

Aufnahmekapazität und Ausbildungsqualität⁵

Rede vor dem ordentlichen Medizinischen Fakultätentag (oMFT) in Freiburg,
11.6.2004

Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren!

In fast allen westlichen Industriestaaten übersteigt die Zahl der Bewerber um einen Studienplatz im Medizinstudium erheblich die Zahl der vorhandenen Plätze. Nach Auskunft der Zentralen Vergabestelle für Studienplätze in Deutschland (ZVS) bewarben sich zum WS 2003/2004 für das erste Fachsemester Medizin knapp 29.000 Bewerberinnen und Bewerber. Dem stand eine Gesamtkapazität von 8.320 Plätzen gegenüber. Es konnten also nur etwa 29 % zugelassen werden. Die meisten Studierenden der Medizin, etwa 93 %, werden direkt von der ZVS zugelassen. Zwar hätten die Hochschulen die Möglichkeit, insgesamt etwa 17 % selbst zuzulassen, aber dieses eigene Auswahlverfahren wird nur zum geringen Teil genutzt, da auch die hochschuleigene Auswahl nicht frei ist, sondern nach Kriterien der ZVS erfolgen muss. Aufwand und Effekt der Eigenauswahl stehen daher in einem ungünstigen Verhältnis, zudem fehlen den Hochschulen die finanziellen Ressourcen, um valide Auswahlverfahren aufzubauen.

Die Frage der Zulassung zum Medizinstudium hat offenbar zwei Dimensionen:

1. Wie viele Studierende sollen zugelassen werden?
2. Welches sind die bestgeeigneten Studierenden, die man auswählen sollte?

Beide Fragen haben natürlich einen engen Bezug zur Ausbildungsqualität. Es ist evident, dass ein ungünstiges Verhältnis zwischen Zahl der Lehrenden und Zahl der Studierenden dazu zwingt, überwiegend große Massenveranstaltungen durchzuführen. Aber auch die Frage der Auswahl ist eng mit dem Lehrerfolg verbunden, da natürlich besser vorgebildete, auffassungsfähigere und motiviertere Studierende besser unterrichtet werden können als schlecht vorgebildete und unmotivierte.

Bevor ich auf die Verhältnisse in Deutschland eingehe, sei ein kurzer Blick ins Ausland gestattet. Unter den vielen Varianten möchte ich eine herausgreifen, die neue Zulassungsregelung der University of Sydney aus dem Jahr 2000, der sich mittlerweile drei weitere australische Universitäten angeschlossen haben [1]. Die Änderung erschien der Universität erforderlich im Zusammenhang mit einer Änderung des Curriculums. Das Medizinstudium an der University of Sydney wurde umgestellt von einem 6-jährigen Studium nach High School-Abschluss auf ein 4-jähriges nach einem Bachelor-Studium von drei Jahren, d. h. die gesamte Studienzzeit wurde um ein Jahr verlängert. Das neue Curriculum soll von der Fächerorientierung wegführen, hin zu Problemorientierung. Weniger direkte Wissens-

⁵ Tagungsbericht des oMFT 2004, Selbstverlag des MFT, Frankfurt/M, pp 181-194; gekürzt veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt Jahrgang 101, Heft 46 vom 12.11.2004. Mit freundlicher Genehmigung.

vermittlung, dafür mehr Anleitung zum Selbststudium und Verbesserung der „computer skills“ sind beabsichtigt, um den Studierenden einen eigenständigen Eingang in eine „evidence based medicine“ u. a. auch über ein „web side based learning“ zu ermöglichen. Um den Erfolg dieses neuen Curriculums zu gewährleisten, schien eine Änderung der Zulassungspraxis nötig. Bis dahin wurden an der University of Sydney die Studierenden zu 93 % nach Schulnoten ausgewählt, wobei die besten Noten die größte Zulassungschance einräumten. Nunmehr sollte die Auswahl auf drei Säulen gestellt werden:

