



Medizinstudium, Promotion, Habilitation in Deutschland

Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Putz

Ehem. Vizepräsident der Ludwig-Maximilians-Universität München

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
distinguished guests!

Let me start with a short comment, before I will switch into German. Science is a global achievement, but education has local aspects. Especially professional education is based on national regulations that are based on national traditions or on local history. Therefore, to my opinion, it could be much more successful to continue the discussion about improvement of education in medicine in German, but we are very grateful for the inputs from our English speaking guests.

Meine Damen und Herren!

In meinem Vortrag möchte ich den Ist-Stand von Medizinstudium, Promotion und Habilitation beschreiben, mich dabei aber nicht auf eine reine Faktendarstellung beschränken, sondern auch eine Reihe von Meinungen einfließen lassen. Das Ziel soll eine Diskussionsgrundlage sein, auf der wir uns – auch unter Einbeziehung der vorhin gehörten Positionen aus dem Ausland – fundiert austauschen können.

Medizinstudium

Ich will zuerst die Entwicklung des Medizinstudiums in Deutschland aufzeigen, um klarzumachen, warum wir an der Stelle stehen, wo wir heute eben stehen, denn nur aus der Historie heraus können wir bestimmte aktuelle

Entwicklungen begreifen. Promotion und Habilitation werde ich dagegen etwas kürzer behandeln.

Betrachten wir die Entwicklung der medizinischen Ausbildung in Deutschland, so erscheint mit der Reichsgewerbeordnung im Jahre 1869 eine erste Regelung, der eine Reihe von Ordnungen bis zum Jahre 2002 gefolgt ist:

- Reichsgewerbeordnung 1869
- Prüfungsordnung für Ärzte 1893
- Prüfungsordnung für Ärzte 1901
- Bestallungsordnung 1939
- Bestallungsordnung für Ärzte 1953
- Approbationsordnung für Ärzte 1970
- Approbationsordnung für Ärzte 2002

Interessant scheint mir vor allem eine Betrachtung der Einflußfaktoren auf die zahlreichen Verordnungen bzw. ihre Neufassungen. So findet man einen expliziten staatlichen Einfluß erst ab 1869. Bis dahin hatte der Staat keinen besonderen Anspruch an die Ärzteausbildung gestellt und die Kontrolle darüber den Hohen Schulen und Universitäten selbst überlassen. Mit der Reichsgewerbeordnung von 1869 wurde erstmals in Deutschland eine Art Qualitätskontrolle für die Ausbildung von Ärzten eingeführt und in der Folge eben auch beibehalten.

Ein weiterer, ständig bestehender Einflußfaktor ist das Streben nach einer ausgewogenen Balance von Theorie und Praxis sowie nach einem angemessenen Verhältnis der Erwartungen von innen (Erwartungen der Studierenden an ihre Hochschule hinsichtlich des Praxisbezuges) versus Erwartungen von außen (Chefärzte erwarten ganz bestimmte Kenntnisse und Fertigkeiten von den jungen Absolventen).

Schließlich werden der Anspruch und die Struktur der Ordnungen auch vom Selbstverständnis der Universität beeinflusst, da sich diese im Sinne von Kant als Orte freier wissenschaftlicher Bildung verstehen und nicht primär danach ausgerichtet sind, berufsorientierte Ausbildung zu vermitteln. Dies

wird durch die bei der Anstellung vertraglich festgelegte Verpflichtung aller Wissenschaftler geregelt, an der Umsetzung einer bestimmten Ausbildungs- und Studienordnung teilzunehmen. (Von manchem Wissenschaftler wird dies allerdings als eine Beeinträchtigung seiner Forschungsaktivität angesehen. Mangels eines transparenten Marktwertes des Aufwandes für die Ausbildung ist dies zwar durchaus menschlich verständlich, für die Qualität der Ausbildung der Studierenden ist diese Einstellung allerdings wenig förderlich.)

Die Reichsgewerbeordnung von 1869 führte amtliche Regelungen ein und legte fest, daß das Medizinstudium neun Semester dauern müsse und mit einer Approbation abgeschlossen würde. Mit der Prüfungsordnung für Ärzte von 1893 kam es dann erstmals zu reichseinheitlichen Prüfungen in Form von Staatsexamina, die Studiendauer blieb bei neun Semestern.

