

Aus der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. U. Stüttgen)  
Westdeutsche Kieferklinik  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Zahnmedizinische Dissertationen  
in der Medizinischen Akademie / Universität Düsseldorf  
im Zeitraum zwischen 1935 und 2002**

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der  
Zahnmedizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf

vorgelegt von

Martina Klöser

2005

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr. W. Raab, Dekan

Referent: Prof. Dr. A. Hugger

Korreferent: Univ.-Prof. Dr. Dr. A. Labisch

Meinen lieben Eltern  
in Dankbarkeit gewidmet

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Die heutige Definition des Zahnarzt-Berufes .....	1
1.2	Die Geschichte der Zahnheilkunde.....	4
1.3	Der Doktor-Titel in der Vergangenheit und Gegenwart .....	11
1.4	Die Geschichte der Promotion .....	14
1.5	Die Geschichte der Frauen in der Zahnheilkunde.....	17
1.6	Die Geschichte der Universität Düsseldorf und der Westdeutschen Kieferklinik .....	19
1.7	Die Geschichte der Promotion in Düsseldorf.....	27
1.8	Zeittafel zur Geschichte der Zahnheilkunde .....	31
2	Problemstellung .....	35
3	Material und Methoden.....	37
3.1	Datenerhebung.....	37
3.2	Erstellung der Datenbank.....	39
3.3	Datenkontrolle .....	41
3.4	Nutzbarkeit der Datenbank als elektronische Ressource .....	42
4	Ergebnisse.....	43
4.1	Anzahl von Doktoranden und Dissertationen .....	43
4.2	Geschlechterverteilung .....	44
4.3	Alter zum Zeitpunkt der Promotion.....	49
4.4	Vorherige akademische Titel .....	50
4.5	Fachbereiche und Abteilungen.....	53
4.6	Studienarten .....	61
4.6.1	Klinische Studien .....	63
4.6.2	Experimentalstudien.....	65
4.6.3	Literaturstudien .....	67
4.6.4	Tierversuchsstudien.....	69
4.7	Gemeinschaftsarbeiten.....	72
4.8	Studienort der Doktoranden.....	74
4.9	Staatsangehörigkeit der Doktoranden .....	76
4.10	Sprache der Dissertationen .....	79
5	Diskussion .....	80
5.1	Promotionszahlen in Medizin und Zahnmedizin .....	80

5.2	Die Situation der Frauen .....	85
5.3	Alter der Promovierenden.....	92
5.4	Studium und Promotion im Nationalsozialismus.....	94
5.5	Ausländische Studierende und Doktoranden in Düsseldorf.....	96
5.6	Studienorte der Doktoranden .....	97
5.7	Der Beitrag der Dissertationen für die Wissenschaft.....	98
5.8	Unvollendet abgebrochene Doktorarbeiten.....	101
5.9	Kritische Betrachtung der Ergebnisse bezüglich Aussagefähigkeit und Fehlerquellen .....	104
5.10	Der Zugang zum Zahnmedizinstudium.....	105
5.11	Zukunft der Promotion.....	108
6	Zusammenfassung .....	113
7	Anhang .....	114
7.1	Anhang A: Vertrag zur Gründung der „Medizinischen Akademie in Düsseldorf“ .....	114
7.2	Anhang B: Vereinbarung über die Promotion zwischen Düsseldorf und Münster .....	124
7.3	Anhang C: Promotionsordnung der Medizinischen Akademie.....	126
7.4	Anhang D: Promotionsbuch der Medizinischen Akademie .....	127
7.5	Anhang E: Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde .....	128
8	Literaturverzeichnis .....	142
9	Lebenslauf .....	146
10	Danksagung .....	147

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.2-1: Gemälde von Jan Steen (Mauritshuis, Den Haag). Quelle: Hoffmann-Axthelm W: Die Geschichte der Zahnheilkunde. 2. Aufl.; Quintessenz; Berlin; (1985), 196.....	5
Abb. 4.1-1: Jährliche Anzahl von zahnmedizinischen Doktoranden im zeitlichen Verlauf.....	43
Abb. 4.2-1: Jährliche Anzahl von männlichen (blau) und weiblichen (rot) Doktoranden im zeitlichen Verlauf. ....	44
Abb. 4.2-2: Prozentualer Anteil der weiblichen Doktoranden an der jährlichen Gesamtdoktorandenzahl im zeitlichen Verlauf. ....	45
Abb. 4.2-3: Vergleich von männlichen (blau) und weiblichen (rot) Doktorandenzahlen in den Abteilungen des Fachbereichs „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“.....	47
Abb. 4.2-4: Prozentualer Frauenanteil der Abteilungen im Vergleich zur Gesamtfrauenquote (blau), die sich auf die Gesamtdoktorandenzahl bezieht. Abteilungen mit hohem Frauenanteil stehen links in grün, Abteilungen mit niedrigem Frauenanteil rechts in rot.....	48
Abb. 4.3-1: Jährliches Durchschnittsalter der Doktoranden im Verlauf. ....	50
Abb. 4.4-1: Anzahl der männlichen (blau) und weiblichen (rot) Doktoranden mit bereits vorhandenem akademischen Titel im zeitlichen Verlauf. ....	51
Abb. 4.4-2: Anteilige Darstellung der Abteilungen, in denen die Anzahl der Doktoranden mit bereits vorhandenem akademischen Titel (61 Personen = 100 %) promovierte. ....	52
Abb. 4.5-1: Verteilung der Dissertationen aus dem gesamten Untersuchungszeitraum (Jahre 1935 - 2002) auf die Fachbereiche „ZMK“ und „Andere“.....	53
Abb. 4.5-2: Vergleich der jährlichen Dissertationszahlen in den Fachbereichen „ZMK“ (rot) und „Andere“ (blau) im zeitlichen Verlauf. ....	54
Abb. 4.5-3: Jährliche Dissertationsanzahl in der Kiefer- und Gesichtschirurgie im zeitlichen Verlauf. ....	55
Abb. 4.5-4: Verteilung der Dissertationsanzahl (1165 = 100%) auf die Abteilungen des Fachbereiches „ZMK“.....	56
Abb. 4.5-5: Darstellung der 11 von 41 Abteilungen aus dem Fachbereich „Andere“, in denen die meisten Dissertationen erstellt wurden, von links nach rechts in absteigender Sortierung. ....	57
Abb. 4.5-6: Vergleich der Dissertationszahlen in den Abteilungen der Themenbereiche A - L bezogen auf den gesamten Untersuchungszeitraum (Jahre 1935 - 2002).....	58
Abb. 4.6-1: Verteilung der zugeordneten Dissertationen (1275 = 100%). Die Anzahl der 710 nicht zuzuordnenden Dissertationen wurde nicht berücksichtigt. ....	61
Abb. 4.6-2: Anteile von männlichen und weiblichen Doktoranden pro Studienart im Untersuchungszeitraum (Jahre 1935 - 2002).....	62
Abb. 4.6-3: Verteilung der 600 klinischen Studien des gesamten Untersuchungszeitraums (= 100 %) auf die Abteilungen. „ZMK“-Abteilungen farbig, „Andere“ in grau. ....	63
Abb. 4.6-4: Jährliche Anzahl von klinischen Studien im zeitlichen Verlauf.....	64

Abb. 4.6-5: Verteilung der 324 Experimentalstudien des gesamten Untersuchungszeitraums (= 100 %) auf die Abteilungen. ....	65
Abb. 4.6-6: Jährliche Anzahl der Experimentalstudien im zeitlichen Verlauf. ....	66
Abb. 4.6-7: Verteilung der 252 Literaturstudien des gesamten Untersuchungszeitraums (= 100 %) auf die Abteilungen. ....	67
Abb. 4.6-8: Jährliche Anzahl der Literaturstudien im zeitlichen Verlauf. ....	68
Abb. 4.6-9: Verteilung der 99 Tierversuchsstudien des gesamten Untersuchungszeitraums (= 100 %) auf die Abteilungen. ....	69
Abb. 4.6-10: Tierversuchsstudien in der Abteilung „Hygiene“ (rot) als Teil der gesamten Anzahl von Tierversuchsstudien (grün) im zeitlichen Verlauf. ....	70
Abb. 4.6-11: Tierversuchsstudien in der Abteilung Hygiene (rot) als Teil der gesamten Anzahl an Dissertationen in der „Hygiene“ (blau). ....	71
Abb. 4.7-1: Jährliche Anzahl von Gemeinschaftsarbeiten im zeitlichen Verlauf. ....	72
Abb. 4.7-2: Anzahl der Gemeinschaftsarbeiten pro Abteilung von links nach rechts in absteigender Sortierung. ....	73
Abb. 4.8-1: Zeitliche Verläufe der Anzahl von Doktoranden, die ihr gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert haben (rot), die teilweise in Düsseldorf studiert haben (grün), die nicht in Düsseldorf studiert haben (blau) im Vergleich. ....	74
Abb. 4.8-2: Verteilung der Studienorte bezogen auf die Doktorandenanzahl im gesamten Untersuchungszeitraum (2033 Doktoranden = 100 %). ....	75
Abb. 4.9-1: Anteilige Darstellung der Staatsangehörigkeiten aller Doktoranden im gesamten Untersuchungszeitraum (2033 Doktoranden = 100 %). ....	76
Abb. 4.9-2: Jährliche Anzahl von Doktoranden mit ausländischer Staatsangehörigkeit im zeitlichen Verlauf. ....	77
Abb. 4.9-3: Jährliche Anzahl von Doktoranden mit schweizerischer Staatsangehörigkeit im zeitlichen Verlauf. ....	78
Abb. 4.9-4: Jährliche Anzahl von Doktoranden mit iranischer Staatsangehörigkeit im zeitlichen Verlauf. ....	78
Abb. 5.1-1: Promotionszahlen für Medizin und Zahnmedizin in Düsseldorf 1978 – 2003. ....	83
Abb. 5.1-2: Vergleich der Absolventenzahlen und Promovendenzahlen der Zahnmedizin in Düsseldorf von 1988 – 2001. ....	84
Abb. 5.2-1: Frauenanteil bei den Promovenden der Medizin und Zahnmedizin. ....	85
Abb. 5.2-2: Studierendenzahlen und Frauenanteil an der Universität Düsseldorf. ....	86
Abb. 5.2-3: Männer und Frauen in ärztlichen Berufen in Deutschland im Jahr 2000. ....	87
Abb. 5.2-4: Art der Doktorarbeit in Abhängigkeit vom Geschlecht. ....	89
Abb. 5.2-5: Frauenanteil der Zahnärzte in den Kammerbereichen im Jahr 2001. ....	90
Abb. 5.2-6: Frauenanteil bei Absolventen (blau) und Promovenden (rot) der Zahnmedizin in Düsseldorf. ....	92

---

Abb. 7.1-1: Vertrag vom 24. Februar 1923, durch den die „Akademie für praktische Medizin“ in die „Medizinische Akademie“ überging und erstmals das Recht zur klinischen Ausbildung von Studenten erhielt. Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 842. ....	123
Abb. 7.2-1: Vereinbarung vom 28. Juli 1927 über die Promotionsmöglichkeit an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf in Kooperation mit der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster. Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 346. ....	124
Abb. 7.2-2: Im letzten Absatz der Vereinbarung findet die zahnmedizinische Promotion Erwähnung. ....	125
Abb. 7.3-1: Seite 1 der Promotionsordnung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf vom 29. Januar 1937. Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf CULT G 2533. ....	126
Abb. 7.4-1: Seite 1 aus dem ersten Promotionsbuch der Medizinischen Akademie. Universitätsarchiv Düsseldorf 1/1. ....	127

# 1 Einleitung

## 1.1 Die heutige Definition des Zahnarzt-Berufes

Die Brockhaus-Enzyklopädie definiert den Zahnarzt als „eine Person, die ein Studium der Zahnheilkunde absolviert hat und aufgrund der Approbation zur berufsmäßigen Ausübung der Zahnheilkunde berechtigt ist“<sup>1</sup>. In Deutschland muss ein Zahnarzt ein Studium von mindestens zehn Semestern an einer allgemeinen Hochschule absolvieren. Zugangsvoraussetzung zum Studium ist die Allgemeine Hochschulreife, das Abitur. Die Zahnmedizin ist in Deutschland ein eigener Studiengang und setzt kein Studium der Humanmedizin voraus. In der DDR war der Studiengang „Stomatologie“ die Grundlage für die obligatorische Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie, Kinderstomatologie, Kieferorthopädie oder Kieferchirurgie<sup>2</sup>.