1. Ein Bachelor-Studium von drei Jahren, das mit sehr gutem Erfolg abgeschlossen sein muss (grade point average > 5,5 von 7). Dieses Kriterium sollte sicherstellen, dass die Bewerber bereits ihre Fähigkeit zum akademischen Arbeiten erwiesen haben.
2. Ein „admission test“ (GAMSAT = Graduate Australian Medical School Admission Test). Dieser Test soll feststellen, dass ausreichende Kenntnisse in den Natur- und Sozialwissenschaften vorliegen, die Studierenden über eine gute Fähigkeit verfügen, sich auf Englisch auszudrücken. Er soll zudem „problem solving skills“ testen. Der GAMSAT spielt eine Schlüsselrolle bei der Zulassung, da er den Bewerbern auch zeigen soll, welche Kenntnisse und welche Fähigkeit sie besitzen müssen, um erfolgreich das Medizinstudium zu bewältigen.
3. Als dritte Säule der Zulassung dient ein semi-strukturiertes Interview, zu dem die Bewerber aufgrund ihres „rankings“ im GAMSAT zugelassen werden. In diesem Interview geht es um soziale Kompetenz, Motivation und die realistische Einschätzung von festgesetzten Zielen.

Die Auswahlkriterien der University of Sydney sind in unserem Zusammenhang deswegen so interessant, weil hier ein Auswahlverfahren kurz skizziert wurde, bei dem es ausschließlich um die Auswahl der potentiell besten Studierenden als Voraussetzung für einen erfolgreichen Studienabschluss geht. Die Frage der Zulassungszahl ist auf der Basis des vorhandenen Lehrkörpers und der Anforderungen des Curriculums bereits vorab entschieden und wird nicht hinterfragt.

Das deutsche Zulassungsrecht: Von dem hier geschilderten Aufnahmeverfahren unterscheidet sich das Zulassungsrecht der Bundesrepublik Deutschland ganz grundlegend. Dieses Zulassungsrecht ist einmalig in der gesamten westlichen Welt und nur auf dem Hintergrund unserer Verfassungsgeschichte zu verstehen. Zulassung zum Hochschulstudium ist an sich Sache der Bundesländer. Gleichzeitig müssen aber einheitliche Verhältnisse im Bundesgebiet geschaffen werden. Diese Vereinheitlichung wurde in erster Linie durch die Gerichtsbarkeit geschaffen und sichergestellt. Am Anfang stand eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 18.07.1972. In dieser Entscheidung wurde die Grundlage des deutschen Zulassungsrechts festgelegt, die seitdem vor allem durch Gerichtsentscheidungen ausgestaltet wurde [2]. Die Gesetzgebung von Bund und Ländern hinkte richterlichen Festlegungen jeweils hinterher, zunächst in Form von Staatsverträgen

der Länder, dann durch ein Bundesrahmengesetz und schließlich wieder durch Staatsverträge.

In dem Urteil von 1972 legt das Bundesverfassungsgericht fest, dass jeder hochschulreife Staatsbürger Anspruch auf Zutritt zu einer staatlichen Bildungseinrichtung seiner Wahl hat, wenn er das formale Kriterium der Hochschulreife erfüllt. Dieses Recht wird abgeleitet aus einem Recht auf Teilhabe an den vom Staat zur Verfügung gestellten Ressourcen, ein Grundsatz, den das Bundesverfassungsgericht aus Artikel 12 GG (Freiheit der Berufswahl) ableitet. Wenn diese Freiheit aus Gründen der Knappheit der Ressourcen eingeschränkt werden muss, dann erfordert das eine gesetzliche Regelung, deren Einhaltung gerichtlich überprüft werden kann. Das Zulassungsrecht in der Bundesrepublik Deutschland, das in voller Schärfe fast ausschließlich die Medizin und die Zahnmedizin betrifft, war von Anfang an – salopp ausgedrückt – ein „Richterrecht“. Es ist ausschließlich getragen vom Gesichtspunkt der sozialen Gerechtigkeit. Der Staatsbürger hat Anspruch auf staatliche Leistungen, die seine Lebenschancen durch Teilhabe an einem attraktiven, sozial geachteten und einkommensträchtigen Beruf erhöhen.

Dieses Urteil des BVerfG war Voraussetzung für den Staatsvertrag der Länder zur Einrichtung der ZVS (= Zentrale Vergabestelle für Studienplätze in Deutschland), das mittlerweile sechsmal novellierte Hochschulrahmengesetz und vor allem für die „numerus-clausus“-Prozesse, in denen Studienplatzanwärter stetig mehr Studienplätze an einer deutschen Hochschule erstritten, ohne dass die Ressourcen der Universitäten deswegen erhöht wurden. Die wichtigsten Eckpunkte der Gerichtsentscheidungen sind:

1. Die Verpflichtung der Fakultäten zur erschöpfenden Nutzung der Ausbildungsqualität (diese Forderung ging wörtlich in die gültige Kapazitätsverordnung ein).
2. Das Verbot der Kapazitätsvernichtung durch „unerlaubte Qualitätspflege“.
3. Schaffung eines eigenständigen Studiengangs „Vorklinische Medizin“.

