehlungswerk enthielt für die Anästhesiologie als ein noch in der Entwicklung begriffenes Fach, dessen künftige Entwicklung zur Breite eines vollen Ordinariats aber zu erwarten war, zwei zukunftsweisende Aussagen: einmal die Schaffung von Lehrstühlen, zunächst in der Form von Extraordinariaten, und als organisatorische Struktur in den Universitätsklinik die Einrichtung einer „Anästhesisten-Gruppe zur Betreuung aller operativen Kliniken“ [1]. Diese Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1960 ebneten den Weg für die Schaffung der haushaltsrechtlichen Voraussetzungen zur Gründung von Lehrstühlen für Anästhesiologie an deutschen Universitäten und die Einrichtung zentraler Anästhesieeinrichtungen.

### Die hierarchische Entflechtung der Fachgebiete Chirurgie und Anästhesie

Die Organisation innerhalb der klinischen Einrichtungen der Medizin ist klar nach dem hierarchischen Prinzip der vertikalen Arbeitsteilung geregelt. Der leitende Arzt ist innerhalb seines fachlichen Zuständigkeitsbereiches für die Patientenversorgung verantwortlich, alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter unterliegen seinem fachlichen Weisungsrecht. Am deutlichsten ausgeprägt war diese Struktur seit jeher in den operativen Fächern. Im Verhältnis der Fachkliniken und Fachabteilungen gilt für die Zusammenarbeit eine horizontale Arbeitsteilung ohne gegenseitige fachliche Weisungsrechte und Weisungspflichten. Da die Anästhesieärzte aus ihren Kliniken und Abteilungen „herausgewachsen“ waren, sahen zahlreiche Operateure diese auch noch zu Beginn der 1960er Jahre als hierarchisch nachgeordnete Mitarbeiter, die ihrem Weisungsrecht unterlagen. Wegen der aufs engste verbundenen gleichzeitigen Tätigkeit am Patienten während der Operation schien ein gleichberechtigter Status im Sinne der horizontalen Arbeitsteilung wie zu anderen Fachgebieten nicht vorstellbar. Um hier eine Entscheidung herbeizuführen, beauftragte der Heidelberger Ordinarius für Chirurgie, K. H. Bauer, 1961 den Strafrechtslehrer und Arztrechtler Karl Engisch mit der Erstellung eines Gutachtens zur Bestimmung der Verantwortlichkeit des Chirurgen im Verhältnis zur Verantwortlichkeit des Anästhesisten. Engisch postulierte ein durchgängiges Direktionsrecht, die Prädominanz des Chirurgen gegenüber dem Anästhesisten in allen Phasen der Zusammenarbeit und widersprach damit entschieden der Forderung nach Gleichberechtigung zwischen Chirurg und Anästhesist im Operationsaal [20]. Für die junge Anästhesie in Deutschland war dies eine herbe Enttäuschung, stellte dieses Gutachten doch die klinische Selbstständigkeit, die man gerade errungen zu haben glaubte, wieder in Frage und gefährdete auch die Akademisie-

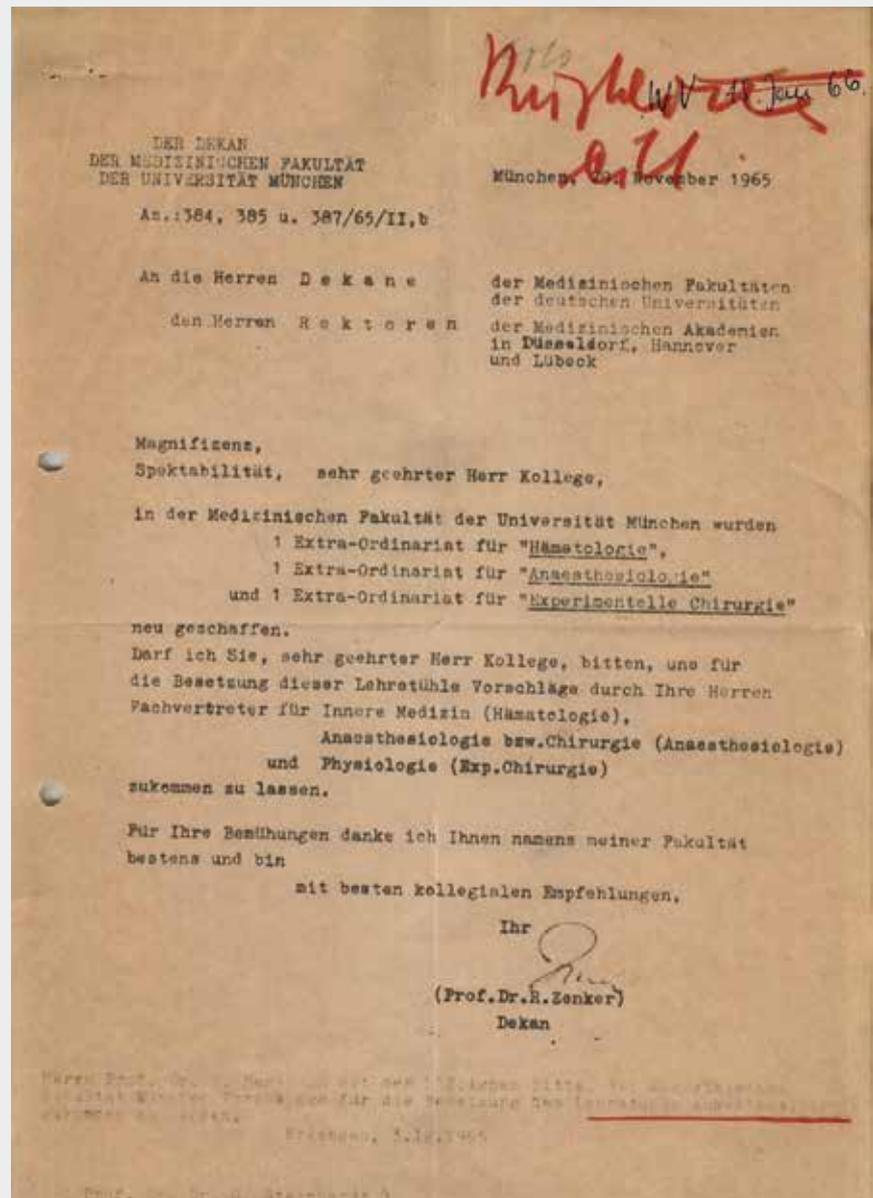
rung der Anästhesiologie, die durch die Empfehlungen des Wissenschaftsrats von 1960 gerade einen positiven Anschlag erhalten hatte [6].