Nach Abschluss des Studiums mit dem Staatsexamen wird bei körperlicher und geistiger Eignung die Berufserlaubnis, „Approbation“, von der zuständigen Landesregierung erteilt. Die gesetzliche Grundlage zur Berufsausübung bildet das „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde“ (siehe Anhang E), das auch kurz „Zahnheilkundengesetz (ZHG)“ genannt wird und seit dem 01. April 1952 in Kraft ist. Dieses Gesetz legt fest, dass die Ausübung der Zahnheilkunde ausschließlich Zahnärzten und Ärzten vorbehalten ist und regelt u. a. die Berufszulassung<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>Brockhaus – Die Enzyklopädie: in 24 Bänden. 20. Aufl.; Mannheim; (1996), „Zahnarzt“, Band 24, 457

<sup>2</sup> Künzel W et al.: Medizin und Gesellschaft – Die Stomatologie in der DDR. Volk und Gesundheit; Berlin; (1987), 40

<sup>3</sup>Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 ( BGBl. I S. 221) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 ( BGBl. I S. 1225 ), zuletzt geändert durch Art.1 Nr.1 des Gesetzes zur Anpassung des EWR-Ausführungsgesetzes vom 27.09.1993 (BGBl. I S. 1666 )

Die Approbation wird laut § 2 ZHG auf Antrag erteilt, wenn der Antragsteller Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes ist<sup>4</sup>, er „[...] Staatsangehöriger eines der übrigen Mitgliedsstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder heimatloser Ausländer im Sinne des Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer ist“<sup>5</sup>.

Der Antragsteller darf keine Straftat begangen haben, aus der sich „[...]Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs ergibt“<sup>6</sup>. Es darf kein laufendes Strafverfahren jener Art gegen ihn vorliegen<sup>7</sup>.

§ 3 des ZHG besagt, dass die Ausbildung der Zahnärzte durch eine Approbationsordnung geregelt sein muss, welche vom Bundesminister für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates unter Berücksichtigung von Artikel 1 der Richtlinie 78/687/EWG des Rates<sup>8</sup> erlassen wird.

---

<sup>4</sup> Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland  
Artikel 116 [ Begriff „ Deutscher“ – Wiedereinbürgerung ]

- (1) Deutscher im Sinne dieses Grundgesetzes ist vorbehaltlich anderweitiger gesetzlicher Regelungen, wer die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder als Flüchtling oder Vertriebener deutscher Volkszugehörigkeit oder als dessen Ehegatte oder Abkömmling in dem Gebiete des Deutschen Reiches nach dem Stande vom 31. Dez. 1937 Aufnahme gefunden hat.
- (2) Frühere deutsche Staatsangehörige, denen zwischen dem 30. Jan. 1933 und dem 08. Mai 1945 die Staatsangehörigkeit aus politischen, rassischen oder religiösen Gründen entzogen worden ist, und ihre Abkömmlinge sind auf Antrag wieder einzubürgern. Sie gelten als nicht ausgebürgert, sofern sie nach dem 08. Mai 1945 ihren Wohnsitz in Deutschland genommen haben und nicht einen entgegengesetzten Willen zum Ausdruck gebracht haben.

<sup>5</sup> Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, § 2, Abs. 1, Nr. 1

<sup>6</sup> Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, § 2, Abs. 1, Nr. 2

<sup>7</sup> Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, § 2, Abs. 1, Nr. 3

<sup>8</sup> KAPITEL I AUSBILDUNGSVORAUSSETZUNGEN

Artikel 1

- (1) Die Mitgliedstaaten machen die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten des Zahnarztes unter den in Artikel 1 der Richtlinie 78/686/EWG genannten Bezeichnungen vom Besitz eines in Artikel 3 derselben Richtlinie genannten Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises abhängig, das bzw. der garantiert, daß der Betreffende im Verlauf seiner gesamten Ausbildungszeit folgende Kenntnisse und Erfahrungen erworben hat:
  - a) angemessene Kenntnisse in den Wissenschaften, auf denen die Zahnheilkunde beruht, und ein gutes Verständnis für die wissenschaftlichen Methoden einschließlich der Grundsätze der Messung biologischer Funktionen, der Bewertung wissenschaftlich evidenter Sachverhalte sowie der Analyse von Daten;
  - b) angemessene Kenntnis - soweit für die Ausübung der Zahnheilkunde von Belang - des Körperbaus, der Funktionen und des Verhaltens gesunder und kranker Personen sowie des Einflusses der natürlichen und sozialen Umwelt auf den Gesundheitszustand des Menschen;
  - c) angemessene Kenntnis der Struktur und der Funktionen der Zähne, des Mundes, der Kiefer und der dazugehörigen Gewebe, jeweils in gesundem und in krankem Zustand, sowie ihr Verhältnis zur all-

Für die Behandlung von Patienten, die als Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen versichert sind, benötigt der Zahnarzt eine Zulassung als „Vertragszahnarzt“ (früher „Kassenzahnarzt“ genannt). Voraussetzungen für die Eintragung im Zahnarztregister des zuständigen Zulassungsbezirks der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sind a) die Approbation als Zahnarzt und b) die Ableistung einer mindestens zweijährigen Vorbereitungszeit<sup>9</sup>. Mit Vorbereitungszeit ist eine Assistententätigkeit gemeint, die an verschiedenen Stellen abgeleistet werden kann, wie an Universitätszahnkliniken oder der Bundeswehr, aber eine mindestens sechsmo- natige Tätigkeit bei einem oder mehreren Vertragszahnärzten umfassen muss<sup>10</sup>.

---

gemeinen Gesundheit und zum allgemeinen physischen und sozialen Wohlbefinden des Patienten;  
d) angemessene Kenntnisse der klinischen Disziplinen und Methoden, die ihm ein zusammenhängendes Bild von den Anomalien, Beschädigungen und Verletzungen sowie Krankheiten der Zähne, des Mundes, der Kiefer und der dazugehörigen Gewebe sowie von der Zahnheilkunde unter dem Gesichtspunkt der Verhütung und Vorbeugung, der Diagnose und der Therapie vermitteln;  
e) angemessene klinische Erfahrung unter entsprechender Leitung.

Diese Ausbildung muß ihm die erforderlichen Fähigkeiten zur Ausübung aller Tätigkeiten der Verhütung, Diagnose und Behandlung von Anomalien und Krankheiten von Zähnen, Mund und Kiefer sowie der dazugehörigen Gewebe vermitteln.

(2) Eine solche zahnärztliche Ausbildung umfasst mindestens fünf Jahre theoretischen und praktischen Unterricht auf Vollzeitbasis, der die im Anhang aufgeführten Fächer umfasst, an einer Universität, an einem Hochschulinstitut mit anerkannt gleichem Niveau oder unter Aufsicht einer Universität.

(3) Der Zugang zu dieser Ausbildung setzt den Besitz eines Diploms oder eines Zeugnisses voraus, das in einem Mitgliedstaat für das betreffende Studium die Zulassung zu den Universitäten und Hochschulinstituten mit anerkannt gleichem Niveau ermöglicht.

(4) Diese Richtlinie hindert die Mitgliedstaaten in keiner Weise daran, den Inhabern von Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen, die nicht in einem Mitgliedstaat erworben wurden, die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeiten des Zahnarztes in ihrem Gebiet nach ihren innerstaatlichen Vorschriften zu gestatten.

<sup>9</sup> Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) vom 28.Mai 1957 (BGBl I S.582), zuletzt geändert durch Artikel 314 der Achten Zuständigkeitsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl I vom 27. November 2003 S. 2343) gültig ab 1. Januar 2004, Abschnitt I, § 3, Abs. 2

<sup>10</sup> Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) vom 28.Mai 1957 (BGBl I S.582), zuletzt geändert durch Artikel 314 der Achten Zuständigkeitsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl I vom 27. November 2003 S. 2343) gültig ab 1. Januar 2004, Abschnitt I, §3, Abs. 3

## 1.2 Die Geschichte der Zahnheilkunde

Bis zum 19. Jahrhundert wurden zahnärztliche Tätigkeiten von Badern, Barbieren und „Fahrendem Volk“ auf Jahrmärkten ausgeübt. Bader waren damals Bartscherer, die in den Badeanstalten angestellt waren, während Barbieri nicht gebunden waren und außerhalb von Badeanstalten praktizieren und umherziehen durften. Diese Berufsgruppe erbrachte ursprünglich Dienstleistungen im Bereich der Körperpflege, doch ihr Tätigkeitsgebiet weitete sich immer weiter in die Bereiche chirurgischer Eingriffe aus<sup>11</sup>. Eine Berufsordnung der Barbieri aus dem Jahre 1629 zählte Schröpfen, Scheren, Zahnziehen und Aderlassen zu ihrem Tätigkeitsgebiet<sup>12</sup>.

Nach dem Untergang des weströmischen Reiches im 5. Jahrhundert entwickelte sich in Westeuropa eine christlich-religiös ausgerichtete Heilkunde. Die wissenschaftliche Ausrichtung begann Ende des 11. Jahrhunderts mit der Gründung universitärer Lehrstätten wie beispielsweise der Schule von Salerno<sup>13</sup>. Doch die medizinischen Schulen waren zumeist kirchliche Institute, wo geistliche Lehrer versuchten, das in Westeuropa Einzug haltende griechisch-arabische Medizinverständnis mit den Grundsätzen der christlichen Glaubenslehre in Einklang zu bringen. Die Medizin wurde als Wissenschaft theoretisiert und verlor weitgehend ihren praktischen Bezug. Der Unterricht basierte auf den drei Prinzipien: „lectio“ (Lesung), „disputatio“ (Disputation), „quaestio“ (gelehrte Abhandlung/theoretische Untersuchung). „Ärzte, die ihren Beruf praktisch ausübten, wurden in ihrem Ansehen und in ihrer Tätigkeit herabgewürdigt“<sup>14</sup>.

Die Trennung der Chirurgie von der Medizin ereignete sich im 13. Jahrhundert n. Chr. Im 12. Jahrhundert wurde die Schule von Salerno, die als die älteste medizinische Fakultät gilt

---

<sup>11</sup> Strömngren HL: Die Zahnheilkunde im achtzehnten Jahrhundert. Levin & Munksgaard; Kopenhagen; (1935), 189ff

<sup>12</sup> Lehmann zit. n.: Universität Köln: Geschichte der Zahnmedizin, <http://www.uni-koeln.de/medfak/zahn/vorklinik/allgemein/index.shtml>, Zugriff-Datum: 25.04.2004

<sup>13</sup> Labisch A: Medizin. I. Historisch. In: Lexikon für Theologie und Kirche; Siebter Band; Herder; Freiburg; (1998), 54

und ein Zentrum der medizinischen Forschung darstellte, durch Roger Frugardi eindeutig chirurgisch geprägt. Die Kirche versuchte jedoch, die Fortschritte in der Chirurgie zu hemmen. Auf dem IV. Lateranischen Konzil im Jahr 1215 wurde die päpstliche Anordnung ausgesprochen: „Ecclesia abhorret a sanguine“ („Die Kirche verabscheut Blut“). Dieser Erlass hatte die Stagnation der Chirurgie zur Folge, da der Chirurgieunterricht in den kirchlichen Medizinschulen fortan abgeschafft wurde<sup>15</sup>.