Der dritte Punkt war entscheidend für die gerichtliche Kontrolle der Punkte 1 und 2: Dadurch, dass die Erstzulassung ausschließlich an der Personalkapazität der vorklinischen Institute gemessen wurde, war ein einfaches Kriterium entstanden, nach dem Erstzulassungszahlen festgelegt werden können, ohne auf die Entwicklung der Medizin, die nach Stand der Dinge schwankende Zahl der Betten und die problematische Zahl der für die Lehre verfügbaren Patienten eingehen zu müssen. Zwar bestimmt jede Universität auch die Lehrkapazität für den klinischen Studienabschnitt. Diese war aber selten oder nie Gegenstand gerichtlicher Überprüfung (Stand 2004).

Die Auswirkung der deutschen Praxis, die Zulassung zum Medizinstudium durch ein einseitig am Gedanken der größtmöglichen Zulassungszahl ausgerichtetes „Richterrecht“ regeln zu lassen, muss unter zwei Aspekten betrachtet werden, dem qualitativen („Wer soll nach welchen Auswahlkriterien zugelassen werden?“) und dem quantitativen („Wie viele sollen zugelassen werden?“).

Auswahlkriterien: Wenden wir uns zunächst den Auswahlkriterien zu, d. h. der Frage, welche Studierenden sollen aus den Bewerbern ausgewählt werden: In Deutschland werden derzeit drei Viertel der Studienplätze ausschließlich nach dem Kriterium „Durchschnittsnote im Abitur“ vergeben. Dieses Kriterium erwies sich als das am einfachsten und billigsten durch die ZVS bestimmbare Kriterium und konnte sich als alleiniges Auswahlkriterium nur deshalb durchsetzen, weil es ja ohnedies nur um Verteilungsgerechtigkeit geht und nicht um optimale Auswahl. Die Probleme sind bekannt und wurden erst unlängst in einer Denkschrift des Wissenschaftsrates [3] nochmals ausführlich beschrieben: Die Vergleichbarkeit der Abiturnoten ist selbst innerhalb eines Bundeslandes nicht gegeben. Die Mathematisierung der Abiturnoten ist fragwürdig, da Notenskalen, die selbst kaum den Rang einer Rationalskala haben, in Mittelwerte eingehen, die auf zwei Stellen hinter dem Komma berechnet werden müssen. Zum Ausgleich der Unterschiede zwischen Bundesländern mussten Korrekturfaktoren eingeführt werden, um Benachteiligungen ganzer Landstriche zu vermeiden, usw.

Es gibt kaum einen Hinweis darauf, dass die durchschnittliche Abiturnote die beste eignungs- und vor allem motivationsgerechte Auswahl sicherstellt. Immerhin hatten 40 % der Studienabbrecher sehr gute Abiturnoten. Motivation und andere Persönlichkeitsfaktoren werden mit diesem Kriterium naturgemäß kaum erfasst. Die Vorteile der Abiturnote bestehen darin, dass sie zweifellos eine hochsignifikante, positive Korrelation mit dem Erfolg im Physikum aufweist. Dabei ist die Durchschnittsnote im Abitur ein besserer Prädiktor des Erfolgs im Physikum, als es Einzelnoten sind (Korrelation ca. 0,4). Interessanterweise war allerdings die Kombination des Zulassungstests, der für einige Jahre bei der Zulassung zum Medizinstudium mit entschied, mit dem Abitur ein besserer Prädiktor als das Abitur allein. Der Test wurde trotzdem wieder aufgegeben, ausschließlich aus Kostengründen, ein Beleg für meine These, dass es in Deutschland gar nicht um eine optimale Auswahl geht.

Es wird allgemein angenommen, dass eine Kombination von Auswahlverfahren, wenn sie denn im Einzelnen valide sind, zu besseren Ergebnissen führt als ein einzelnes Auswahlkriterium; aus diesem Gedanken wurde auch das oben skizzierte Verfahren der Universität Sydney abgeleitet.