Die Lösung dieses „gordischen Knotens“ ist Geschichte. Auf Vermittlung von Charlotte Lehmann erstattete Walther Weißauer im Auftrag des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten 1962 ein Gegengutachten „Arbeitsteilung und Abgrenzung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Operateur“. Es gelang Weißauer in seinem Gutachten, für die Probleme der interdisziplinären Kooperation im Operationsaal ein schlüssiges System einer horizontalen Arbeitsteilung zu entwickeln. Neben dem Grundsatz der strikten Aufgabenteilung und dem Grundsatz des Vertrauens sah er als Konstituenten der vollen fachlichen Gleichberechtigung und Selbstständigkeit des Anästhesisten die wechselseitige Koordinierungspflicht, die Prädominanz der sachlichen Erfordernisse bei der Konfliktlösung sowie die Kompetenz des Operateurs zum „Stichentscheid“ [6,20]. Das Gutachten Weißauers beendete die existentielle Auseinandersetzung um die Gleichberechtigung der Anästhesie im Operationsaal und leistete einen nachhaltigen Beitrag zu einer freien Entwicklung und Entfaltung des Fachgebietes in den Folgejahren.

### Erste Lehrstühle

Zunächst eine begriffliche Vorklärung. Nach dem in den 1950er und 1960er Jahren geltenden Hochschulgesetz konnte ein Lehrstuhl, je nach seiner Ausstattung im Haushalt, mit einem außerordentlichen öffentlichen (Extraordinarius) oder ordentlichen öffentlichen Universitätsprofessor (Ordinarius) besetzt werden. Die ersten Lehrstühle bzw. Lehrkanzeln (Österreich) im deutschsprachigen Bereich wurden als Extraordinariate ausgebracht (Abb. 1, Tab. 2). Nach der ersten Konsolidierung der Anästhesiologie an den Universitäten wurden die Extraordinariate ab 1966 nach und nach in Ordinariate umgewandelt, ab 1968 errichtete man neue Lehrstühle für Anästhesiologie direkt als Ordinariate [1].

Abbildung 1



Rundschreiben der Medizinischen Fakultät der Universität München mit der Bitte um Besetzungsvorschläge für neu geschaffene Lehrstühle (Extraordinariate) vom November 1965 (Archiv Lehrstuhl für Anästhesiologie, Universität Erlangen-Nürnberg).

Der Ordinarius für Chirurgie und Vorstand der II. Chirurgischen Klinik an der Universität Wien, Wolfgang Denk, beantragte beim österreichischen Unterrichtsministerium 1954, kurz vor seiner Emeritierung, einen Lehrstuhl für Anästhesiologie und mehrere Assistentenstellen. Der Antrag wurde 1955 genehmigt und die vier Assistentenplanposten mit

den bereits anästhesiologisch tätigen Mitarbeitern an der I. und II. Chirurgischen Klinik besetzt. Unter dem negativen Einfluss des Vorstands der I. Chirurgischen Klinik, des Ordinarius Leopold Schönbauer, zögerte die Fakultät allerdings in den folgenden Jahren immer wieder, das Berufungsverfahren für die Stelle des Extraordinarius einzuleiten

Tabelle 2

Gründung der Lehrstühle in der deutschsprachigen Anästhesiologie (in zeitlicher Folge) [2,11,12,14,15,16,24,26,27,28,31].