**Abb. 1.2-1: Gemälde von Jan Steen (Mauritshuis, Den Haag). Quelle: Hoffmann-Axthelm W: Die Geschichte der Zahnheilkunde. 2. Aufl.; Quintessenz; Berlin; (1985), 196**

Die Zahnheilkunde wurde der Chirurgie zugerechnet, da sie sich weitgehend auf Zahnextraktionen und Prothesenherstellung beschränkte (Ein Medizinedikt von Ludwig XIV. im Jahr 1699 stellte die Zahnbehandler den Wundärzten gleich<sup>16</sup>). Die praktische Seite des Berufes wurde häufig in Gemälden vor allem von niederländischen Künstlern (z. B. von Jan Steen in

<sup>14</sup> Strübig W: Geschichte der Zahnheilkunde. Deutscher Ärzteverlag; Köln; (1989), 45

<sup>15</sup> Strübig a. a. O., 46 f

<sup>16</sup> Strübig a. a. O., 138

Abb. 1.2-1) ausdrucksstark dargestellt.<sup>17</sup> Die niedrige soziale Stellung der Zahnbehandler lag in ebendieser praktischen Tätigkeit begründet. Begriffe wie „Medizin“ und „Arzt“ erscheinen im Zusammenhang mit der dargestellten Jahrmarktszene unangebracht. „Von Medizin und Arzt ist erst dann zu sprechen, wenn Krankheiten nicht mehr magisch, religiös oder rein empirisch-lebensweltlich, sondern in ausdrücklich wissenschaftlichen Bezügen gesehen werden. Die Medizin entstand in dem Moment, in dem Krankheiten „der Natur nach“ erklärt und in abgeleiteter wissenschaftlicher Rationalität behandelt wurden.“<sup>18</sup>

Die Epoche der Scholastik, in der die Heilkunde durch christliche Denkweisen dominiert wurde, endete im 15. Jahrhundert.<sup>19</sup> Danach erhielten naturwissenschaftliche Denkweisen durch Paracelsus und Descartes größeren Einfluß. „Die Chirurgie, im Mittelalter in das zünftige Handwerk abgedrängt, wurde Ende des 19. Jahrhunderts zur Leitwissenschaft einer auch praktisch erfolgreichen naturwissenschaftlichen Medizin.“<sup>20</sup>

Im Jahr 1725 wurde erstmals der Begriff „Zahnarzt“ verwendet<sup>21</sup>. Eine Aufwertung des Berufes geschah jedoch zunächst nicht. Immer noch zählten die Zahnärzte zu den Gewerbetreibenden und fahrenden Künstlern, wie aus einem preußischen Medizinaledikt von 1725 hervorgeht. Erst hundert Jahre später wurde die spezialistisch betriebene Zahnheilkunde in der preußischen Medizinalordnung von 1825 anerkannt und die Tertia-Reife als Voraussetzung verlangt sowie weitere Prüfungen und die Bestallung geregelt<sup>22</sup>. Baden kam eine gewisse Vorreiterrolle zu. Hier waren schon 1806 ein volles Studium der Chirurgie und die staatliche Lizenz als Wundarzt Voraussetzung für zahnbehandelnde Tätigkeit. Des Weiteren machte Baden 1855 das Abitur zur Voraussetzung für die Ausbildung<sup>23</sup>. Die Ausbildung der Zahnärzte blieb in Deutschland zunächst privater Initiative überlassen<sup>24</sup>.

---

<sup>17</sup> Hoffmann-Axthelm W: Die Geschichte der Zahnheilkunde. 2.Aufl.; Quintessenz; Berlin; (1985), 196

<sup>18</sup> Labisch A: Medizin. I. Historisch. In: Lexikon für Theologie und Kirche; Siebter Band; Herder; Freiburg; (1998), 54

<sup>19</sup> Strübig a. a. O., 45

<sup>20</sup> Labisch A: Medizin. I. Historisch. In: Lexikon für Theologie und Kirche; Siebter Band; Herder; Freiburg; (1998), 56

<sup>21</sup> Lehmann a. a. O.

<sup>22</sup> Strübig a. a. O., 138

<sup>23</sup> Lehmann a. a. O.

<sup>24</sup> Strübig a. a. O., 139

Impulse für die Weiterentwicklung der Zahnmedizin gingen von den amerikanischen Dental Schools aus. Hier war man Europa in der Entwicklung weit voraus. Als der Versuch der Herren Harris und Hayden, die Zahnmedizin als Spezialfach an der Universität von Maryland einzuführen, von der medizinischen Fakultät abgelehnt worden war, gründeten sie das College of Dental Surgery in Baltimore. 1840 erhielt das College die staatliche Anerkennung und die Lehrtätigkeit wurde aufgenommen. Ein Jahr später konnte der Titel „Doctor of Dental Surgery“ erworben werden. Bis zum Jahr 1900 entstanden in den USA etwa 60 solcher Hochschulen für Zahnärzte<sup>25</sup>.

In Deutschland gründete Eduard Albrecht 1855 die Berliner Öffentliche Klinik für Mundkrankheiten als eines der ersten privaten Ausbildungsinstitute. Das erste staatliche Zahnärztliche Universitätsinstitut Deutschlands wurde 1884 ebenfalls in Berlin eröffnet<sup>26</sup>. In der Zwischenzeit hatten die deutschen Zahnärzte, Mitte des 19. Jahrhunderts etwa 250 an der Zahl<sup>27</sup>, begonnen, ihre Kommunikation zu verbessern und ihren Stand besser zu organisieren. 1859 erfolgte die Gründung des Central-Vereins Deutscher Zahnärzte, der sich 1934 den heutigen Namen „Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ gab<sup>28</sup>. Der Verein verfolgte das Ziel der Akademisierung der Zahnheilkunde durch die Verbesserung der theoretischen und praktischen Ausbildung, die Verschärfung der Studienvoraussetzungen von der Tertiareife zur Primareife und eine einheitliche Prüfungsordnung für ganz Deutschland. Dies sollte der Abgrenzung der Zahnärzte gegenüber den nicht-approbieren Zahnkünstlern und der Eingliederung in den ärztlichen „Einheitsstand“ dienen<sup>29</sup>.

Doch 1869 mussten die Zahnärzte zwei gegensätzliche politische Entscheidungen in dieser Frage hinnehmen. Durch die Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes wurde 1869 die Kurierfreiheit eingeführt<sup>30</sup>. Die Kurierfreiheit erlaubte jedermann die Ausübung der Zahn-

---

<sup>25</sup> Strübig a. a. O., 139

<sup>26</sup> Strübig a. a. O., 140f

<sup>27</sup> Groß D: Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919). Lang; Frankfurt am Main, Berlin; (1994), 375

<sup>28</sup> Strübig a. a. O., 140

<sup>29</sup> Groß a. a. O., 228

<sup>30</sup> Groß a. a. O., 230

heilkunde ohne festen Praxissitz<sup>31</sup>. Dies sah die Zahnärzteschaft als existentielle Bedrohung, da sie fortan einer rasch wachsenden Konkurrenz an legal tätigen nicht-approbierten Zahnkünstlern ausgesetzt war. Positiv bewertete die Zahnärzteschaft hingegen das im gleichen Jahr erlassene „Reglement für die Prüfung der Zahnärzte im Gebiet des Norddeutschen Bundes“, welches die übrigen deutschen Staaten bis 1873 übernahmen. Die Primareife wurde darin zur Voraussetzung für ein zweijähriges Universitätsstudium und zusätzliche praktische Übungen erklärt. 1873 folgte ein Erlass, die Studierenden der Zahnheilkunde zu immatrikulieren, allerdings an der philosophischen Fakultät. In der nächsten Prüfungsordnung von 1889 wurde festgelegt, dass ein Jahr praktische Tätigkeit an einem Institut oder bei einem approbierten Zahnarzt an das Studium anzuschließen war<sup>32</sup>. Das praktische Jahr wurde allerdings 1909 wieder abgeschafft. Mit der neuen Prüfungs- und Studienordnung von 1909 wurde die Zahnheilkunde von der philosophischen Fakultät in die medizinische übernommen. Das Studium wurde auf sieben Semester verlängert und es erfolgte eine Trennung von Vor- und Abschlussprüfung wie in der Humanmedizin<sup>33</sup>.

Gesellschaftlich gewannen die Zahnärzte nun Anschluss an das Bildungsbürgertum. Im Bildungswesen zeichnete sich die Abkehr vom Humboldtschen Bildungsideal des 19. Jahrhunderts ab, wonach Bildung „ausgewogen und vielfältig“<sup>34</sup> sein sollte. Das neue Arztbild war geprägt von professionellem Spezialwissen. Da die Professionalisierung der Berufsgruppen den Zusammenhalt des Bildungsbürgertums auflockerte, war es nun die allgemeine schulische und universitäre Vorbildung, die alle bildungsbürgerlichen Berufe miteinander verband und daher an Bedeutsamkeit gewann. Die Prüfungsordnung von 1909 gab den Zahnärzten die Möglichkeit, durch die Voraussetzung des Abiturs und die Gliederung des Studiums in Vor- und Abschlussprüfung für ihre Berufsgruppe den Anspruch auf Expertenwissen und Professionalität zu erheben<sup>35</sup>. Dieser Umstand rückte sie dem Bildungsbürgertum ebenso

---

<sup>31</sup> Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde wird 50. Zahnärztl Mitt 92, 24 (7/2002)

<sup>32</sup> Groß a. a. O., 231

<sup>33</sup> Groß a. a. O., 237

<sup>34</sup> Schalenberg M: Das Humboldtsche Bildungsideal und die raue Wirklichkeit des 21. Jahrhunderts. [http://www.uni-jena.de/content\\_skin\\_print\\_page\\_5791.html](http://www.uni-jena.de/content_skin_print_page_5791.html), Zugriff-Datum: 04.08.2004

<sup>35</sup> Groß a. a. O., 380

näher, wie die Tatsache, dass durch die Verlängerung des Studiums und den dadurch erhöhten Ausbildungskosten eine „soziale Selektion“ eintrat<sup>36</sup>.

Die verschärften Ausbildungsbedingungen führten zu einem zahlenmäßigen Rückgang der Studentenzahlen und zu einer wachsenden Zahl an praktizierenden Zahntechnikern, den Dentisten. Diese leisteten durch ihre zahlenmäßige Überlegenheit einen großen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung besonders in ländlichen Gebieten und den städtischen sozialen Unterschichten. Die Fortexistenz von Zahnärzten und Dentisten nebeneinander wurde als Dualismus bezeichnet und war das Resultat von verschiedenen politischen und gesellschaftlichen Faktoren. Die gesetzlichen Krankenkassen unterstützten die Dentisten, da diese die approbierten Zahnärzte in ihren Preisen unterboten<sup>37</sup>. Im Krankenversicherungsgesetz von 1883 wurde die zahnärztliche Behandlung weder verbindlich anerkannt noch stellte sie ein zahnärztliches Monopol dar<sup>38</sup>.