In der Prüfungsordnung für Ärzte von 1901 wurde das Studium auf 10 Semester verlängert und ein 7-teiliges Examen eingeführt. Zusätzlich wurde mit dem Medizinalpraktikum eine Praktikumsphase eingerichtet. An diesen Elementen wird der wachsende Einfluss des Staates auf die Qualität der medizinischen Ausbildung besonders deutlich. Diese Prüfungsordnung erfuhr eine Reihe von Novellierungen, so kam es 1924 zur Trennung von Vorklinik (vier Semester) und Klinik (sechs Semester) und der Einführung eines 14-teiligen Examens. Im Jahre 1927 wurde mit einer erneuten Novelle die Zeit der Vorklinik auf fünf Semester ausgedehnt und mit der Novelle 1933 die naturwissenschaftliche Vorprüfung als anatomisch-physiologische Vorprüfung definiert.

Die Bestallungsordnung von 1939 sollte mit der Einführung eines Krankenpflegepraktikums von sechs Monaten zu einem höheren Praxisbezug führen; das Verhältnis von Vorklinik zu Klinik wurde wieder zu den alten Anteilen (4 zu 6) zurückgefahren. Der 6-monatige Fabriks-/Landdienst war – nehme ich an – den politischen Verhältnissen geschuldet und hatte nichts direkt mit der Medizin zu tun. Dagegen finden wir erstmals die Festlegung einer 6-wöchigen Famulatur. Die Novelle der Bestallungsordnung von 1942 redu-

ziert das Krankenpflegepraktikum auf 4 Monate und schreibt ein 19-teiliges Examen vor. Hier finden wir nun auch die Festlegung von Pflichtveranstaltungen und einer Pflichtassistentenzeit.

Mit der Bestallungsordnung für Ärzte von 1953, die 6 Novellen erfuhr, wurde die Verantwortung für das Studium wieder mehr in die Hände der Fakultäten/Universitäten gelegt. Die Fakultäten erhielten die Autonomie für die Erstellung der Studienpläne, die Wissenschaft bekam damit mehr Mitspracherecht. Dennoch blieb es beim zweimonatigen Krankenpflegepraktikum, der Verlängerung der Vorklinik auf fünf Semester bei unveränderter Länge des klinischen Abschnittes von sechs Semestern, einer 3-monatigen Famulatur und der Einführung einer 2-jährigen Medizinalassistentenzeit.

Diese Bestallungsordnung wurde 1970 durch die Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) abgelöst, die neun Novellen erfuhr. Bereits im Text der ÄAppO 1970 findet sich der – bis heute aktuelle – Satz: *"Der Unterricht sollte, soweit zweckmäßig, nicht am einzelnen Fachgebiet, sondern am Lehrgegenstand ausgerichtet und deshalb problemorientiert durchgeführt werden."*

Die wesentlichen Änderungen und Novellierungen der ÄAppO sind hier als Stichworte genannt:

1. Novelle 1975: verpflichtende Famulatur
2. Novelle 1978: Famulatur 4 Monate, Leistungsnachweise, Pflichtvorlesungen, Bestehensquote des schriftlichen Physikums (IMPP) 60 %
3. Novelle 1981: Reduktion der Bestehensquote des schriftlichen Physikums (IMPP) auf 50 %
4. Novelle 1983: Benotung des Staatsexamens
5. Novelle 1986: AiP-Zeit 2 Jahre, Vorschreibung von Kleingruppen, bed-side teaching, Staatsexamen mündlich
6. Novelle 1987: AiP-Zeit 18 Monate
7. Novelle 1989: Zieldefinition des Arztbildes, Definition von Gruppengrößen (Seminar 20, Demonstration 8, Unter-

suchung 3)

8. Novelle 1997: neue Inhalte, wie Prävention, Gesundheitsökonomie; Seminar mit klinischen Bezügen (126 h), berufspraktische Ausbildung; fächerübergreifendes Examen, bessere Nutzung der Ausbildungskapazitäten, Blockpraktika, Reduktion der Gruppengrößen (Demonstration 6, Patientenuntersuchung 2)
9. Novelle 1999: Modellklausel (§ 41)

Bei der Betrachtung äußerer Einflußfaktoren muß ausdrücklich darauf hingewiesen werden, daß mit dem Professorenbesoldungsgesetz (PBG) von 1978 eine neue Entgeltform geschaffen und die vorher durch das Höroergeld leistungsbezogene Vergütung der Hochschullehrer durch eine pauschale Gehaltszahlung abgelöst wurde. Durch diese Sparmaßnahme ist allerdings der akademischen Lehraufgabe jeglicher direkte Marktwert genommen worden, was seither verständlicherweise zu gravierenden Verschiebungen im Selbstverständnis vieler Lehrpersonen an der Universität geführt hat.