Zulassungszahl: Für die Erstzulassung zum Medizinstudium wird nach gültigem deutschen Zulassungsrecht die Lehrkapazität festgelegt durch die Summe der Lehrdeputate der Einheit „Vorklinische Medizin“ minus der Lehrdeputate, die diese Lehrereinheit für nicht zugeordnete Studiengänge aufbringen muss (Lehrexporte z. B. für die Studiengänge Pharmazie, Psychologie, Informatik usw.), vermindert außerdem um Lehrdeputatsminderungen, aber erhöht um Lehrimporte, die z. B. aus den Naturwissenschaften oder aus der klinischen Medizin eingebracht werden. Aus all diesen Parametern wird ein gewichteter Curricularanteil berechnet, der die Zulassungskapazität einer Fakultät bestimmt. Dabei zählen nicht besetzte Stellen wie besetzte. Noch grotesker ist, dass Stellen, die von der Universität

eingezogen wurden, nach verschiedenen Gerichtsentscheidungen weiterhin als kapazitätswirksam gelten können, wenn die Gerichte diesen Einzug als Willkürmaßnahme der Universität interpretieren. Wie viele Studenten entsprechend diesem gewichteten Curricularanteil von einer Fakultät unterrichtet werden können, ergibt sich aus dem Curricularnormwert (CNW). Letzterer wird berechnet aus der Zahl der Unterrichtsstunden, die mit Gewichtungsfaktoren versehen werden (z.B. ein Seminar mit 1, ein Praktikum mit 0,5 usw.). Ferner geht die Betreuungsrelation ein (bei einem Seminar 20 Studierende, bei einem Praktikum 15, bei Vorlesungen praktisch unbegrenzt). Der CNW multipliziert mit der Studentenzahl ergibt den Lehrbedarf in Deputatsstunden, der mit dem gewichteten Curricularanteil übereinstimmen muss.

Dieses formale Rechenwerk setzt einen bestimmten Stundenplan voraus mit einer bestimmten Zahl von Unterrichtsveranstaltungen eines streng genormten Typs. Konsequenterweise wurde von den Gerichten bis zur Einführung der neuen Approbationsordnung (ÄAppO) im Herbst 2003 nicht die Unterrichtswirklichkeit an den einzelnen Fakultäten zugrunde gelegt, auch nicht die von den Länderministerien genehmigten Studienpläne der Fakultäten, sondern ein „Musterstudienplan ZVS“, der somit für ganz Deutschland die Ausbildungskapazität festlegte. Wenn die Studienpläne der Fakultäten über die Anforderung dieses „Musterstudienplans ZVS“ hinausgingen, dann war das nicht kapazitätswirksam. Mit Inkrafttreten der neuen ÄAppO zum WS 03/04 ergaben sich nun ganz neue Probleme, die bereits zu einer neuen Welle von Prozessen um Zulassung zum Medizinstudium geführt haben, in denen Studierwillige deutschlandweit vor allem von der Anwaltskanzlei *Brehm, Breimersdorfer* und *Zimmerling* sehr professionell vertreten werden.

Die neue ÄAppO schließt Musterstudienpläne insofern aus, als sie von einer höheren Eigenverantwortung der Fakultäten ausgeht, die mehr Gestaltungsfreiheit bei der Organisation des Unterrichts haben sollen. Außerdem fordert die neue ÄAppO „Längsvernetzung“. Dabei war ursprünglich daran gedacht, dass ein Teil der Lehrdeputate des Lehrpersonals der vorklinischen Medizin künftig im klinischen Studienabschnitt eingebracht wird, während klinische Lehrdeputate in den vorklinischen Studiengang einfließen, um diese „Längsvernetzung“ des Unterrichts zu ermöglichen. Dazu wurden im ersten Studienabschnitt Seminare „mit klinischem Bezug“ und „unter Beteiligung geeigneter klinischer Fächer“ mit einer bestimmten Stundenzahl verpflichtend eingeführt. Hier erhob sich sofort ein Rechtsstreit, ob diese Seminare zwingend ausschließlich oder zumindest zu einem größeren Teil von Klinikern durchgeführt werden müssen. Dieser Streit ist nunmehr vom Oberverwaltungsgericht Magdeburg insoweit entschieden, als die neue ÄAppO keine zwingende Verpflichtung enthält, diese Seminare von Klinikern durchführen zu lassen. Eine derartige Durchführung würde auch auf große praktische und organisatorische Schwierigkeiten stoßen und außerdem die Systematik des Unterrichts nach der neuen ÄAppO sprengen, die ja durch die Prüfungsordnung zum ersten Staatsexamen (welches das Physikikum künftig ersetzt) festlegt,