Seit 1906 gab es öffentlich-rechtliche Zahnärztekammern, die verschiedene Funktionen übernahmen. Sie solidarisierten die Zahnärzte miteinander und boten die Möglichkeit zur Interessenartikulation gegenüber dem Gesetzgeber und der Öffentlichkeit. Durch die Kasenzulassung wurden die Zahnärzte einerseits in ihre soziale Verantwortlichkeit eingebunden, andererseits aber verloren sie dadurch ihre Unabhängigkeit und schützten sich durch Organisation vor Bevormundung durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die Kammern fungierten außerdem als Kontrollinstanzen durch Standesordnungen und Ehrengerichte und boten ihren Mitgliedern ein soziales Auffangnetz in Form von Witwen- und Sterbekassen. Berufspolitisch dienten sie dazu, Konflikte in den eigenen Reihen zu lösen und nach außen geschlossen aufzutreten sowie die eigene berufliche Tätigkeit zu definieren, um sich deutlich von den Nichtapprobierten abzugrenzen. In der Öffentlichkeit gelang es der Zahnärzteschaft jedoch nicht, den Unterschied zwischen den beiden verschiedenen Berufsgruppen und der unterschiedlichen Qualifikation deutlich zu machen<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> Groß a. a. O., 252

<sup>37</sup> Groß a. a. O., 378f

<sup>38</sup> Groß a. a. O., 382

<sup>39</sup> Groß a. a. O., 376ff

In der zweiten Dekade des 20. Jahrhunderts kam es zur Absonderung der Labortechniker von den behandelnden Dentisten, welche versuchten, das handwerkliche Berufsbild der Zahnkünstler abzulegen. Auch sie versuchten wie die Zahnärzte durch eine eigene Prüfungsordnung die Qualität ihrer Arbeit zu dokumentieren, was ihnen 1925 gelang<sup>40</sup>.

Der Dualismus von Zahnärzten und Dentisten endete am 01. April 1952 mit In-Kraft-Treten des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (Zahnheilkundengesetz, ZHG), das die zahnärztliche Berufsausübung erstmals spezialgesetzlich regelte. Nach langwierigen Verhandlungen zwischen den Berufsvertretungen kam es letztlich zur Einigung. Es wurde beschlossen, dass die praktischen Fähigkeiten der Dentisten in das neue Berufsbild des Zahnarztes mit einzubringen waren, dass andererseits die wissenschaftliche Ausbildung an einer Universität unabdingbar war für das Verständnis der zusammenhängenden allgemeinmedizinischen Probleme und damit für das erfolgreiche zahnärztliche Praktizieren. Die 1869 eingeführte Kurierfreiheit im Gebiet der Zahnheilkunde wurde durch das Zahnheilkundengesetz beseitigt und zahnärztliche Tätigkeiten blieben fortan ausschließlich Zahnärzten und Ärzten vorbehalten. Das Gesetz regelt die Berufszulassung, Approbationsvoraussetzungen sowie Rücknahme und Wiedererteilung der Approbation, Berufsbezeichnung, Straf- und Bußgeldvorschriften sowie Fragen zur Dienstleistungserbringung<sup>41</sup>. Das Zahnheilkundengesetz enthielt eine Übergangsregelung, wonach die Dentisten nach Absolvierung eines Zusatzlehrganges die zahnärztliche Approbation erlangen konnten<sup>42</sup>. Universitätsstudium und Staatsexamen waren fortan für die Approbation als Zahnarzt gesetzlich vorgeschrieben.

---

<sup>40</sup> Strübig a. a. O., 143

<sup>41</sup> Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde wird 50. Zahnärztl Mitt 92, 24 (7/2002)

<sup>42</sup> Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 ( BGBl. I S. 221 ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 ( BGBl. I S. 1225 ), zuletzt geändert durch Art.1 Nr.1 des Gesetzes zur Anpassung des EWR-Ausführungsgesetzes vom 27.09.1993 (BGBl. I S. 1666 ), §8-§11

## 1.3 Der Doktor-Titel in der Vergangenheit und Gegenwart

Das Wort „Doktor“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Lehrer. Im antiken Rom benannte man so jede Art von Lehrer, ob Fechtmeister oder Gelehrter. Vor diesem Hintergrund blieb auch Anfang des 13. Jahrhunderts die Lehrbefugnis die Haupteigenschaft des formell verliehenen Doktorgrades. Im Mittelalter wurde der „Doktor“ an den Universitäten im Zusammenhang mit „Scholastikus“ (Vorsteher einer Kloster- oder Domschule) und teilweise synonym mit „Magister Artium Liberalium“ (Meister der freien Künste) verwendet. Die formelle Verleihung des Doktorgrades etablierte sich Anfang des 13. Jahrhunderts in Verbindung mit der Ausbildung von Professoren- und Studentengenossenschaften an den Universitäten. Als erste Promotionsordnung gilt eine Dekretale Papst Honorius` III aus dem Jahr 1219 für die Universität Bologna. Mitte des 18. Jahrhunderts trennte sich die Lehrberechtigung vom Doktorgrad<sup>43</sup>.

Heute ist der Doktorgrad der höchste akademische Grad und setzt in Deutschland in der Regel vor der Zulassung zum Promotionsverfahren ein mit Staatsexamen, Diplom oder Magister abgeschlossenes Studium voraus. Es gibt allerdings Fachgebiete, in denen einige Universitäten die „Direktpromotion“ ohne vorherigen Studienabschluss erlauben<sup>44</sup>. In Deutschland müssen für die Zulassung zum Promotionsverfahren eine wissenschaftliche Abhandlung (Dissertation) verfasst und eine mündliche Prüfung (Rigorosum, Disputation) bestanden werden. In Österreich wird der medizinische Dokortitel Dr. med. univ. (medicinae universae) und der zahnmedizinische Dr. med. dent. (medicinae dentariae) ohne Dissertation nach abgeschlossenem Hochschulstudium und drei Rigorosen verliehen. Durch ein

---

<sup>43</sup> Brockhaus – Die Enzyklopädie: in 24 Bänden. 20. Aufl.; Mannheim; (1996), „Doktor“, Band 5, 598f

<sup>44</sup> z. B. die Universität Kiel in den Studiengängen Klassische Archäologie, Kunstgeschichte, Soziologie und Musikwissenschaft  
<http://www.zsb.uni-kiel.de/infoblaetter/magisterinfo.htm>; Zugriff-Datum: 25.05.2004

anschließendes „Doktoratsstudium“ kann der akademische Grad Dr. scient. med. (scientiae medicinae) erworben werden<sup>45</sup>.

Eine Dissertation ist die selbstständige wissenschaftliche Auseinandersetzung des Kandidaten mit einer speziellen Fragestellung. Ziel der Dissertation ist es, neue wissenschaftliche Erkenntnisse in einem Fachgebiet zu publizieren. Hierin liegen die Unterschiede zur Diplomarbeit, die in der Regel kleinere Forschungsbeiträge enthält und nicht veröffentlichungspflichtig ist. Die Promotion bestätigt die Befähigung des Kandidaten zu wissenschaftlichem Arbeiten und eigenständiger Forschung in Bezug auf ein Spezialgebiet. Sie bildet die Voraussetzung für die Habilitation, die nach mehrjähriger erfolgreicher wissenschaftlicher Tätigkeit die Befähigung zu Forschung und Lehre bestätigt<sup>46</sup>.

Der Ablauf der Promotion beginnt mit der Vergabe eines Themas durch den Betreuer („Doktorvater“) an den Doktoranden. Als Dokumentation seiner wissenschaftlichen Arbeit reicht der Doktorand seine Dissertation bei der Fakultät ein. Wird die Arbeit angenommen, so führt eine Prüfungskommission eine weitere Prüfung durch, die je nach Promotionsordnung der Universität verschiedenartig sein kann. Bei einem Rigorosum werden über die Dissertation hinaus weitere Fächer mündlich abgeprüft. Bei einer Disputation findet ein wissenschaftliches Streitgespräch statt, in dem der Doktorand seine Arbeit verteidigen muss<sup>47</sup>.

Die Gesamtbewertung wird in Deutschland, Österreich und der Schweiz nach vier Gradabstufungen vorgenommen<sup>48</sup>:

Summa cum laude	mit höchstem Lob	„ausgezeichnet“
Magna cum laude	mit großem Lob	„sehr gut“
Cum laude	mit Lob	„gut“
Rite	ordnungsgemäß	„bestanden“

<sup>45</sup> Universität Graz; <http://www.kfunigraz.ac.at/phywww/kenner/stellungnahmen/kenner8.htm>;  
Zugriff-Datum: 25.05.2004

<sup>46</sup> Krämer KL, Müller J, Linse RM: Paper, Poster und Projekte. Novartis; Nürnberg; (1998), 49

<sup>47</sup> Brockhaus – Die Enzyklopädie: in 24 Bänden. 20.Aufl.; Mannheim; (1996), „Disputation“, Band 5, 559

Nach der Bewertung wird die Genehmigung zum Druck der Dissertation erteilt. Um die Dissertation in angemessener Weise der wissenschaftlichen Öffentlichkeit zugänglich zu machen, muss eine bestimmte Anzahl von Druckexemplaren in der Universitätsbibliothek abgeliefert werden. Die Veröffentlichung ist ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Dissertation. Mit dem Tage der Aushändigung der Promotionsurkunde erwirbt der Kandidat das Recht, den Dokortitel zu führen.

In der Medizin gibt es drei verschiedene Dokortitel. Für die Humanmedizin steht der Dr. med. (medicinae), in der Zahnmedizin wird der Dr. med. dent. (medicinae dentariae) und in der Tiermedizin der Dr. med. vet. (medicinae veterinariae) verliehen. Neben der Medizin kann in vielen weiteren Wissenschaften promoviert werden wie in den Rechtswissenschaften Dr. iur. (iuris), in den Wirtschaftswissenschaften Dr. oec. (oecologiae), in der Philosophie Dr. phil. (philosophiae), den Naturwissenschaften Dr. rer. nat. (rerum naturalium), der Theologie Dr. theol. (theologiae), den Ingenieurwissenschaften Dr.-Ing. (Ingenieur) und vielen weiteren Wissenschaften<sup>49</sup>. Ein Ehrendokortitel mit dem hintangestellten Kürzel h. c. (honoris causa) kann seit dem 19. Jahrhundert für hervorragende wissenschaftliche Leistungen oder sonstige außergewöhnliche Verdienste ohne Dissertation verliehen werden<sup>50</sup>.

Die Prüfung zur Erlangung des Doktorgrades ist eine universitäre und die Verleihung des Titels erfolgt durch die Universität. Daher regelt jede Universität die Voraussetzungen für die Zulassung und den genauen Ablauf der Promotion in einer eigenen Promotionsordnung. Bei erwiesener Unwürdigkeit des Trägers (z. B. Straffälligkeit) kann der Titel durch das verleihende Institut aberkannt werden. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist der Dokortitel in Deutschland nicht Bestandteil des Namens, obwohl er in der Namensspalte des Personalausweises eingetragen wird. In der Schweiz gilt der Dokortitel, anders als in Deutschland, als Kennzeichen der Persönlichkeit und unterliegt somit dem rechtlichen

---

<sup>48</sup> Brockhaus – Die Enzyklopädie: in 24 Bänden. 20. Aufl.; Mannheim; (1996), „Doktor“, Band 5, 598f

<sup>49</sup> Krämer a. a. O., 276

<sup>50</sup> Brockhaus – Die Enzyklopädie: in 24 Bänden. 20. Aufl.; Mannheim; (1996), „Doktor“, Band 5, 598f

Schutz der Persönlichkeit. Auch in Österreich besteht der Rechtsanspruch, in allen amtlichen Urkunden und Zuschriften mit dem Dokortitel bezeichnet zu werden<sup>51</sup>.

## 1.4 Die Geschichte der Promotion

Die Immatrikulation von Zahnmedizinstudenten an zu dieser Zeit privaten Ausbildungsinstituten wurde in Preußen im Jahr 1873 verfügt<sup>52</sup>. Das erste staatliche Zahnärztliche Institut war der Universität Berlin angegliedert, an welcher die Zahnmedizinstudenten des Institutes ab 1884 immatrikuliert werden konnten. Die Zahnmedizinstudenten gehörten der Philosophischen Fakultät an, während ihre Lehrer der medizinischen Fakultät angehörten<sup>53</sup>. Immatrikulation und Promotion in ihrem Fach blieben den Studenten der Zahnmedizin zunächst versagt, was verdeutlicht, dass sich die Angliederung der Zahnheilkunde an die Wissenschaft in einem langsamen Prozess vollzog. Die Aufnahme des Faches Zahnmedizin an die Universitäten bedeutete noch nicht die Gleichberechtigung mit anderen Wissenschaften.