Mit der Neufassung der ÄAppO 2002 und ihrer Novellierung 2009 wurde erstmals eine Zieldefinition in die Präambel einer Ausbildungsordnung aufgenommen. Die Formulierung "*...den/die wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete/n Arzt/Ärztin*" war damals Gegenstand einer monatelangen und sehr kontroversen Diskussion, die bis heute andauert und noch immer keine eindeutige Position zur Frage "Was ist Wissenschaftlichkeit im Studium?" erbracht hat.

Der Kritik am von vielen Studierenden oft als theorielastig empfundenen Studium versuchte der Verordnungsgeber durch eine Reihe von Strukturvorgaben zu begegnen. Es kam zur Reduktion der Staatsprüfungen; dem Bedarf an Querverbindungen und damit der Verstärkung einer ganzheitlichen Sicht in der Medizin wurde mit der Schaffung von 22 fächerbezogenen Leistungsnachweisen und 13 Querschnittsbereichen mit Leistungsnachweisen Rechnung getragen. Weiterhin wurden fünf Blockpraktika, Wahlfächer (vorklinisch und klinisch) und (in der Vorklinik) die integrierten Seminare

eingeführt. Das Studium schloß nun mit dem Praktischen Jahr ab, die AiP-Phase entfiel.

Es war offenbar die Intention des Verordnungsgebers, mit der Einführung der Leistungsnachweise und des von den Studierenden dann so genannten "Hammer-Examens" nach dem PJ die Fakultäten dazu zu zwingen, klinische Kurse mit Prüfungen in hoher Qualität einzuführen. Sehen wir uns bundesweit um, so ist das auch als durchaus gelungen anzusehen. Als Resultat dieser neuen Regelungen ist allerdings eine sehr große Vielfalt der Curricula in Deutschland entstanden (Abb. 1).

Vielfalt der Curricula		
21	klassische, fachlich gegliederte Regelstudiengänge	formale Anpassung oder gemäßigte Adaptierung und/oder konzeptuelle Maßnahmen
8	gemäßigt integrative, reformierte Studiengänge	klinischer Abschnitt oder vorklinischer und klinischer Abschnitt
7	voll integrative Modellstudiengänge (Experimentierklausel § 41)	ganzheitlicher Studiengang unter Wegfall der Prüfung M1

Abb. 1: Vielfalt der Curricula nach der ÄAppO von 2002/2009 in Deutschland im Jahr 2010 (siehe auch Symposium "Innovationen im Medizinstudium" des MFT, Berlin, 21.10.2010)

Die ÄAppO von 2002 spricht erstmals explizit den Vermittlungsprozeß an und tut das mit "didaktischen Signalbegriffen":

Der Unterricht soll u. a. sein:

- problemorientiert (soweit zweckmäßig),
- integrierend,
- fächerübergreifend, fächerverbindend,
- themenbezogen, am Gegenstand ausgerichtet,
- praxis- und patientenbezogen.

Dabei geht es um die Verknüpfung des theoretischen und des klinischen

Wissens, indem Seminare als integrierte Veranstaltungen, Querschnittsbe-
reiche ("Unterricht in mindestens 3 Fächern") und gegenstandsbezogene
Studiengruppen als neue methodische Formen eingeführt wurden.

Ein persönlicher Kommentar soll an dieser Stelle eingefügt werden, der ei-
nen Aspekt berührt, der in keiner der hier aufgeführten Ordnungen berück-
sichtigt wurde und wird: Unsere Studierenden sind keine homogene Popula-
tion! Die Ordnungen orientieren sich zumeist an den guten Studierenden
(Abb. 2) und vergessen, daß die Stimmung in einem System und damit die
Erfolgsaussichten aber im Wesentlichen von der Mehrheit der weniger aktiv
Studierenden bestimmt wird.