	Extraordinariate	Ordinariate		Ordinariate
1959	Innsbruck		1971	Kiel
1960	Mainz			Köln
1961	Wien			Mannheim
1962	Düsseldorf		1972	Bern
1963	Berlin FU Westend			München TU
	Hamburg			Rostock
	Heidelberg		1973	Aachen
	Homburg/Saar			Frankfurt a.M.
	Basel			Halle/Wittenberg
1964	Göttingen			Magdeburg
1965	Marburg		1974	Bonn
1966	Erlangen	Berlin FU Westend		Essen
	Freiburg	Düsseldorf		Ulm
	Zürich	Hamburg	1975	Graz
		Homburg/Saar	1976	Münster
	Mainz	1977	Greifswald	
1967	Gießen	Marburg	1979	Basel
	München LMU	Heidelberg		Dresden
		Wien		Jena
1968	Würzburg	Gießen	1981	Lübeck
		Hannover	1983	Bochum Knappschaft
		Innsbruck	1985	Berlin FU Deutsches Herzzentrum
		Tübingen	1984	Leipzig
1969		Berlin Charité	1986	Bochum BGUK Bergmannsheil
		Berlin FU Steglitz	1987	Bochum Kath. Klinikum
		Freiburg		Bochum Marienhospital Herne
		Göttingen	1991	Regensburg
		Würzburg	1995	Witten-Herdecke I (Wuppertal)
1970	Bern	Erlangen	2004	Witten-Herdecke II (Köln-Merheim)
	Lübeck	München LMU	2013	Oldenburg
		Zürich	2014	Bochum HDZ NRW

in Heidelberg, eine Einladung von einer Professorengruppe aus Mainz zu einer Gastprofessur an der dortigen Fakultät. Er hatte sich zuvor als Anästhesist bei der Operation des Kindes eines hochrangigen Ministerialbeamten aus dem rheinlandpfälzischen Kultusministerium bewährt, zu der ihn der damalige Ordinarius für Chirurgie, Georg Brandt, als Fachmann hinzugezogen hatte. Bereits 1960 konnte Frey als Extraordinarius einen Lehrstuhl für Anaesthesiologie besteigen, den man durch Umwidmung eines vakanten theologischen Lehrstuhls geschaffen hatte. Gleichzeitig wurde an der Chirurgischen Klinik eine Anästhesieabteilung eingerichtet, die 1962 in ein unabhängiges Institut für Anaesthesiologie umgewandelt wurde [22].

Nachdem die Universität Innsbruck mit dem ersten Lehrstuhl für Anaesthesiologie in Zentraleuropa der Universität Wien ein „wenig den Rang“ abgelaufen hatte, gab erst die Besetzung des Lehrstuhls an der Universität Mainz den Anstoß, dass sich die Wiener Medizinische Fakultät zur Besetzung des Extraordinariats für Anaesthesiologie durchrang. Allerdings konnte die Professur erst nach der Emeritierung von Leopold Schönbauer im Oktober 1960 ausgebracht werden. Auf diese Lehrkanzel berief man 1961 Otto Mayrhofer, der als einer der ersten Pioniere die klinische Anästhesie in Wien aufgebaut hatte, und ernannte ihn zum Vorstand des Instituts für Anaesthesiologie [11].

Ernst Derra, der Chirurg an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf, war einer der großen Förderer der Anästhesie im Nachkriegsdeutschland. Er war nicht nur ein exzellenter Operateur, er wusste auch souverän mit Verwaltungsabläufen und Haushaltsvorschriften umzugehen. Nach Veröffentlichung der Empfehlungen des Wissenschaftsrats von 1960, reichte er als erster Universitätschirurg in Nordrhein-Westfalen einen Haushaltsantrag zur Schaffung eines Extraordinariats an der Medizinischen Akademie Düsseldorf ein. Mit Erfolg: Bereits 1962 konnte Martin Zindler auf diesen außerordentlichen Lehrstuhl berufen werden, und die Anästhesie wurde damit auch als Abteilung selbstständig [13].

[11]. Als dann 1958 die Medizinische Fakultät der Universität Innsbruck einen Antrag auf Schaffung einer Lehrkanzel für Anaesthesiologie einreichte – sehr befördert durch den dortigen Ordinarius für Chirurgie Burghard Breitner [21] –, wurde die eigentlich für Wien vorgesehene Professur an die Innsbrucker Fakultät „verlagert“ [11]. Der Antrag

wurde im Januar 1959 genehmigt und im Rahmen eines „stante pede“ eingeleiteten ordentlichen Berufungsverfahrens Bruno Haid auf diesen ersten Lehrstuhl im deutschsprachigen Raum berufen, den er am 1. Oktober 1959 bestieg [12].