Die Möglichkeit der Promotion bestand für Zahnmedizinstudenten an der Philosophischen Fakultät, an der sie immatrikuliert waren. In einem drei- bis viersemestrigen Zusatzstudium konnte der Dr. phil. erworben werden. Zahnärzte, die einen medizinischen Dokortitel anstrebten, mussten entweder das vollständige Medizinstudium absolvieren, um den Dr. med. zu erlangen oder einen ausländischen Dokortitel wie den US-amerikanischen Doctor of Dental Surgery erwerben. Zwischen 1832 und 1861 bestand an der medizinischen Fakultät Gießen die Möglichkeit zum „Dr. chir. in primis in arte dentaria“ zu promovieren, die allerdings nur von einem Studenten genutzt wurde<sup>54</sup>.

---

<sup>51</sup> Brockhaus – Die Enzyklopädie: in 24 Bänden. 20. Aufl.; Mannheim; (1996), „Doktor“, Band 5, 598f

<sup>52</sup> Groß D: Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919). Lang; Frankfurt am Main, Berlin; (1994), 229

<sup>53</sup> Strübig W: Geschichte der Zahnheilkunde. Deutscher Ärzte-Verlag; Köln; (1989), 141

Die Lehrinstitute standen vor dem Problem, die relativ junge zahnheilkundliche Wissenschaft zuzuordnen. Es war in Wissenschaft und Politik noch nicht geklärt worden, ob die Zahnmedizin ein Teil der Chirurgie war, der sie in historischer Sicht nahe stand oder ob sie neben der Chirurgie eine Spezialdisziplin der allgemeinen Medizin darstellte wie es in Österreich-Ungarn gehandhabt wurde oder ob für sie ein eigener Studiengang eingerichtet werden sollte, der das volle Studium der Allgemeinmedizin nicht voraussetzte und dafür mehr manuelle und technische Ausbildung enthalten sollte. Das Promotionsrecht nahm eine gewichtige Rolle ein, da es die Entscheidung dieser Frage endgültig besiegeln sollte. Der Weg zum Promotionsrecht für die Zahnmedizin als von der Allgemeinmedizin unabhängiges Studienfach war lang und von kontroversen Diskussionen begleitet.

Die Studienordnung von 1909 brachte die Trennung von Vor- und Abschlussprüfung und das Abitur als Studienvoraussetzung wie beim Medizinstudium. Das Zahnmedizinstudium sollte sieben Semester dauern und als grundlegende Neuerung wurden Studenten der Zahnmedizin von dort an in ihrem eigenen Fach immatrikuliert und nicht mehr an der Philosophischen Fakultät<sup>55</sup>. Die Eingliederung der Zahnheilkunde in die medizinische Fakultät bedeutete zwar eine Aufwertung des Faches, doch zur vollen akademischen Anerkennung fehlte das Promotionsrecht. Es wurde diskutiert, ob den Zahnärzten der Dr. med. oder ein zahnmedizinischer Dokortitel zu verleihen sei, der entweder Dr. med. dent., Dr. odontologiae oder Dr. der Zahnheilkunde heißen konnte<sup>56</sup>.

Die Einführung des Promotionsrechtes ließ jedoch noch einige Jahre auf sich warten. Entgegengesetzt vieler Erwartungen beschloss das Kultusministerium in Berlin im Jahr 1913, den Zahnärzten den Dr. med. dent. nicht zu gewähren. Als Reaktion auf diesen Beschluss kam es vielerorts zum Ausstand und Protest der Studenten, die von den praktizierenden Zahnärzten voll unterstützt wurden<sup>57</sup>. An dem Protest, der seinen Ausgang in Leipzig nahm, waren Studenten nahezu aller Universitäten beteiligt<sup>58</sup>. In Berlin streikten 120 Kommilitonen<sup>59</sup>, bis

---

<sup>54</sup> Münstermann C: Medizinische Ausbildung und Zahnmedizin an der Berliner Universität 1811-1920. Zahnmedizinische Dissertation, Freie Universität Berlin; (1992); 40f

<sup>55</sup> Strübig a. a. O., 141

<sup>56</sup> Groß a. a. O., 245

<sup>57</sup> Strübig a. a. O., 142

<sup>58</sup> Groß a. a. O., 244

<sup>59</sup> Strübig a. a. O., 142

Ministerialrat Raumann einer Studentendelegation versprach, das Kultusministerium werde sich mit der Promotionsfrage beschäftigen<sup>60</sup>.

Es kam zum Ersten Weltkrieg, der von 1914-1918 andauerte und die Promotionsfrage in den Hintergrund drängte. Die Zahnärzteschaft richtete am 05.07.1918 eine Eingabe an den Bundesrat, in der die Forderung nach Einführung des Spezialdokortitels erneuert wurde<sup>61</sup>. 1919 kam es schließlich zur Einführung des Promotionsrechtes zum Dr. med. dent. gemäß einer Absprache der Landesregierungen<sup>62</sup>. Baden hatte zuerst den Titel Dr. chir. dent. am 08.06.1919 eingeführt. Zwei Monate später war Preußen mit der Einführung des Dr. med. dent. am 10.08.1919 gefolgt. Letztlich entschloss sich Baden noch im selben Jahr unter dem wachsenden Druck der zahnärztlichen Verbände, die die Einführung des Dr. chir. dent. heftig kritisierten, den Spezialdokortitel in die Form Dr. med. dent. umzuändern<sup>63</sup>.

In der Preußischen Promotionsordnung vom September 1919, der sich die übrigen deutschen Länder in der Folgezeit anschlossen, wurden die Voraussetzungen für die Verleihung des Dr. med. dent. festgelegt. Nach dem Abitur war ein mindestens achtsemestriges geordnetes Studium nachzuweisen und die Approbation als Zahnarzt zu erlangen. Ferner musste eine Dissertationsschrift verfasst werden aus dem Gebiet der praktischen oder theoretischen Zahnheilkunde oder der die Zahnheilkunde berührenden medizinischen Fächer. Der Kandidat musste eidesstattlich erklären, dass die Dissertation selbständig verfasst wurde und schließlich eine Prüfung der gesamten Zahnheilkunde und drei weiteren Fächern ablegen, wahlweise aus der Anatomie, Physiologie, Chirurgie, Innerer Medizin, Dermatologie, Hygiene, Bakteriologie und Pharmakologie<sup>64</sup>.

Die praktizierenden Zahnärzte ohne allgemeine Hochschulreife hatten die Möglichkeit, innerhalb einer Dreijahresfrist bis zum 01.10.1922 unter erleichterten Bedingungen zu promovieren. Für sie galt das Abitur nicht als Voraussetzung für die Promotion, wohl aber die Approbation als Zahnarzt und ein achtsemestriges Studium, wobei fehlende Semester durch

---

<sup>60</sup> Groß a. a. O., 245

<sup>61</sup> Groß a. a. O., 248

<sup>62</sup> Strübig a. a. O., 142

<sup>63</sup> Groß a. a. O., 248ff

<sup>64</sup> Groß a. a. O., 249

erneute Immatrikulation nachgeholt werden konnten. Von dieser Promotionsmöglichkeit machten so viele Zahnärzte Gebrauch, dass die Übergangsfrist bis zum 23.01.1923 verlängert wurde<sup>65</sup>.

Die Zulassung der Zahnärzte zur Habilitation wurde am 23.01.1923 eingeführt. Damit war schließlich die vollständige akademische Anerkennung der Zahnmedizin erreicht. Als ärztliches Spezialfach war die Zahnmedizin nun in allen Rechten der Medizin gleichgestellt<sup>66</sup>.

## 1.5 Die Geschichte der Frauen in der Zahnheilkunde

Im Jahre 1884, als das Zahnmedizin-Studium an staatlichen Universitäten etabliert wurde<sup>67</sup>, blieb den Frauen der Zugang zunächst verwehrt, da an den deutschen Universitäten ausschließlich Männer immatrikuliert wurden<sup>68</sup>. 1891 wurde eine Reichstagspetition, die die Zulassung von Frauen zum Studium an deutschen Universitäten forderte, abgelehnt<sup>69</sup>. Erst 1899 wurden Frauen per Bundesratsbeschluss zu medizinischen, zahnmedizinischen und pharmazeutischen Prüfungen zugelassen, allerdings ohne immatrikuliert zu sein. Die Immatrikulation von Frauen wurde schließlich im Jahr 1908 gesetzlich fixiert<sup>70</sup>.

1901 legten bereits die ersten Frauen ihre Staatsexamina in den deutschen Staaten ab. Das erste medizinische Staatsexamen erlangte Ida Democh in Halle<sup>71</sup>, während Ida Freudenherr in Breslau das erste zahnmedizinische Staatsexamen ablegte<sup>72</sup>. Ab 1905 wurden Frauen auch

---

<sup>65</sup> Groß a. a. O., 250

<sup>66</sup> Groß a. a. O., 250

<sup>67</sup> Strübig W: Geschichte der Zahnheilkunde. Deutscher Ärzteverlag; Köln; (1989), 141

<sup>68</sup> Münstermann C: Medizinische Ausbildung und Zahnmedizin an der Berliner Universität 1811-1920. Zahnmedizinische Dissertation, Freie Universität Berlin; (1992), 60

<sup>69</sup> Eckart WU: 100 Jahre Frauenstudium – Baden lag an der Spitze. Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg; (1999), [http://med.uni-hd.de/sonstiges/timeline/frauen\\_baden.html](http://med.uni-hd.de/sonstiges/timeline/frauen_baden.html), Zugriff-Datum:21.05.2004

<sup>70</sup> Münstermann a. a. O., 60

<sup>71</sup> Eckart WU a. a. O.

<sup>72</sup> Münstermann a. a. O., 60

zur medizinischen Promotion zugelassen, welche Anna Martha Kannegießer 1906 in Heidelberg als erste Frau in Deutschland erlangte. Die erste Habilitation einer Frau gelang Dr. med. Adele Hartmann 1918 in Berlin für das Fach Anatomie, noch bevor das Habilitationsrecht für Frauen 1920 erlassen wurde<sup>73</sup>.

Im internationalen Vergleich ereignete sich die Zulassung von Frauen zum Universitätsstudium in den deutschen Staaten sehr spät. Den Anfang machten die USA 1833, es folgten in den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts Frankreich, die Schweiz und England, in Holland durften Frauen ab 1878 studieren<sup>74</sup>. Vor 1899 mussten deutsche Frauen, wenn sie studieren wollten, also den Weg ins Ausland auf sich nehmen. Das berühmteste Beispiel für eine solche Karriere liefert die Berlinerin Henriette Hirschfeld-Tiburtius, die von 1867 bis 1869 am Dental College in Philadelphia (USA) studierte und 1869 als Doctor of Dental Surgery nach Berlin zurückkehrte. Sie gilt als die erste selbständige promovierte Zahnärztin Deutschlands<sup>75</sup>.

Ausnahmefälle von studierenden und promovierenden Frauen gab es abseits von offiziell verbindlichen Regelungen und Gesetzen schon zu viel früheren Zeiten. Dorothea Erxleben gilt als die erste deutsche Ärztin. Sie erhielt 1741 auf ihr Gesuch hin eine Sondererlaubnis von Preußenkönig Friedrich II (Friedrich der Große) zur Aufnahme des Medizinstudiums und für ihre Promotion im Jahre 1754<sup>76</sup>.

---

<sup>73</sup> Eckart WU a. a. O.