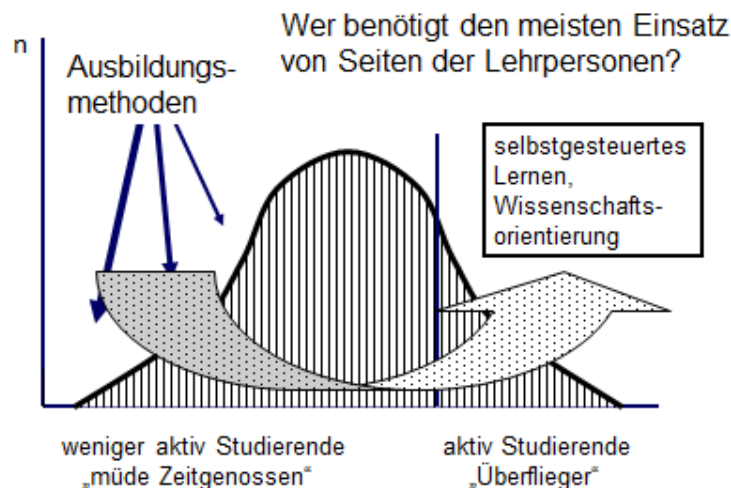


Abb. 2: Verteilung der Studierenden und erforderlicher Ausbildungsaufwand

Das neue Curriculum "MeCuM" an der LMU hat die linke Seite dieser Ver-
teilung besonders im Blick und hat damit über viele Jahre gute Erfolge er-
zielt. Im Zeitalter der personalisierten Medizin sollte daher überlegt werden,
ob nicht auch die Ausbildung stärker personalisiert und an die individuellen
Bedürfnisse der Studierenden angepaßt werden sollte.

Die Hochschullehrer sollten in jedem Fall stärker beachten, daß die Schwä-
cheren einen größeren Einsatz in der Lehre benötigen! Es müssen lokal Me-
thoden entwickelt werden, die vor allem den schwächeren Studierenden zu
einem selbstgesteuerten Lernen verhelfen. Schon 1968 schrieb Dr. Reinhard

Rachold (damals Ministerialdirigent im BMG): *"Wir sind uns dabei bewußt, daß das künftige Niveau des deutschen Arztes nicht entscheidend von diesen Bestimmungen abhängt, sondern von den Lehrern, in deren Hände die Ausbildung gelegt ist."* Diese Aussage ist uneingeschränkt gültig und sollte uns in zukünftigen Diskussionen vor Augen bleiben.

Zieht man eine Zwischenbilanz der ÄAppO von 2002/09, so ist eine Reihe von Erfolgen zu sehen: Es wurden neue Strukturen mit lokalen Differenzierungen geschaffen. Ein Anstieg der Bedeutung der Lehre ist zu verzeichnen, der aber noch nicht ausreichend ist. Die Professionalisierung der Ausbildung ist im Fluß (Medizindidaktik als Fach, konsequentes Training der Ausbilder, vermehrte Evaluationen).

Um das Arztbild jedoch wird nach wie vor gestritten. Ich selbst meine, daß es zuvorderst vor allem um eine Standardisierung bestimmter Fertigkeiten gehen muß. Erst wenn die Famulanten wie auch später die Absolventen erleben, daß sie mit den erlernten Fertigkeiten friktionslos und voll akzeptiert an jeglichem nationalen Weiterbildungsort starten können, kann der Eindruck, das Gefühl bei den Studierenden entstehen, gut ausgebildet zu sein.

Welche Probleme in der Umsetzung der ÄAppO 2002/2009 sehen wir?

Oft steht die Form vor dem Inhalt. Eine formale Vergleichbarkeit der Curricula in Deutschland ist kaum mehr gegeben, ein Wechsel zwischen den Standorten ist nur unter großem bürokratischem Aufwand und meist unter Zeitverlust möglich.

Die Belastung der Hochschullehrer durch die weiterhin gleichzeitigen Anforderungen von Wissenschaft, Lehre und Krankenversorgung hat weiter zugenommen. Das Fehlen eines Marktwertes der Lehre hat eine Querfinanzierung der Wissenschaft und der Krankenversorgung zu Lasten der Ausbildung zur Folge.