Ebenfalls im Jahr 1959 erhielt Rudolf Frey, zu dieser Zeit bereits apl. Professor

Im Jahr darauf, 1963, wurden in der Bundesrepublik Deutschland gleich drei Lehrstühle erstmalig besetzt: In Hamburg konnte Karl Horatz als Extraordinarius den Lehrstuhl für Anästhesiologie besteigen, an der Universität Heidelberg Otto Just und an der Universität des Saarlandes in Homburg/Saar Karl Hutschenreuter [2]. Im gleichen Jahr wurde auch Werner Hügin, der bereits 1949 zum Leiter einer Unterabteilung für Anästhesie an der chirurgischen Universitätsklinik Basel (Bürgerspital) ernannt worden war, unter Rudolf Nissen als Extraordinarius an der Universität Basel berufen und bestieg damit den ersten Lehrstuhl für Anästhesiologie an einer Schweizer Universität und wurde zum Chefarzt eines unabhängigen Institutes für Anästhesiologie befördert [14,26].

Die erste Phase von Lehrstuhlgründungen für Anästhesiologie im deutschsprachigen Raum endete mit den Berufungen von Jürgen Stoffregen als Extraordinarius auf den Lehrstuhl an der Universität Göttingen 1964 und von Heinz Oehmig auf das Extraordinariat an der Universität Marburg im Jahr 1965 [2].

### Die flächendeckende Akademisierung der Anästhesiologie im deutschsprachigen Raum

Das Jahr 1966 markiert einen deutlichen Einschnitt im Fortgang der Akademisierung der Anästhesiologie im deutschsprachigen Raum. Neben der Gründung von drei weiteren Extraordinariaten (Tab. 2) in Erlangen, Freiburg und Zürich wurden erstmalig fünf bereits bestehende außerordentliche Lehrstühle in Ordinariate überführt. Diese Entwicklung war in den Empfehlungen des Wissenschaftsrats von 1960 als Möglichkeit bereits vorgezeichnet. In den Empfehlungen von 1968 wurden die medizinischen Fakultäten ausdrücklich ermutigt, die Spezialisierung voranzutreiben [1].

Mit Datum vom 1. Februar 1966 wurde Karl Horatz vom Präsidenten des Hamburger Senats zum ordentlichen Professor ernannt [16]. Zur Gruppe der ersten Ordinarien in diesem Jahr gehörten noch

Rudolf Frey (Mainz), Karl Hutschenreuter (Homburg/Saar), Ernst Kolb (Berlin) und Martin Zindler (Düsseldorf) [2].

In den Folgejahren wurden nur noch fünf Lehrstühle als Extraordinariate gegründet, alle weiteren Lehrstühle im deutschsprachigen Bereich wurden sofort als Ordinariate eingerichtet (Tab. 2).

### Die Lehrstühle für Anästhesiologie in der Bundesrepublik Deutschland und in der Deutschen Demokratischen Republik

Die Gründung und die Geschichte der Lehrstühle in der alten Bundesrepublik und der ehemaligen DDR sowie im wiedervereinigten Deutschland sind im Detail in der Festschrift zum 50-jährigen Bestehen der DGAI dokumentiert [2]. Es soll hier lediglich auf einige Besonderheiten hingewiesen werden.

Die Lehrstühle für Anästhesiologie und die ihnen zugeordneten klinischen Einrichtungen bzw. Kliniken haben im Laufe der zurückliegenden Jahrzehnte neben dem „Kerngeschäft“ in den Operationssälen vielfältige Aufgaben in der Intensiv- und Notfallmedizin sowie in der Schmerztherapie und Palliativmedizin übernommen. Entsprechend den wachsenden Aufgaben wurden an den Lehrstühlen zahlreiche zusätzliche Professuren geschaffen. Beispielsweise holte man sich von Anfang an Unterstützung für die Forschung. So konnte Martin Zindler 1971 eine Abteilung für experimentelle Anästhesiologie mit Joachim Arndt einrichten [2]. Zahlreiche Lehrstühle sind seinem Beispiel gefolgt. Wurde in den Lehrstuhl-, Instituts- und Klinikbezeichnungen anfänglich der Terminus Anästhesiologie bzw. Anaesthesiologie als übergreifender Begriff verwendet, fügte man später auch Termini wie Intensivmedizin, Reanimation oder Schmerzmedizin ein.

Das „Tempo“ der Akademisierung war immer wieder auch vom Interesse des jeweiligen chirurgischen Lehrstuhlinhabers und dessen Durchsetzungsvermögen in seiner medizinischen Fakultät abhängig. Neben positiven Beispielen

(Innsbruck, Mainz, Düsseldorf) gab es auch retardierende Momente. Beispielsweise wurde in Wien der erste Antrag auf Schaffung einer Lehrkanzel für Anaesthesiologie gestellt, deren Besetzung aber von der dortigen Fakultät über sechs Jahre hinausgezögert, so dass der Lehrstuhl erst nach Innsbruck und Mainz besetzt wurde.

In Tübingen hatte der innovative Chirurg Theodor Naegeli 1953 einen der Gründungsväter der deutschen Nachkriegsanästhesie, Joachim R. Bark, zum Aufbau einer eigenen Anästhesieabteilung an seine Klinik geholt. Naegelis Nachfolger auf dem Lehrstuhl, Walter Dick, „ruderte“ wieder zurück und verhinderte die Verselbstständigung der Anästhesie. Erst unter seinem Nachfolger, Leo Koslowski, wurden 1968 ein Ordinariat und ein Zentralinstitut für Anästhesiologie eingerichtet und Rudolf Schorer auf diesen Lehrstuhl berufen [2].