dass in diesem ersten Abschnitt nach wie vor die Fächer Physiologie, Biochemie und Anatomie vermittelt werden sollen, wenn auch mit „klinischem Bezug“. Die Prüfungen werden von Professoren der vorklinischen Medizin abgehalten, die somit auch für die Gestaltung des Unterrichts mit dem klinischen Bezug verantwortlich bleiben müssen. Immerhin ist es denkbar, dass einzelne Fakultäten über diese Festlegung hinausgehen wollen und vermehrt Unterricht durch Kliniker in die Vorklinik einführen, wenn die örtlichen Verhältnisse das nahelegen. Die Organisationsfreiheit, die von der neuen ÄAppO angestrebt wird, sollte ihnen das gestatten. Durch das Kapazitätsrecht werden sie aber eher daran gehindert, da eine solche Einführung zusätzlicher Unterrichtselemente in die Vorklinik, die durch Kliniker vermittelt werden, zu einem unkalkulierbaren Kapazitätsrisiko wird, das den gesamten übrigen Unterricht zu sprengen droht. Zudem wurde bisher noch von keinem einzigen Verwaltungsgericht anerkannt, dass ein Teil der vorklinischen Lehrleistung in den klinischen Studienabschnitt eingebracht werden kann. Es liegt auf der Hand, zu befürchten, dass die Gerichte dieses Unterfangen als „kapazitätsvernichtende Niveauflege“ ansehen und ihre Zustimmung versagen.

Ein Beispiel dafür, dass diese Befürchtungen nicht unbegründet sind, bietet die Universität Ulm, die nach Einführung eines mittlerweile wieder aufgegebenen Programms, nach dem Tutoren Seminare leiten sollten, eine Gerichtszulassung von 76 Studierenden auf einen Schlag bekam, was die Organisation eines sinnvollen Unterrichts – vorsichtig ausgedrückt – in Schwierigkeiten brachte. Eine Fakultät, die unter diesen Bedingungen innovative Reformen erproben will, geht ein unkalkulierbares Risiko ein. Studiendekane, die solches vorschlagen, sind Hasardeure. Hier liegt die eigentliche Bedrohung der Qualität der medizinischen Lehre: die rigide Gerichtspraxis und das Verbot der „Niveauflege“ fördern Sterilität und Ineffizienz der Mediziner Ausbildung.

Das Problem wird verschärft durch die Reformstudiengänge, die nach dem Harvard-Modell und den Vorbildern von Universitäten wie Maastricht und McMasters von verschiedenen deutschen Fakultäten erprobt werden. Bislang sind diese Reformstudiengänge, in denen kleine Gruppen einen integrierten Unterricht erfahren, in dem die Fachgrenzen weitgehend aufgelöst sind, noch nicht kapazitätsrelevant geworden, da in der Regel nur eine kleine Zahl Studierender in den Reformstudiengängen unterrichtet wird. Sobald Reformstudiengänge aber eine größere Zahl von Studierenden erfassen, werden die Gerichte wohl dazu übergehen, den Personalbedarf der Einheit „Vorklinische Medizin“ in diesen Reformstudiengängen einer exakten Überprüfung zu unterziehen.

Wie sollte eine sinnvolle Reform des Zulassungsrechts aussehen? Aus dem Gesagten geht, denke ich, klar hervor, dass wegen der derzeitigen Kapazitätsverordnung und der Praxis der Verwaltungsgerichtssprechung die Weiterentwicklung der Lehre in der Medizin auf ganz enge Grenzen stößt. Interessanterweise ignoriert der Wissenschaftsrat in seiner Denkschrift vom Januar 2004 „Empfehlungen zur Reform des Hochschulzuganges“ dieses Problem weitgehend, möglicherweise weil