Die Schaffung vieler Querschnittsbereiche bzw. die Forderungen nach einer "totalen Integration" haben zur (berechtigten) Sorge um die Entwicklung der

vorklinischen Fächer geführt. Der Mangel an ärztlichem Nachwuchs in diesen Disziplinen ist Beleg für deutlich geänderte Ausgangsbedingungen. Neue integrative Studienordnungen greifen massiv in das Selbstverständnis der Fächer ein.

Das Arztbild befindet sich weiterhin in einer Pendelbewegung zwischen Praxisorientierung versus Wissenschaftsbezug. Nach einer Welle der Verstärkung von praxisnahen Ausbildungselementen wächst nunmehr der Ruf nach mehr Wissenschaftlichkeit im Studium.

Die Befindlichkeit der Studierenden schließlich hat sich dennoch nicht wesentlich verändert: Idealismus steht versus Realität, die Furcht vor dem Einstieg in die Praxis existiert weiterhin. Gerade unter dem Eindruck der sehr unterschiedlichen Curricula wird verständlicherweise von vielen Studierenden eine Standardisierung der Studieninhalte, insbesondere der Fertigkeiten gefordert. Nach wie vor gilt es, die Sorge der Studierenden vor dem Übergang in die Praxis ernst zu nehmen und einem Praxisschock vorzubeugen (siehe dazu auch Nikendei et al., 2009).

Promotion

Die Promotion war für lange Zeit (ab 14. Jh.) der höchste akademische Grad. Sie stellte die Befähigung und Erlaubnis dar, an allen Universitäten zu unterrichten. Die Promotion war später im Humboldt'schen Sinne mit der Dissertation als Nachweis der Fähigkeit zur eigenständigen wissenschaftlichen Arbeit angelegt. Sie ist im 20./21. Jh. das einzige Recht, das den Fakultäten als alleinige Zuständigkeit verblieben ist.

Nach aktuellen Zahlen promovierten in der Medizin 65 %, in der Zahnmedizin 61 %.

Die Promotionsordnungen der Medizinischen Fakultäten in Deutschland sind in ihren Formalia nicht sehr unterschiedlich: In den meisten Ordnungen findet man als Zulassungsvoraussetzung eine meist überdurchschnittliche Examensnote, der Beginn des Verfahrens liegt nach dem Examen, die Betreuung erfolgt durch Hochschullehrer. Der Ablauf der Prüfung ist überall ähnlich. Es werden als schriftliche Leistungen die Dissertation selbst und ei-

ne Begutachtung vorgeschrieben, als mündliche Leistungen die Verteidigung und evtl. ein Rigorosum. Die Publikation erfolgt dann als Buch, Mikrofiche, e-Publikation oder als eine eigenständige qualifizierte Publikation in einer entsprechenden Fachzeitschrift.

In keiner mir zugänglichen medizinischen Promotionsordnung gab es die Vorbedingung einer Note für die Zulassung zum Verfahren, was im Gegensatz zu vielen Ordnungen in den Naturwissenschaften steht. Der genaue Beginn einer medizinischen Promotion ist ebensowenig festgeschrieben.

Liest man dann in der Presse Aussagen, wie im "FOCUS" 9/2011, daß in der Medizin eine Promotion zwischen 0,7 und 7,3 Jahren dauern soll, kann man sich über die Ungenauigkeit solcher Zahlen nur ärgern. Gewöhnlich melden sich Doktoranden erst dann zur Promotion an, wenn ein erfolgreicher Abschluß der Promotionsphase ansteht, was zum Anschein sehr kurzer Promotionsdauern führt. Auch eine Umrechnung auf Vollzeitäquivalente (VZÄ) muß irreführen, wenn dabei lediglich die Präsenzzeiten erfaßt werden.