Gelegentlich beeinflussten auch Struktureingriffe durch eine Fakultät die Entwicklung anästhesiologischer Universitätseinrichtungen. Beispielhaft sei hier Göttingen erwähnt. Dort hatte die Fakultät 1973 das Institut in vier Abteilungen gegliedert und die Abteilungsleiter zu Mitdirektoren des Lehrstuhlinhabers, Jürgen Stoffregen, gemacht. Stoffregen trat daraufhin von seinem Amt zurück und wechselte auf eine Chefarztposition an einem Zentralinstitut für Anästhesie in Hagen/Westfalen. Das Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin mit seinen vier Abteilungen bestand unter Dietrich Kettler bis zu dessen Emeritierung 2004. Nach einer Übergangszeit unter Bernhard Graf erfolgte nach der Berufung von Michael Quintel auf den Lehrstuhl eine Reorganisation als Klinik für Anästhesiologie mit den Geschäftsfeldern Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin mit integriertem OP-Management. Daneben wurde inzwischen eine selbstständige Klinik für Palliativmedizin unter Friedemann Nauck (aus)gegründet [2,23].

### Die Lehrstühle für Anästhesiologie in Österreich und der deutschsprachigen Schweiz

Während die Lehrkanzeln an den Universitäten Innsbruck und Wien mit zu den ersten deutschsprachigen Lehrstühlen gehörten und bereits 1967 (Wien) und 1968 (Innsbruck) in Ordinate umgewandelt wurden, wurde die Lehrkanzel am dritten medizinischen Universitätsstandort Österreichs in Graz deutlich später gegründet. Zweimal hatte die aufstrebende Anästhesieabteilung in Graz mehrere ihrer Protagonisten durch ein tragisches Schicksal frühzeitig verloren. Erst Werner List, der sich 1968 habilitierte, wurde 1975 direkt als Ordinarius auf die neu geschaffene Lehrkanzel berufen und zum Vorstand des gleichzeitig errichteten Instituts für Anaesthesiologie ernannt [11]. 1982 wurde schließlich an der Wiener Universitätsmedizin noch ein weiterer Lehrstuhl für „Experimentelle Anaesthesiologie und intensivmedizinische Forschung“ gegründet, auf den Karl

Steinbereithner – seit 1973 Leiter der „Experimentellen Abteilung“ der Anästhesieklinik – berufen wurde [23]. Durch das österreichische Universitätsgesetz von 2002 wurden die Medizinischen Fakultäten 2004 als Medizinische Universitäten aus ihren Stammuniversitäten ausgegliedert.

An den Universitäten in der deutschsprachigen Schweiz konnte Werner Hügin in Basel dank der nachhaltigen Unterstützung durch Rudolf Nissen als erster Extraordinarius 1963 einen Lehrstuhl für Anästhesiologie besteigen. Unter Nissens Nachfolger Martin Allgöwer stagnierte die Entwicklung ab 1967. „Die Voraussetzungen für eine Beförderung zum Ordinarius waren damals in Basel noch nicht gegeben“, wie es im Nachruf auf Werner Hügin heißt [14]. Man habe mit ihm „ein ‚unschönes Spiel‘ getrieben“ [25]. Erst Hügins Nachfolger, Myron B. Laver, wurde 1979 aus den USA auf ein Ordinariat nach Basel berufen [26].

An der Universität Zürich bestieg Georg Hossli 1966 als Extraordinarius den Lehrstuhl für Anästhesiologie. Hossli wurde 1970 zum Ordinarius befördert. Im gleichen Jahr wurde Bruno Tschirren als Extraordinarius auf den Lehrstuhl an der Universität Bern berufen. Seine Beförderung zum Ordinarius erfolgte 1972 [27,28].

Der Vollständigkeit halber sei noch auf die Gründung der Lehrstühle an den französischsprachigen Universitäten der Schweiz hingewiesen. In Genf konnte Marcel Gemperle den Lehrstuhl 1970 als Extraordinarius besteigen und wurde 1973 zum Ordinarius befördert. An der Universität in Lausanne wurde James Freeman 1972 Extraordinarius und 1978 Ordinarius [27].

### Schlussbetrachtungen

Die engen Beziehungen, die sich zwischen akademischen Lehrern und ihren Schülern in den Jahren der universitären Qualifikation entwickeln, haben schon

Tabelle 3

Genealogie der Lehrstühle und Lehrstuhlinhaber in Deutschland (1960-2015).