es nur wenige Fächer betrifft, in seiner ganzen Schärfe nur die Medizin. In dieser Denkschrift des Wissenschaftsrats wird vorgeschlagen: *„Die Möglichkeit, Studienangebote, die entweder durch Inanspruchnahme von Reformklauseln, oder durch besondere Ausrichtung ... ein spezifisches Profil aufweisen, aus der Reihe der in ein bundesweites Verfahren einbezogenen Studiengänge herauszunehmen, soll künftig ausgeweitet und noch stärker als bisher in Anspruch genommen werden. Sinnvoll wäre dies beispielsweise für solche Studiengänge, die in besonders engem Zusammenhang mit leistungsfähiger Forschung oder auch mit spezifischen Praxisbezügen durchgeführt werden.“* Angesichts der Rechtssprechung in Deutschland halte ich diesen Vorschlag zumindest für das Medizin- und Zahnmedizinstudium für einen frommen Wunsch. Ebenso ungeeignet scheint mir der Vorschlag, ganze medizinische Fakultäten zu Lehrfakultäten zu machen, während andere als Forschungsfakultäten eine geringere Studentenzahl aufnehmen dürften, möglicherweise mit anderen Auswahlkriterien. Ich halte es für wenig wahrscheinlich, dass die Rechtssprechung der Verwaltungsgerichte da mitmachen wird.

Da das derzeitige Zulassungsrecht in Deutschland offenbar ein Innovationshemmnis ist, wurde seit Jahren erwogen, statt der vorklinischen Kapazität den „Kostennormwert“ (KNW) für die Auswahl der Studierenden in der Medizin heranzuziehen. Derzeit wird der KNW zwar in einigen Bundesländern zur Verteilung der Mittel für Lehre verwendet (in Baden-Württemberg und in Hessen), es besteht aber die Gefahr, dass er auf absehbare Zeit nicht zur Kapazitätsfestlegung herangezogen werden kann. Offenbar wird befürchtet, dass die nach dem derzeit diskutierten KNW-Modell vorgesehene Trennung von Grundausrüstung und Ergänzungsausrüstung ärmere Bundesländer veranlassen wird, den Universitäten nur eine Grundausrüstung zur Verfügung zu stellen mit der Folge einer Auseinanderentwicklung der Arbeitsbedingungen an verschiedenen deutschen Universitäten. Ich verstehe diesen Einwand nicht ganz. Ist denn die geplante Einrichtung von „Eliteuniversitäten“ und „Exzellenzzentren“ etwas anderes? Ein weiteres Bedenken liegt darin, dass die Berechnung nach KNW-Wert zu einer neuen Welle von Verwaltungsgerichtsprozessen führen wird, in denen die Gerichte die exakte Verteilung der Mittel nachprüfen, die nach dem KNW-Wert zugewiesen werden. Da die Kostentrennung auf Grund des derzeitigen Zuweisungssystems kaum „gerichtsfest“ vollzogen werden kann, würde es Jahre dauern, bevor die Welle dieser Verwaltungsgerichtsprozesse abgeschlossen ist.

Letztendlich ist die Misere der medizinischen Ausbildung die Bankrotterklärung einer einfalllosen Politik, die sich seit drei Jahrzehnten damit begnügt, das Bundesverfassungsgerichtsurteil von 1972 fortzuschreiben, die es aber versäumt hat, den Universitäten Rechtssicherheit in der simplen Frage der Zahl der zuzulassenden Medizinstudenten zu geben. Der geschilderte Zustand ist wohl ein Musterbeispiel für das, was man in Deutschland seit Jahren „Reformstau“ zu nennen beliebt. Eine Reform, die den Universitäten Rechtssicherheit gibt, erfordert wohl mehr als nur eine Änderung der Kapazitätsverordnung. Um eine transparente Trennungsrechnung zu gewährleisten, bedarf es einer grundlegenden Reform des

universitären Besoldungsrechtes, die mit dem neuen Hochschulrahmengesetz und der Einführung der W-Besoldung gerade nicht erreicht wird.