Mit dem Ziel einer Förderung der Qualität der Promotionen haben einige Fakultäten sehr unterschiedliche Promotionsförderungsprogramme aufgelegt; darüber hinaus existieren Graduiertenkollegs (DFG) und Graduiertenschulen (im Rahmen der Exzellenzinitiative). Aufgelistet in den IT-Auftritten sind u. a.:

Aachen	Greifswald	Mainz
Berlin Charité	Halle	Marburg
Bochum	Hamburg	LMU-München
Bonn	Hannover	TU-München (klin.)
Düsseldorf	Heidelberg	Münster
Erlangen	Homburg	Tübingen
Frankfurt	Leipzig	Ulm
Freiburg	Lübeck	Würzburg
Gießen	Magdeburg	
Göttingen		

Der Nachteil dieser Maßnahmen ist die Beschränkung auf sehr kleine Teilnehmerzahlen, das Gros der Doktoranden wird durch diese Förderung nicht erreicht. An einigen wenigen Universitäten (z. B. Gießen) ist mit einem für alle Studierenden zugänglichen, wissenschaftsorientierten Einführungs- und

Aktivierungsprogramm begonnen worden.

Noch weniger häufig finden wir in Deutschland M.D./Ph.D.-Programme, wie z. B. an den Fakultäten:

Aachen	Greifswald
Berlin Charité	Hannover
Bonn	Köln
Dresden	Leipzig
Düsseldorf	LMU-München
Essen	TU-München (klin.)
Gießen	Würzburg
Göttingen	

Bei diesen an sich sehr hochwertigen Programmen wird allerdings nur eine sehr begrenzte Zahl von hervorragenden Doktoranden gefördert, so daß das Gesamtsystem dadurch nicht beeinflußt wird.

Oft genug wird die Frage gestellt, welche Rolle die studentischen Doktoranden in der Forschung spielen. Aus Kommentaren von Kollegen ergibt sich, daß als Pros die Arbeitsleistung im Labor, die unmittelbare Einführung in die reale Wissenschaft, eine frühzeitige Eröffnung des Karrierewegs und die Integration in wissenschaftliche Netzwerke stehen. (Nach Meinung von Kollegen würde die Forschungstätigkeit um 50 % zurückgehen, würden die studentischen Doktoranden in der Medizin fehlen.)

Die Contras sollten jedoch nicht übersehen werden. Dazu gehören die zeitliche Überforderung des/der Doktoranden/in, die oft gar zu zeitraubende Ablenkung vom eigentlichen Ausbildungsziel, in manchen Fällen eine mentale Überforderung neben dem Lernen des "Stoffes". Probleme können auch aus dem Fehlen jeglicher vertraglichen Absicherung entstehen, wie dies – abgesehen von Einzelfällen – im Allgemeinen der Fall ist. Ein besonders gravierendes Problem stellt darüber hinaus die Heterogenität und die Qualität der Betreuung dar. Gerade diesem Aspekt sollte von den Fakultäten über ein zu etablierendes Qualitätsmanagement vermehrt Augenmerk geschenkt wer-

den.

Habilitation

Ein letzter, knapper Kommentar soll sich der Habilitation widmen.

Die Einführung der Habilitation und damit die Ablösung der Dissertation als dem höchsten akademischen Grad fand erst in der Mitte des 18. Jhs. statt. Es war zu einer inflationären Zunahme der Zahl von Promotionen gekommen, der offenbar entgegengesteuert werden mußte. Mit der "Facultas docendi" (Dr. med. habil.) wurde nun der Nachweis der Befähigung zur eigenständigen wissenschaftlichen Tätigkeit erbracht. Die Bedeutung der Habilitation als Voraussetzung für eine Professur ist in Deutschland inzwischen abgeschwächt. In der Medizin ist die Habilitation allerdings für eine extrauniversitäre Chefarzt-Karriere nach wie vor von hoher Bedeutung.

Während in anderen Fachgebieten die Zahl der Habilitationen langsam abgenommen hat, ist sie in der Medizin auf einem fast unverändert hohen Stand geblieben (Abb. 3). Der Versuch der Politik, über die Möglichkeit der Anerkennung einer gleichwertigen Eignung, die von der jeweiligen Berufungskommission festgestellt werden kann, die Berufung von Professoren auch ohne Habilitation zu erlauben oder mit der Einführung der Juniorprofessur die Habilitation abzuschaffen, ist in der Medizin weitgehend mißlungen. Vielmehr ist der Anspruch an die Habilitation eher gestiegen (Siehe dazu z. B. Knobloch et al., 2011).