Frey (1960-1981) Mainz		Kolb (1963/1972-1992) Berlin FU / München TU		Cunitz (1983-2001) Bochum, Knappschaftskrh. Wien, A		Kress (1992) Wien, A		Martin, E. (1990-2014) Heidelberg		Georgieff (1992) Ulm																																					
Just (1963-1990) Heidelberg	Weis (1968-1995) Würzburg	Ahnefeld (1974-1992) Ulm	Dück (1983-2004) Mainz	Lutz (1971-1987) Mannheim	Peter (1976-2007) München, LMU	Schmucker (1985/1990-2013) Berlin FU / Lübeck	Laubenthal (1987-2007) Bochum, Kath. Klinikum	Taeger (1991-2009) Regensburg	Unerl (1994-2011) Tübingen	Stein (1997) Berlin FU (Charité Benjamin Franklin)	Zwissler (2003/2007) Frankfurt / München LMU	Götz (2005) Hamburg	Thiel (2009) Mannheim	Wulf (2001) Marburg	Stoessel (1974-1995) Bonn	Wawersik (1971-2000) Kiel	Schulte am Esch (1982-2005) Hamburg	Kochs (1994) München TU	Roewer (1995) Würzburg	Brandt (1995-2010) Witten-Herdecke I	Scholz (2000) Kiel	Werner (2004) Mainz	Wappler (2004) Witten-Herdecke II	van Ackern Lübeck / Mannheim	Albrecht (1994-2006) Dresden	Koch (2006) Dresden	Quintel (2010) Göttingen	Nöldge-Schomburg (1999) Rostock	Pannen (2007) Düsseldorf	Graf (2005/2009) Cöttingen/Regensburg	Böttiger (2007) Köln	Weigand (2008/2014) Giessen / Heidelberg															
																																	Stoerger (1968-1996) Hannover	Kirchner (1968-1996) Hannover	Schorer (1968-1992) Göttingen	Kettler (1975-2005) Göttingen	Larsen (1990-2009) Homburg/Saar	Radke (1993-2009) Halle	Zenz (1986-2010) Bochum BG Bergmannsheil	Hempelmann (1978-2008) Giessen	Weiland (2013) Oldenburg	Stüber (2009) Bern, CH	Piepenbrock (2000-2009) Hannover	Marx (2008) Aachen (Intensivmedizin)	Schüttler (1995) Erfangen	Koppert (2009) Hannover	Nau (2013) Lübeck

Zindler (1962-1987) Düsseldorf	Dudziak (1973-2003) Frankfurt								
	Lennartz (1977-2001) Marburg								
	Falke (1988-2004) Berlin FU Charité Virchow	Rossaint (1997) Aachen	Kaisers (2006-2015) Leipzig						
Horatz (1963-1982) Hamburg	Lawin (1976-1995) Münster	Van Aken (1986/1995) Leuven, B / Münster	Puchstein (1987) Bochum, Marienhospital Herne	Wendt (1993-2015) Greifswald	Hachenberg (2001) Magdeburg			Kox (1993-2004) Berlin, Charité Mitte	
Hutscheneuter (1963-1988) Homburg/S.		Bürkle (2010) Freiburg						Volk (2009) Homburg/Saar	
		Zahn (2011) Bochum, BGUK Bergmannsheil							
		Weber (2011) Bochum, Kath. Klinikum							
Rütheimer (1966-1995) Erlangen	Pasch (1987-2010) Zürich, CH	Hahnenkamp (2014) Greifswald							
Wiemers (1966-1985) Freiburg	Eyrich (1978-1997) Berlin, FU	Reinhardt (1993) Jena						Spies (2005) Berlin, Charité Virchow + Mitte	
	Buzello (1988-2007) Köln							Sander (2015) Giessen	
Behr (1967-1975) München LMU									
L'Allemand (1967-1976) Giessen									
Eberlein (1968-1988) Berlin, FU	Tarnow (1987-2007) Düsseldorf	Peters (1996) Essen	Zacharowski (2006/2009) Bristol, UK / Frankfurt						
Bonhoeffer (1971-1987) Köln		Adamzik (2013) Bochum, Knappschaftskh.							
Martin, K.-H. (1979-1980) Dresden	Schiffner (1985-1994) Dresden								
Schädlich (1969-1990) Berlin, Charité	Olthoff (1984-2006) Leipzig								
Benad (1972-1998) Rostock	Borchert (1977-1991) Greifswald								
Baust (1973-1990) Halle									
Echler (1970-1985) Lübeck									
Kalf (1973-1997) Aachen									
Röse (1973-2001) Magdeburg									
Stöcker (1974-1996) Essen									
Winkler (1979-1987) Jena	Schirmmeister (1988-1993) Jena								
Halle 1953-1973									

**Erläuterung:**

Dieses Schema vermittelt einen Überblick über die akademische Entwicklung des Fachgebietes, sowohl in Bezug auf die zeit- und ortsabhängigen universitären Gegebenheiten als auch im Hinblick auf die Persönlichkeiten und deren Wirkung im akademischen Umfeld. Die Jahreszahlen bei den Erstbesetzungen beziehen sich auf die Gründung der Lehrstühle, unabhängig davon, ob diese – gem. der Empfehlungen des Wissenschaftsrats von 1960 – zunächst als Extraordinariat (mit folgender Anhebung zum Ordinariat) oder in späteren Jahren sofort als Ordinariat ausgebracht wurden.