<sup>74</sup> Eckart WU a. a. O.

<sup>75</sup> Mack C: Henriette Hirschfeld-Tiburtius (1834-1911) - Das Leben der ersten selbständigen Zahnärztin Deutschlands. In: Tröhler U von, Leven KH (Hrsg.): Medizingeschichte im Kontext; Band 2; Lang; Frankfurt am Main, Berlin; (1999), 211

<sup>76</sup> Billig AH: Dorothea Christiana Erxleben - die erste deutsche Ärztin. Medizinische Dissertation, Universität München; (1966), 31

## 1.6 Die Geschichte der Universität Düsseldorf und der Westdeutschen Kieferklinik

Einleitend soll an dieser Stelle kurz auf das Leben des Gründers der Westdeutschen Kieferklinik, Prof. Dr. med. dent. h.c. Christian Bruhn, eingegangen werden. Er wurde am 09. Januar 1868 in Segeberg als Sohn des Berginspektors Hermann Bruhn geboren. Im Alter von vier Jahren wurde er Vollwaise und wuchs in der Obhut von Erziehungsanstalten auf. 1886 erhielt er in Goslar das Zeugnis der Mittleren Reife<sup>77</sup> und studierte im Anschluss Zahnmedizin in Berlin, Würzburg und München<sup>78</sup>. Sein Staatsexamen erlangte er 1888 in München und schloss eine Assistententätigkeit an der dortigen Universitätsklinik<sup>79</sup> an sowie bei zwei Hofzahnärzten<sup>80</sup> in Karlsruhe und Darmstadt.

Im Jahr 1891 eröffnete Christian Bruhn seine zahnärztliche Praxis in der Feldstrasse 34 in Düsseldorf. Schnell machte er sich als exzellenter Zahnarzt und besonders auf dem Gebiet der zahnärztlichen Prothetik einen Namen und zog so ein Patientenkontingent in seine Praxis, das der „reichen und einflussvollen“<sup>81</sup> Gesellschaft des gesamten Ruhrgebietes entstammte. Die schnell wachsende Praxis verlagerte Bruhn 1905 in die Sternstrasse 33. Er erweiterte sie in der Folge zunächst um die Häuser Sternstrasse 31 und 29 und richtete eine zahnärztliche Privatklinik ein<sup>82</sup>.

Das Krankenhauswesen in der Stadt Düsseldorf zur Versorgung der Bevölkerung befand sich zu dieser Zeit erst im Aufbau. 1892 wurde ein städtisches Pflegehaus an der Himmelgeister Str. eingerichtet. Im Jahr 1896 drohte Düsseldorf eine Choleraepidemie, weshalb die Stadt

---

<sup>77</sup> Geister A-A: Die Westdeutsche Kieferklinik. In: Engelbrecht J, Looz-Corswarem C von (Hrsg.): Krieg und Frieden in Düsseldorf; Veröffentlichungen aus dem Stadtarchiv Düsseldorf, Band 10, Gruppello, Düsseldorf 2004, 270

<sup>78</sup> Schadewaldt, Hans: Universität Düsseldorf, Länderdienst-Verlag, Berlin/West-Basel 1966, 83

<sup>79</sup> Geister a. a. O., 270

<sup>80</sup> Schadewaldt a. a. O., 83

<sup>81</sup> Jonczyk, Y: Die Westdeutsche Kieferklinik Düsseldorf in den Jahren 1917-1962. Zahnmedizinische Dissertation, Universität Düsseldorf; (1999), 9

<sup>82</sup> Geister a. a. O., 271

ein Barackenkrankenhaus an der Eisenstrasse einrichtete. Die Cholera, die Düsseldorf zwar „nur streifte“, schärfte dennoch das Bewusstsein dafür, dass für die ausreichende Versorgung der Bevölkerung Krankenhäuser gebaut werden mussten, da sich das Barackenkrankenhaus als unzureichend herausgestellt hatte. Die Planungsphase zog sich jedoch jahrelang hin, bis im Jahr 1903 die Preußische Regierung in der neuen Ausbildungsordnung für Ärzte ein praktisches Jahr vorschrieb, das nach bestandenem Staatsexamen und vor der Approbation an einem Lehrkrankenhaus abzuleisten war. Die Stadtverwaltung gliederte daraufhin den geplanten Krankenanstalten eine Akademie an, um so an kostengünstiges ärztliches Personal zu gelangen. Am 04. Juni 1907 fanden die Pläne in Form der „Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin“ ihre Verwirklichung<sup>83</sup>.

Der Akademische Rat und die Stadt Düsseldorf planten auch die Einrichtung eines zahnärztlichen Institutes und ernannten Bruhn noch im Gründungsjahr zum Dozenten und Leiter des geplanten Institutes<sup>84</sup>. Dabei war es in Bruhns Sinn, die neue Spezialdisziplin der Kieferheilkunde akademisch zu etablieren. Als Gutachter für spezielle Arbeitsunfälle hatte er in Rüstungsfabriken die neuartige Waffentechnik gesehen, die bisher ungekannte Kiefer- und Gesichtsverletzungen verursachen konnte<sup>85</sup>. Die Planungen zur Gründung des zahnärztlichen Instituts wurden jedoch von der Stadtverwaltung aus Kostengründen sehr bald verworfen<sup>86</sup>.

1914 brach der Erste Weltkrieg aus und Bruhns Klinik wurde zu einem Lazarett für Kieferverletzte mit 40 Betten, das von der Militärverwaltung am 17. September 1914 zu einer Abteilung des königlich-preußischen Reservelazaretts gemacht wurde<sup>87</sup>. In den folgenden Kriegsjahren wurde das Lazarett durch weitere Abteilungen vergrößert (Mannesmannhaus, Sanatorium Waldesheim mit Villa Sack, Rheinlust, Frauenklub, Martha Stift und Plange Mühle) und wurde neben dem Berliner Universitätsinstitut zur Zentralstelle für die Behandlung kieferverletzter Soldaten.

---

<sup>83</sup> Geister a. a. O., 268f

<sup>84</sup> Jonczyk a. a. O., 9

<sup>85</sup> Geister a. a. O., 272

<sup>86</sup> Mayer, S-M: Professor Dr. med. dent. h.c. Christian Bruhn und die Begründung der Westdeutschen Kieferklinik. Zahnmedizinische Dissertation, Universität Düsseldorf; (1967), 6-10

<sup>87</sup> Geister a. a. O., 272

1916 umfasste es bereits 5 Abteilungen mit 650 Betten und beschäftigte 28 Ärzte und Zahnärzte. Neu war die im Düsseldorfer Lazarett praktizierte Zusammenarbeit verschiedener Spezialisten, um die bestmöglichen Heilungsergebnisse für die Patienten zu erzielen. Allein die Zusammenarbeit von Zahnärzten und Chirurgen sowie eines Internisten, Neurologen, Augenarztes und Hals-Nasen-Ohrenarztes konnte das Behandlungsgebiet vollständig abdecken. 1916 richtete Bruhn eine wissenschaftliche Abteilung ein, die aus einer Fachbibliothek, einer Röntgenkartothek und einer Präparate- und Modellsammlung bestand<sup>88</sup>.

Im März 1917 gründete Bruhn den Verein „Westdeutsche Kieferklinik e.V.“. Die Mitglieder waren Freunde und Gleichgesinnte Bruhns, darunter einflussreiche und namhafte Menschen aus Politik, Industrie und Wirtschaft<sup>89</sup>. Die Zwecke des Vereins waren der Fortbestand der Klinik nach Beendigung des Ersten Weltkrieges einerseits und die Etablierung der Kieferheilkunde als Spezialfach innerhalb der Medizin andererseits. Nicht die zahnsanierende Behandlung, sondern die operative Behebung angeborener und erworbener Kieferdeformationen sollte im Mittelpunkt stehen<sup>90</sup>.

Bruhn war überzeugt davon, dass die Unfallträchtigkeit der automatisierten industriellen Produktion und die Mechanisierung im Handwerk den Fortbestand der Kiefer- und Gesichtschirurgie und der Westdeutschen Kieferklinik notwendig machten, auch wenn es keine kriegsbedingten Gesichtsverletzungen mehr geben würde. Die Chirurgen dieser Zeit behandelten Knochenbrüche im Kiefer- und Gesichtsbereich mit dem Ziel der schnellen Knochenheilung, wobei sie häufig funktionelle Gesichtspunkte wie Wiederherstellung von Kaufunktion und Sprechvermögen außer Acht ließen. Die Behandlungsergebnisse waren daher oft unbefriedigend in der Funktion und auch in der Ästhetik<sup>91</sup>.

Die steigende Anzahl der Gesichtsverletzten im Ersten Weltkrieg ließ diese Missstände umso deutlicher werden. Mit der engen Zusammenarbeit von Chirurgen und Zahnärzten hatte man in Düsseldorf bei der Behandlung dieser Patienten deutlich bessere Erfolge erzielt<sup>92</sup>. Dieses Team von Zahnarzt und Chirurg wollte Bruhn durch den Facharzt für Kiefer- und Gesichts-

---

<sup>88</sup> Jonczyk a. a. O., 10

<sup>89</sup> Jonczyk a. a. O., 11

<sup>90</sup> Geister a. a. O., 265

<sup>91</sup> Geister a. a. O., 277

<sup>92</sup> Geister a. a. O., 277

chirurgie ersetzen. Dazu war die Begründung der Kieferheilkunde als medizinisches Sonderfach notwendig<sup>93</sup>. Die Notwendigkeit zur Schaffung klinischer Einrichtungen für die Behandlung von Kieferverletzten sah nicht nur Bruhn in Düsseldorf, sondern auch Partsch in Breslau<sup>94</sup>. Neben der Behandlung sollte die Westdeutsche Kieferklinik nach Bruhns Vorstellung auch der Forschung und Lehre dienen.

1918 unternahm der Verein Westdeutsche Kieferklinik einen Versuch der Angliederung an die Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin. Dieser wurde jedoch von der Akademieführung abgelehnt, da sich die Disziplinen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde und Chirurgie durch das von Bruhn proklamierte Sonderfach Kieferheilkunde bedroht fühlten. Außerdem gab es verdeckte Vorbehalte gegen Bruhn, der trotz seiner vorzeigbaren Erfolge von der Akademie als nicht standesgemäß betrachtet wurde<sup>95</sup>.

Deutschland befand sich 1918 in einer sehr schlechten wirtschaftlichen Situation und ebenso die Kieferklinik. Nach dem Kriegsende im November 1918 lag Düsseldorf in der so genannten neutralen Zone. Die Alliierten erzwangen durch den Versailler Vertrag die Schließung aller militärischen Einrichtungen in der neutralen Zone<sup>96</sup>. So musste auch das Kieferlazarett geschlossen werden. Die Privatklinik Bruhns mit 40 Betten blieb jedoch weiterhin bestehen. „Mehr als 600 Verwundete mußten damals, zum großen Teil mit halb abgeschlossener Behandlung, vorläufig entlassen werden, und fortgesetzt gingen der Anstalt von diesen Patienten, ihren Angehörigen und den Lazaretten, in denen sie untergebracht waren, Gesuche um Wiederaufnahme zu“<sup>97</sup>.