In einer neuen KapVO müssten die Zulassungszahlen nach einem KNW-Wert bestimmt werden, der nachvollziehbar nur die Mittel für die curriculare Lehre berücksichtigt. Dazu ist eine klare Trennung vorzunehmen, nicht nur zwischen den Kosten für Krankenversorgung und Forschung/Lehre, sondern auch zwischen der curricularen Lehre und der Forschung, die natürlich immer auch mit Lehre verbunden ist (z. B. Ausbildung von Forschern, Fortgeschrittenenseminare und all das, was sich *Wilhelm von Humboldt* als Lehraufgabe der Universitäten vorstellte). Die curriculare Lehre muss als eigene, von den Gerichten überprüfbare Kostengröße ausgewiesen sein, und die Verwendung dieser Mittel muss transparent gemacht werden. Wird die Trennungs- oder Transparenzrechnung in dieser Weise durchgeführt, wird sich die Politik auch dazu bekennen müssen, dass die Universitäten neben den Mitteln für die curriculare Lehre einen eigenständigen Anteil finanzieller Zuwendung für die Forschung und für die forschungsbezogene Lehre benötigen, der nicht mit der Mittelzuweisung für die curriculare Lehre vermengt werden darf, die ja nicht der Forschung und der Ausbildung von Forschern dient, sondern der Berufsausbildung.

Diese Trennung wird allerdings nicht gelingen ohne eine Änderung unseres Besoldungsrechts. Dazu muss in den Arbeitsverträgen klar der Anteil für die curriculare Lehre ausgewiesen werden. Für die Gesamtzahl der Lehrenden entspricht dieser rechnerische Anteil der staatlichen Zuwendung für curriculare Lehre, d. h. die Fakultät muss darauf achten, dass eine ausreichende Zahl von Stellen mit hohem Lehranteil vergeben wird. Darüber hinaus sollte dieses System flexibel sein und es ermöglichen, die Karrieren von Hochschullehrern, die sich überwiegend der Lehre widmen, von solchen zu unterscheiden, die sich überwiegend mit Forschung und/oder Krankenversorgung beschäftigen. Dabei kann es nicht darum gehen, den früheren „Studienrat im Hochschuldienst“ wieder einzuführen. Vielmehr sollte es möglich sein, individuelle Dienstverträge abzuschließen, in denen die Anteile der Tätigkeit in der Forschung und in der Lehre unterschiedlich festgesetzt werden können. Diese Änderung des Dienstrechtes würde übrigens die offenkundigen Probleme auflösen, die mit den Lehrdeputaten verbunden sind. Ein Professor, der z. B. zur Ausgestaltung des Forschungsprofils einer Fakultät auf einen Lehrstuhl für „Experimentelle Onkologie“ berufen wird, kann auch bei gutem Willen keine 8 SWS curriculare Lehre erbringen. Ein Professor für Anatomie muss hingegen in aller Regel eher mehr leisten, da seine Position das erfordert. Die Festlegung der Gehaltsanteile für die Lehre würde es zusammen mit einer im Einzelnen ausgewiesenen Zuwendung für Sachkosten und Hilfskraftmittel ermöglichen, den Landeszuschuss für die curriculare Lehre nachvollziehbar den entsprechenden Ausgaben zuzuordnen.

Zusätzlich könnte Flexibilität dadurch eingeführt werden, dass die Zuordnungen größerer Lehranteile oder größerer Forschungsanteile in einem Arbeitsvertrag im

Verlauf einer Hochschulkarriere verändert werden können. Ältere Hochschullehrer, die nicht mehr so forschungsaktiv sind, könnten dynamisch höhere Lehranteile übernehmen zugunsten jüngerer Forscher, ohne dass sich die Summe der Lehrdeputate ändert. Für solche Hochschullehrer, die ihre Karriere überwiegend auf eine nachweisbar hochqualifizierte Lehre aufbauen und die Forschung nur in kleinerem Umfang selbst betreiben, sollten zusätzlich eigene Karriereanreize geschaffen werden, die schon darin bestehen können, dass naturgemäß in vielen Fächern mehr Kontingente für die Lehre als für die Forschung zur Verfügung stehen werden und somit Stellen mit einem höheren Lehranteil leichter zu erhalten sind.

Es ist mir klar, dass diese Vorschläge sich weit vom derzeit geltenden Zulassungs- und Hochschulrecht entfernen. Ich denke aber, dass die Politik es sich nicht leisten sollte, auf diesem Gebiet auf Dauer in Untätigkeit das Gesetz des Handelns den Gerichten allein zu überlassen.

Literatur

- (1) Department of Educational Development and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Sydney (May 2000): Innovation in Medical Education. A case study from the University of Sydney.
- (2) Wissenschaftsrat (2004): Empfehlungen zur Reform des Hochschulzugangs. Anhang 1: Geschichte des Hochschulzugangs in Deutschland.