Ausgehend von der **Pioniergeneration** (weiße Schrift, blauer Grund), die ausnahmslos auch 22 Gründungslehrstühle besetzte, erfolgte die „Fortpflanzung“ in die **zweiten** Generation (schwarze und blaue Schrift, fett), durch diese 22 Berufungen wurden z. T. ebenfalls noch 12 Gründungslehrstühle besetzt (blaue Schrift, fett). Die **dritte** Generation (schwarze Schrift auf grünem Grund) mit 31 Vertretern hat wiederum bereits 33 Lehrstuhlinhaber der **vierten** Generation (orange Grund) „erzeugt“, worauf nunmehr die **fünfte** und jüngste akademische Generation folgt (gelber Grund) mit den zunächst drei Lehrstuhlbesetzungen in den letzten Jahren.

Die Zuordnung der „Nachfolgegeneration“ erfolgte in Abhängigkeit von dem jeweiligen „Betreuer“ der Habilitation (Ausnahmen bilden hier die frühen Habilitationen für das Fachgebiet Anästhesiologie, die meist an den jeweiligen Chirurgischen Lehrstühlen stattfanden). Bei Berufungen wurden auch deutschsprachige Lehrstühle im Ausland mit vergleichbarem Berufungsverfahren berücksichtigt. Weitere Gruppierungen ergeben sich durch die frühe „gemeinsame Zeit“ eines Teils der Pioniergeneration unter R. Frey in Heidelberg und K.-H. Martin in Halle.

immer Anlass gegeben, diese Beziehungen in genealogische Betrachtungen einfließen zu lassen [29]. Wir haben dies im Rahmen der Festschrift „50 Jahre DGAI“ auch für die Lehrstuhlbesetzungen in der deutschen Anästhesiologie versucht [2]. Maßgeblich für die genealogischen Beziehungen war für uns jeweils der Ort der wissenschaftlichen Qualifikation (Habilitation), der nicht mit dem Ort übereinstimmen muss, von dem aus die Berufung auf einen Lehrstuhl erfolgte. Dass man dies auch anders sehen kann, zeigt die Genealogie, die Jörg Tarnow 2014 publiziert hat [30]. Das Verdienst dieser Publikation liegt primär in der direkten Verknüpfung der Portraits mit den im Stammbaum genannten Namen. Angesichts der zunehmenden Internationalisierung wissenschaftlicher Karrieren ist auch die Einbeziehung von Berufungen auf Lehrstühle im nicht deutschsprachigen Ausland informativ, auf die wir seinerzeit bei der Festschrift 2003 nach reiflicher Überlegung im DGAI-Präsidium bewusst verzichtet hatten. Aktualisierte Daten finden sich in der englischen Fassung der Festschrift aus dem Jahr 2012 [31] und in Tabelle 3 der vorliegenden Arbeit.

Fast 60 Jahre nach der Errichtung und Besetzung des ersten Lehrstuhls im deutschsprachigen Bereich in Zentral-europa ist die Anästhesiologie heute mit rund 50 Lehrstühlen an den deutschsprachigen Universitäten akademisch fest verwurzelt und in Forschung, Lehre und Krankenversorgung hervorragend aufgestellt. Gelegentliche Versuche, Lehrstühle in Abteilungsstrukturen umzuwandeln und einzelne Säulen aus der Anästhesiologie herauszulösen, sind – bis auf Einzelfälle – gescheitert. Auch wenn der Durchsetzungskampf der Pioniergeneration längst der Vergangenheit angehört, so dürfen doch Aufmerksamkeit und Geistesgegenwart nicht nachlassen. Denn es gilt, mit dem Erbe der Pioniergeneration sorgsam umzugehen und das Erreichte nicht nur zu bewahren, sondern auch stetig innovativ weiter zu entwickeln.

### Literatur

Wir haben die Literaturverweise bewusst überwiegend auf leicht zugängliche Übersichtsarbeiten beschränkt. Der historisch genauer Interessierte findet in diesen Arbeiten zumeist Hinweise auf Originalquellen.