Der Verein „Westdeutsche Kieferklinik“ hegte das Vorhaben, die Klinik erneut zu vergrößern. Noch 1918 erwarb der Verein die Häuser Sternstrasse 35, 37 und 41, das Haus Nr. 39 wurde ihm von dem Bergwerksbesitzer Hugo von Gahlen geschenkt<sup>98</sup>. Es entstand ein neues ziviles Krankenhaus, das Ende des Jahres 1919 betriebsbereit war und eine chirurgische und

---

<sup>93</sup> Mayer a. a. O., 31

<sup>94</sup> Bruhn C: Die Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf und ihre Wirksamkeit. Bergmann, München; (1922), 6

<sup>95</sup> Geister a. a. O., 276

<sup>96</sup> Mayer a. a. O., 25

<sup>97</sup> Bruhn a. a. O., 8

eine kieferorthopädische Station sowie eine zahnärztliche und eine HNO-Abteilung umfasste<sup>99</sup>. Die Erweiterung der Klinik setzte sich fort und wurde begünstigt durch den Umstand, dass das Versorgungsamt Koblenz die Belegung von 50 Betten garantierte, was die finanziellen Verhältnisse der Klinik verbesserte. Die Häuser Sternstrasse 20 und 43 sowie Feldstrasse 41 wurden hinzugekauft<sup>100</sup>.

Auch in Bezug auf Forschung und Lehre begann die Klinik 1921 ihre Entwicklung. Ein Hörsaal mit 60 Sitzen, eine Bibliothek, eine Lehrmittelsammlung und ein Laboratorium für chemische, bakteriologische und histologische Untersuchungen wurden eingerichtet, bevor Bruhn im Sommersemester 1921 begann, abendliche Fortbildungskurse für Ärzte und Zahnärzte abzuhalten<sup>101</sup>.

Die Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin hatte ihrerseits 1919 begonnen, zurückgekehrten Kriegsteilnehmern, die ihr Studium unterbrochen hatten, medizinischen Unterricht zu erteilen. Aus der bisherigen Fortbildungsstätte sollte nun ein Ausbildungsinstitut mit Hochschulcharakter werden. Aus diesem Vorsatz wurde 1923 die Umbenennung in „Medizinische Akademie in Düsseldorf“ beschlossen. Die neue Hochschule beanspruchte nun das Recht, noch nicht examinierte Mediziner zu unterrichten<sup>102</sup> (siehe Anhang A).

Die Angliederung der Westdeutschen Kieferklinik ereignete sich ebenfalls im Jahr 1923. An den Verhandlungen waren der Vereinsvorstand der Westdeutschen Kieferklinik, der Akademische Rat und die Stadt Düsseldorf als Trägerin der Krankenanstalten beteiligt. Doch die Differenzen zwischen Kieferklinik und Akademie aus dem Jahr 1918 waren noch nicht beigelegt, so dass der Stadtrat „unter bewusster Umgehung der Akademieleitung“<sup>103</sup> die Übernahme der Kieferklinik durch die Stadt Düsseldorf und die Angliederung an die Krankenanstalten billigte.

---

<sup>98</sup> Bruhn a. a. O., 9

<sup>99</sup> Geister a. a. O., 276

<sup>100</sup> Geister a. a. O. S.276

<sup>101</sup> Jonczyk a. a. O. S.13

<sup>102</sup> Geister a. a. O. S.278

<sup>103</sup> Geister a. a. O. S.278

Die Akademie erfüllte jedoch die Verträge in einigen für Bruhn grundlegenden Punkten nicht. Der Streit um die Habilitierung Lindemanns im Fach Kiefer- und Gesichtschirurgie veranlasste Bruhn im Juli 1924 zum Verzicht auf die ihm angebotene Professur für Kiefer- und Zahnheilkunde. Auch die Aufnahme des akademischen Unterrichts an dem zu gründenden zahnärztlichen Institut wurde nicht verwirklicht. In der Konsequenz kündigte der Verein „Westdeutsche Kieferklinik“ die Verträge mit der Akademie am 02. Juni 1925<sup>104</sup>.

In einer modifizierten Neufassung der Verträge vom Februar 1926 wurde das Fach Kiefer- und Gesichtschirurgie genauer beschrieben, so dass die Nachbardisziplinen sich nicht länger bedroht fühlten und das Rektorat der Akademie einlenkte<sup>105</sup>. Lindemann wurde daraufhin im Dezember 1926 vom Preußischen Minister für Wissenschaft, Kultur und Volksbildung zum Dozenten für Kiefer- und Gesichtschirurgie<sup>106</sup> und zwei Jahre später zum Professor in dieser Disziplin ernannt<sup>107</sup>. Die Grundlagen für den akademischen Unterricht waren somit geschaffen, doch Bruhn musste dieses Vorhaben im Alleingang verwirklichen. In den Nebenräumen seiner Klinik, denn ein zahnärztliches Institut gab es nicht, begann er im Wintersemester 1931/32 den zahnmedizinischen Ausbildungsgang mit acht Studenten. Am 31. März 1934 wurde Bruhn emeritiert und starb nach langer Krankheit am 27. August 1942. Sein Nachfolger als Leiter der Westdeutschen Kieferklinik wurde August Lindemann<sup>108</sup>.

Als 1939 der Zweite Weltkrieg ausbrach, verblieb der zivile Betrieb der Westdeutschen Kieferklinik an der Sternstrasse unter der Leitung von Hofrath (Erfinder des Fernröntgenverfahrens), während Lindemann das aus Personal der Kieferklinik eingerichtete Standortlazarett im Pflegehaus an der Himmelgeisterstrasse leitete<sup>109</sup>. Das Lazarett mit 800 Betten belegte den Südflügel des Pflegehauses. Bis Kriegsende wurden 6000 Verwundete in dem Lazarett behandelt. Wegen der Gefahr des Luftangriffes musste das Lazarett mehrfach verlegt wer-

---

<sup>104</sup> Jonczyk a. a. O. S.15

<sup>105</sup> Geister a. a. O. S.280

<sup>106</sup> Jonczyk a. a. O. S.15

<sup>107</sup> Geister a. a. O. S.281

<sup>108</sup> Geister a. a. O. S.281

<sup>109</sup> Geister a. a. O. S.282

den. 1942 geschah die Verlegung nach Dormagen, in der Folge nach Breslau und Brakel und schließlich 1945 nach Bad Driburg<sup>110</sup>.

Das zivile Krankenhaus an der Sternstrasse wurde am 03. November 1943 durch einen Luftangriff zerstört. Das Gebäude brannte bis auf die Kellerräume nieder, welche weiterhin als Operationssäle genutzt werden mussten, da es keine Ausweichmöglichkeit gab<sup>111</sup>. Das als Pflegestätte genutzte Waldheim in Düsseldorf-Grafenberg brannte im November 1944 ebenfalls nieder<sup>112</sup>. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurde der Westdeutschen Kieferklinik gemeinsam mit dem Kieferlazarett aus Bad Driburg der Südflügel des Pflegehauses zugewiesen. Dadurch gab es erstmals eine räumliche Verbindung zwischen der Westdeutschen Kieferklinik und der Medizinischen Akademie. Der Lehrbetrieb wurde im November 1945 mit 50 Studenten wieder voll aufgenommen<sup>113</sup>.

Im Jahr 1948 wurde Lindemann Rektor der Medizinischen Akademie und blieb es bis zu seiner Emeritierung 1950. Die Leitung der Kieferklinik wurde für ein Jahr kommissarisch von Gerke übernommen bis im November 1951 Karl Häupl, der Begründer der Funktionskieferorthopädie, zum neuen Direktor ernannt wurde. 1957 wurde Häupl zum Rektor der Medizinischen Akademie gewählt. Häupls Ziel war es, „(...) die gesamte Zahnheilkunde in einer Klinik so zu etablieren, dass die Entwicklung aller zahnärztlichen Gebiete gleichermaßen unterstützt wird, (...)“<sup>114</sup>. Nach Häupls plötzlichem Tod am 29. Juni 1960 und einer zweijährigen kommissarischen Leitung der Kieferklinik durch Gerke übernahm Fischer 1962 das Direktorat. Die Westdeutsche Kieferklinik wurde 1962 geteilt in eine Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten mit einem Ordinariat (Fischer) und eine Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie mit einem Extraordinariat (Rehrmann). Dies geschah zur Realisierung der schon von Häupl gewünschten gleichmäßigen Förderung<sup>115</sup>.

---

<sup>110</sup> Jonczyk a. a. O. S.65

<sup>111</sup> Geister a. a. O. S.282

<sup>112</sup> Jonczyk a. a. O. S.66

<sup>113</sup> Geister a. a. O. S.283

<sup>114</sup> Jonczyk a. a. O. S.76

<sup>115</sup> Jonczyk a. a. O. S.70ff

Die Tatsache, dass Direktoren der Medizinischen Akademie der Kieferklinik entstammten, machte deutlich, dass die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ihre lang ersehnte und erkämpfte akademische Anerkennung schließlich erreicht hatte. Im Jahr 1918 war dies noch undenkbar gewesen.

Im Jahr 1962 übernahm das Land Nordrhein-Westfalen die Trägerschaft der Medizinischen Akademie, während die Krankenanstalten in der Hand der Stadt Düsseldorf blieben. 1964 billigte das Land die Gliederung der Medizinischen Akademie in eine Medizinische, Naturwissenschaftliche und Philosophische Fakultät. Die offizielle Gründung der Universität Düsseldorf erfolgte am 14. Februar 1966. Im selben Jahr wurde der Westdeutschen Kieferklinik ein vorklinisches Institut angegliedert, das erstmals die Ausbildung von Studenten der vorklinischen Semester ermöglichte. Ab dem 1. Januar 1973 gehörten auch die Universitätskliniken zum Land Nordrhein-Westfalen<sup>116</sup>.

In den Jahren 1999 bis 2002 war die Westdeutsche Kieferklinik aufgrund von Einsparmaßnahmen des Landes Nordrhein-Westfalen von der Schließung bedroht. Das Düsseldorfer Ministerium für Schule und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung verkündete am 14. Juni 1999 überraschend die Absicht der Schließung von Klinik- und Lehrbetrieb (keine Neumatrikulationen ab dem Wintersemester 2000/2001). Als Gründe für die Auflösungsabsichten wurden die Senkung der Studierendenzahlen der Zahnmedizin in NRW und Kosteneinsparungen für die notwendige Sanierung des unter Denkmalschutz stehenden Klinik-Gebäudes angegeben. Die Bevölkerung verließ ihrem Protest gegen die geplante Klinik-Schließung Ausdruck in einer Unterschriftensammlung (insgesamt 70.000 Protestunterschriften). Denn tatsächlich übernahm die Westdeutsche Kieferklinik mit 22.000 Patienten pro Jahr einen erheblichen Anteil der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung. Dies wurde schließlich in zwei Gutachten bestätigt, ebenso wie die kostengünstigen Strukturen des Lehrbetriebes im Vergleich zu anderen Einrichtungen<sup>117</sup>. Auch der Stadtrat setzte sich

---

<sup>116</sup> Jonczyk a. a. O. S.77

<sup>117</sup> Geister A-A: Zur Geschichte der Westdeutschen Kieferklinik. Veröffentlichungen aus dem Stadtarchiv Düsseldorf, Band 11, Selbstverlag des Stadtarchivs, Düsseldorf; (2004), 106-109

wiederholt für den Erhalt der Westdeutschen Kieferklinik ein<sup>118</sup>. Professor Wolfgang Raab, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und präventive Zahnheilkunde, führte in Düsseldorf einen neuen, in Deutschland einmaligen Studiengang ein, bei dem die Studierenden der Zahnmedizin während der vorklinischen Semester vollständig in das Humanmedizinstudium integriert wurden. Die Einführung dieses neuen Studiengangs führte schließlich zur Einigung zwischen Ministerium, Heinrich-Heine-Universität und Universitätsklinikum. Die Hochschulverwaltung wurde verpflichtet, sich an den Kosten für die Gebäudesanierung zu beteiligen. In der Zielvereinbarung vom 22. April 2002 wurde festgeschrieben, dass der Studiengang Zahnmedizin in Düsseldorf, wenn auch mit leicht reduzierter Anfängerzahl, fortbestehen solle<sup>119</sup>.