Habilitationen nach Fächergruppen 1999 – 2010 (BA Statistik 2011)						
Jahr	Insgesamt	Humanities	Recht, etc.	Naturwiss.	Med./Gesun	Übrige F
Habilitationen insgesamt						
1999	1 926	368	210	563	625	160
2000	2 128	410	253	587	700	178
2001	2 199	445	214	528	811	201
2002	2 302	467	225	557	849	204
2003	2 209	439	242	477	873	178
2004	2 283	466	241	478	910	188
2005	2 001	371	225	371	856	178
2006	1 993	374	195	377	894	153
2007	1 881	354	163	376	846	142
2008	1 800	343	176	330	811	140
2009	1 820	349	182	337	816	136
2010	1 755	318	139	295	867	136

Abb. 3: Zahl der Habilitationen in Deutschland laut BA Statistik (www.destatis.de)

Die 2002 eingeführte Juniorprofessur war in der Medizin nicht wirklich erfolgreich (Abb. 4).

	W2/C3 + W3/C4	Habilitationen	Juniorprofessuren
2002	37.861	2.302	102
2005		2.001	639
2009	40.165	1.820	994

Abb. 4: Zahl der Hochschullehrer/innen in Deutschland laut BA Statistik (www.destatis.de) und BUWIN 2008)

Die Gründe sind einfach: Die hohe Lehrbelastung, die im Vergleich zur W2- oder W3-Professur nur geringe Ausstattung, der hohe Anspruch an Selbstständigkeit zu einer Zeit, in der man gerade lernt, eine Arbeitsgruppe zu leiten, und die an den meisten Hochschulen fehlenden Überleitungsmöglich-

keiten in Dauerstellen (tenure-track) lassen die Juniorprofessur insbesondere in der Medizin für viele Bewerber nicht attraktiv erscheinen.

Vergleichen wir die Habilitation mit dem Ph.D., so treten deutliche Unterschiede zutage (Abb. 5).

	Ph.D.	Habilitation
Voraussetzung	abgeschl. Diplom/MA	abgeschl. Diplom/MA
Anspruch	2 – 4 Publikationen	20+ Publikationen
Lehrerfahrung	ggf.	Nachweis von Lehrtätigkeit
Zeitraumen	2 – 4 Jahre	5 – 10 Jahre
Regelwerk	Studienordnung	Landesgesetz

Abb. 5: Aufwand für die Habilitation und Abgrenzung zum Ph.D.

Ein – manchmal vorgeschlagener – Ersatz der Habilitation durch den Ph.D. wird schon aus diesen grundsätzlichen Differenzen heraus nicht möglich sein.

Aus meiner persönlichen Sicht ist es sehr erfreulich, daß einige Habilitationsordnungen in Deutschland Elemente des Hochschullehrertrainings mit dem Ziel einer Förderung der Professionalisierung in Curriculums- und Ausbildungsfragen, Rhetorik und Didaktik aufgenommen haben. Eine gesunde medizinische Lehre unter wissenschaftlichen Aspekten und damit Gewährleistung einer forscherbasierten – wenn schon nicht forschungs-basierten – Ausbildung kann nur stattfinden, wenn die besten Wissenschaftler ihren Anteil an der Ausbildung begeistert und kompetent übernehmen.

Zusammenfassung

Als Zusammenfassung für das Medizinstudium soll stehen, daß die Spannung zwischen direkter Berufsorientierung und weiterführendem wissenschaftlichem Verständnis weiterhin prägend ist. Die Lösung wird in der Standardisierung, im Engagement der Forscher und in der Schaffung eines Marktwertes für die Ausbildungsaufgabe liegen.

Die Promotion wird in ihrer Bedeutung für Studierende wie für die Universität unterschätzt, sie ist aber sehr heterogen, insbesondere in ihrer Betreuung. Will man die Promotion nicht komplett hinter den Abschluß des Studiums legen, so könnte eine mögliche Lösung in der Schaffung von (verpflichtenden) Graduiertenschulen liegen.

Die Habilitation hat ein historisches Gewicht. Sie ist nach wie vor von großer Bedeutung für die außeruniversitäre Karriere. Eine reine "Karriereforschung", die nach der Habilitation endet, könnte durch die Vergabe von Titular-Professuren beseitigt werden.