- Petermann H, Schwarz W: Die Spezialisierung an den Universitäten unter dem Blickwinkel der Anästhesie. In: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition & Innovation. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag; 2003:298-307
- Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition & Innovation. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag; 2003
- Heyfelder JF: Die Versuche mit dem Schwefeläther und die daraus gewonnenen Resultate in der chirurgischen Klinik zu Erlangen. Erlangen: Heyder; 1847:83
- Petermann H, Nemes C: Die Entdeckung und Entwicklung der Anästhesie im 19. Jahrhundert. In: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition & Innovation. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag; 2003:2-26
- Schwarz W: Attempts to establish anaesthesiology as a specialty in German medicine. In: Atkinson RS, Boulton TB (eds.) The History of Anaesthesia. London New York: Royal Society of Medicine Services; 1989:170-175
- Ackern Kv, Schwarz W, Striebel JP: 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. In: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition & Innovation. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag; 2003:79-119
- Goerig M: Schmerzlose Operationen – Die Begründung der universitären Anästhesiologie in Deutschland. *Anästhesiol Intensivther Notfallmed Schmerzther* 2014;49(Suppl. 1):S18-S24
- Goerig M, Buijnt L: Ernst von der Porten. Spurensuchen vor und nach der erzwungenen Emigration. *Anaesthesist* 2014;63:766-774
- Zeitlin GL, Goerig M: An American contribution to German anesthesia. *Anesthesiology* 2003;59:456-502
- Meister F, Dressler P et al.: Festschrift anlässlich des 40-jährigen Jubiläums des Ordinariats für Anaesthesiologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg 2007. Heidelberg: Klinik für Anaesthesiologie, Universitätsklinikum Heidelberg; 2007
- Fitzal S: 25 Jahre Klinik für Anaesthesie und Allgemeine Intensivmedizin der Universität Wien 1961-1986. Wien; 1986
- Putz G: Geschichte der Universitätsklinik für Anaesthesie und Allgemeine Intensivmedizin Innsbruck. In: Benzer H, Putz G (Hrsg.) 30 Jahre Lehrkanzel für Anaesthesiologie in Innsbruck. Innsbruck: Universitätsklinik für Anaesthesie und Allgemeine Intensivmedizin Innsbruck; 1989:97-105
- Goerig M, Schwarz W: „Da habe ich Glück gehabt!“ Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Martin Zindler, Düsseldorf. *Anästhesiol Intensivmed* 2015;56:230-235
- Schneider MC, Niederer W, Skarvan K: Werner Hügin – Pionier der Anästhesiologie in der Schweiz. *Anaesthesist* 2001;50:456-459
- Zbinden St: Die Gründung von Lehrstuhl und Institut für Anästhesiologie an der Universität Zürich im Jahre 1966. In: Pasch T, Schmid ER, Zollinger A (Hrsg.) Anästhesie in Zürich: 100 Jahre Entwicklung 1901-2001. Symposium am 23. November 2001. Zürich: Institut für Anästhesiologie, UniversitätsSpital; 2002:31-40
- Schulte am Esch J, Goerig M: Anästhesiologie im Wandel. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 1900-2005. Lübeck: Steintor Verlag; 2005
- Frei FJ, Pasch T, Spahn DR: Festschrift 50 Jahre SGAR. Bern: Verlag Hans Huber; 2002
- Benad G, Röse W: Die Entwicklung der anästhesiologischen Fachgesellschaft der DDR. In: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition & Innovation. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag; 2003:140-154
- Vogt G: Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 1998:379
- Weißbauer W: Die Entwicklung zum selbstständigen Fachgebiet. In: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition & Innovation. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag; 2003:68-78

## History of Anaesthesia

## Special Articles

21. Heinz K: Der Weg bis zur Errichtung der Lehrkanzel für Anaesthesiologie in Innsbruck. Zum Geleit. In: Benzer H, Putz G (Hrsg) 30 Jahre Lehrkanzel für Anaesthesiologie in Innsbruck. Innsbruck: Universitätsklinik für Anaesthesie und Allgemeine Intensivmedizin Innsbruck; 1989:95
22. Dick W: Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Klinik für Anästhesiologie. In: Schüttler J (Hrsg.) 50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Tradition & Innovation. Berlin Heidelberg New York: Springer-Verlag; 2003:494-499
23. Homepage der Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Göttingen: <http://www.ains.med.uni-goettingen.de/>
24. Fitzal S, Mayrhofer-Krammel O: Kurze Geschichte der Österreichischen Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI). Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2003;38:226-230
25. Pasch T: Email vom 13.2.2015 mit Informationen zu Werner Hügin und zum Lehrstuhl in Basel
26. Oertli D: Geschichte des chirurgischen Lehrstuhles an der Universität Basel der letzten 50 Jahre. [https://unigeschichte.unibas.ch/cms/upload/FaecherUndFakultaeten/Downloads/Oertli\\_Chirurgie.pdf](https://unigeschichte.unibas.ch/cms/upload/FaecherUndFakultaeten/Downloads/Oertli_Chirurgie.pdf)
27. Pasch T, Hossli G: Kurze Geschichte der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR). Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2003;38: 231-236
28. Dozentenverzeichnis der Universität Bern. [http://biblio.unibe.ch/digibern/dozenten\\_uni\\_bern.pdf](http://biblio.unibe.ch/digibern/dozenten_uni_bern.pdf)
29. Killian H: Meister der Chirurgie und die Chirurgenschulen im gesamten deutschen Sprachraum. 2. Aufl. Stuttgart: Thieme Verlag; 1980
30. Tarnow J: Genealogie der Lehrstühle für Anästhesiologie und Intensivmedizin in Deutschland. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2014;49(Suppl. 1):S1-S17
31. Schüttler J (Ed.): 55 Years German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. Tradition & Innovation. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2012.

Korrespondenz-  
adresse

**Prof. Dr. med. Dr. h.c.  
Jürgen Schüttler**

Anästhesiologische Klinik  
Universitätsklinikum Erlangen  
Krankenhausstraße 12  
91054 Erlangen, Deutschland

Tel.: 09131 85-33677

Fax: 09131 85-39191

E-Mail: [juergen.schuetzler@fau.de](mailto:juergen.schuetzler@fau.de)