## 1.7 Die Geschichte der Promotion in Düsseldorf

Im Jahre 1923 wurde die „Medizinische Akademie in Düsseldorf“ in Fortführung der „Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin“ zur Aufnahme des klinischen Unterrichts befugt. Dies bedeutete, dass Medizinstudenten mit bestandener ärztlicher Vorprüfung ihr klinisches Studium in Düsseldorf absolvieren und die Abschlussprüfung ablegen konnten. Dies wurde vertraglich zwischen dem Preußischen Staat, vertreten durch den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung, und der Stadt Düsseldorf, vertreten durch den Oberbürgermeister, am 24. Februar 1923 vereinbart<sup>120</sup> (siehe Anhang A).

---

<sup>118</sup> Ratsversammlung Düsseldorf: Niederschrift über die 9. öffentliche Sitzung des Rates der Landeshauptstadt Düsseldorf in seiner 13. Wahlperiode am Donnerstag, 15. Juni 2000, 14.00Uhr, Rathaus, Plenarsaal, S.20:

[...] In diesem Zusammenhang erneuert der Rat seinen Appell vom 19.08.1999 an die Landesregierung NRW, von der beabsichtigten Schließung des Studiengangs Zahnmedizin und der Westdeutschen Kieferklinik an der Heinrich-Heine-Universität abzusehen. Zahnmedizin und Westdeutsche Kieferklinik erfüllen bei der Patientenversorgung für Düsseldorf und Umgebung Aufgaben, die von keiner anderen Institution wahrgenommen werden können (vgl. Drucksache 01/092/99).

Der Rat der Landeshauptstadt Düsseldorf bittet die Düsseldorfer Landtagsabgeordneten, sich im Rahmen möglicher Konzentrationsüberlegungen der Landesregierung mit Nachdruck für einen Erhalt und Ausbau des Hochschulstandortes Düsseldorf einzusetzen. [...]

<sup>119</sup> Geister a. a. O. S.108 f

<sup>120</sup> Schadewaldt H: Universität Düsseldorf. Länderdienst; Berlin; (1966), 103

Doch im letzten Paragraphen dieses Vertrages wurde deutlich, dass die Akademie sich damit nicht anderen medizinischen Fakultäten ebenbürtig fühlen durfte. Das Gegenteil war der Fall. Die Stadt Düsseldorf musste erklären, dass der Ausbau der Einrichtungen zu einer Universität oder Hochschule ausgeschlossen blieb. In diesem § 21 hieß es außerdem: „Die beiden Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Akademie das Promotionsrecht und die Bezeichnung als Fakultät nicht erhalten kann“. Diese Erklärung sollte der Beruhigung der anderen Universitäten dienen<sup>121</sup>, welche die Konkurrenz durch neu gegründete Lehrinstitute fürchteten<sup>122</sup>.

Da die Verweigerung des Promotionsrechtes von der Medizinischen Akademie als Degradierung angesehen wurde, gab es schon zwei Jahre nach dem Vertragsabschluss Bemühungen in dieser Richtung. Da das eigene Promotionsrecht für die Medizinische Akademie zu diesem Zeitpunkt unerreichbar war, wurden Verhandlungen mit anderen medizinischen Fakultäten zur Erreichung einer Zwischenlösung geführt. Die ersten Verhandlungen bezüglich eines Promotionsmodus im Oktober 1925 mit der Universität Bonn scheiterten jedoch<sup>123</sup>. Die Akademie zeigte in der Promotionsfrage aber weiterhin Initiative. Im Jahre 1926 wurde ein neuer Vorstoß unternommen, woraufhin die Regierung das Promotionsrecht für Düsseldorf zwar ablehnte, stattdessen aber die Empfehlung an den Akademischen Rat richtete, „(...) sich evtl. einer Universität, etwa Münster, anzuschließen“<sup>124</sup>. Daraufhin nahm der Akademische Rat die Besprechungen mit der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster auf. Die Universität Münster verlangte im Gegenzug für ihr Entgegenkommen in der Promotionsangelegenheit eine Erklärung des Düsseldorfer Akademischen Rates, wonach auf Bestrebungen zur Erlangung des selbständigen Promotionsrechtes für die Medizinische Akademie verzichtet wurde. Der Akademische Rat entsprach der münsteraner Forderung am 28. Juli 1927 und die Ver-

---

<sup>121</sup> Schadewaldt H: Von der Medizinischen Akademie zur Universität Düsseldorf 1923-1973. Länderdienst; Berlin; (1973), 60

<sup>122</sup> Plassmann M: Der lange Weg der Medizinischen Akademie Düsseldorf zur Universität. In: Plassmann M (Hrsg.): Bewahren und Gestalten; Schriften der Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf; Düsseldorf; (2002), 47

<sup>123</sup> Schadewaldt H: Von der Medizinischen Akademie zur Universität Düsseldorf 1923-1973. Länderdienst; Berlin; (1973), 63

<sup>124</sup> Schadewaldt a. a. O. S.64

einbarung über das Promotionsrecht wurde am gleichen Tage geschlossen<sup>125</sup> (siehe Anhang B).

Diese Vereinbarung zwischen der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der Medizinischen Akademie in Düsseldorf regelte die gemeinschaftliche Promotion zum Dr. med., wobei die Promotion in Düsseldorf stattfinden und die offizielle Ernennung durch den Dekan der Medizinischen Fakultät Münster ausgesprochen werden sollte. Nach der Genehmigung durch das Kultusministerium trat die Vereinbarung am 17. Dezember 1927 in Kraft<sup>126</sup>. Die Modalitäten waren in der Vereinbarung genau festgelegt. Qualifiziert für die Promotion waren „Approbierter Ärzte, die eine Dissertation in den Instituten oder Kliniken der Medizinischen Akademie in Düsseldorf auf Anregung und unter Leitung eines Dozenten dieser Akademie angefertigt haben, (...)“<sup>127</sup>. Der letzte Punkt der Vereinbarung besagte, dass für die zahnärztliche Promotionsordnung entsprechende Vereinbarungen gelten sollten<sup>128</sup>. Die ersten beiden feierlichen Promotionen (Josef Ruben und Wilhelm Maass) fanden am 25. Februar 1928 statt<sup>129</sup>.

Die angefertigten Dissertationen wurden dem Rektor der Akademie in Düsseldorf eingereicht, der dann in der Regel den ordentlichen Fachvertreter des wissenschaftlichen Gebietes, dem die Arbeit entnommen war, zum Berichterstatter erklärte. Der Rektor der Akademie schickte dann die Arbeit zusammen mit dem Bericht an den Dekan der Medizinischen Fakultät in Münster, der seinerseits ein Mitglied der Fakultät als Berichterstatter bestimmte<sup>130</sup>. Die Beteiligung dieser vielen verschiedenen Instanzen war wohl der Grund, weshalb um das Jahr 1930 immer wieder von Schwierigkeiten mit der Medizinischen Fakultät in Münster wegen

---

<sup>125</sup> Plassmann a. a. O. S.48

<sup>126</sup> Schadewaldt a. a. O. S.64

<sup>127</sup> Vereinbarung zwischen der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster und der Medizinischen Akademie in Düsseldorf über die Promotion zum Doktor der Medizin. 28. Juli 1927, Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 346, Punkt I.1

<sup>128</sup> Vereinbarung zwischen der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster und der Medizinischen Akademie in Düsseldorf über die Promotion zum Doktor der Medizin. 28. Juli 1927, Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 346, Punkt IV.21

<sup>129</sup> Schadewaldt H: Von der Medizinischen Akademie zur Universität Düsseldorf 1923-1973. Länderdienst; Berlin; (1973), 64

<sup>130</sup> Vereinbarung zwischen der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster und der Medizinischen Akademie in Düsseldorf über die Promotion zum Doktor der Medizin. 28. Juli 1927, Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 346, Punkt I.5

der Promotion berichtet wurde. „Offensichtlich waren sich die Referenten über den Wert einzelner Arbeiten nicht immer einig, und der Wunsch nach einer Promotion in eigener Regie blieb nach wie vor lebendig“<sup>131</sup>.

Anfang 1934 wurde die Medizinische Akademie in den Hochschulbund aufgenommen, wodurch sich ihre Position bezüglich des eigenen Promotionsrechts verbesserte. Ein erneut gestellter Antrag hatte dieses zum Inhalt und war schließlich erfolgreich. Am 01. November 1935 wurde der Medizinischen Akademie das selbständige Promotionsrecht verliehen<sup>132</sup>. Die erste Promotionsordnung der Medizinischen Akademie trägt das Datum des 29. Januar 1937 (siehe Anhang C).

---

<sup>131</sup> Schadewaldt H: Universität Düsseldorf. Länderdienst; Berlin; (1966), 118

<sup>132</sup> Schadewaldt H: Von der Medizinischen Akademie zur Universität Düsseldorf 1923-1973. Länderdienst; Berlin; (1973), 69

## 1.8 Zeittafel zur Geschichte der Zahnheilkunde<sup>133</sup>

1629	Berufsordnung Barbieri: Schröpfen, Scheren, Zahnziehen, Aderlassen
1685	Preußen: Approbation für Zahnbrecher
1699	Frankreich: chirurgiens dentistes
1725	Erstmals Begriff: "Zahnarzt"
1747	<b>Collegium anatomico-chirurgicum</b> wird als medizinische Lehrstätte in Düsseldorf gegründet <sup>134</sup> .
Bis 1800	<b>Bader, Barbieri, "Fahrendes Volk"</b> ; handwerkliche Heilgehilfen, niederes Heilpersonal üben den Beruf aus.
1806	Baden: staatl. Lizenz als Wundarzt mit vollem Studium der Chirurgie
17.12.1811	Napoleon erlässt ein Dekret, in Düsseldorf für das Herzogtum Berg eine Universität mit fünf Fakultäten zu errichten. Der Russlandfeldzug Napoleons mit seinen Folgen verhindert die Gründung <sup>135</sup> .
1825	Preußische Medizinalordnung; Zahnärzte erstmals anerkannt
1855	Baden: Ausbildung Heilkunde, Abitur
1855	Erste priv. Zahnklinik (E. Albrecht): <b>Berliner Öffentliche Klinik für Mundkrankheiten.</b>
1859	Gründung des „ <b>Central-Vereins Deutscher Zahnärzte</b> “ <sup>136</sup>
1869	Norddeutscher Bund: erste Prüfungsordnung; 2 Jahre Uni; praktische Kenntnisse beim Zahnarzt.; <b>Gewerbeordnung: Kurierfreiheit für Barbieri, Bader, Zahntechniker, -artisten</b>
1873	Preußen verfügt die <b>Immatrikulation</b> von Zahnmedizinstudenten <sup>137</sup> .
1880	<b>Parallelentwicklung: Dentisten-Dualismus</b> , Verein der Zahnkünstler
1884	<b>Zahnärztl. Institut Berlin, Leipzig</b>

<sup>133</sup> Modifiziert nach einem Skript von Prof. Lehmann, <http://www.uni-koeln.de/medfak/zahn/vorklinik/allgemein/index.shtml>, Zugriffsdatum 25.04.2004

<sup>134</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, WAZ, Sommersemester 2002, Chronik der Universität, 17-19

<sup>135</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, a. a. O., 17-19

<sup>136</sup> Strübig W: Geschichte der Zahnheilkunde. Deutscher Ärzte-Verlag; Köln; (1989), 140

<sup>137</sup> Groß D: Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867-1919). Lang, Frankfurt am Main, Berlin; (1994), 229

1889	Einheitl. Prüfungsordnung; Primarreife, 1 Jahr Praxis in Klinik oder beim Zahnarzt.; 4 Semester Uni
1890	Zahnärztl. Institut Marburg, Breslau
1899	<b>Zulassung von Frauen</b> zu medizinischen, zahnmedizinischen und pharmazeutischen Prüfungen <sup>138</sup> .
1900	Verein der Zahnkünstler im Dt. Reich, Reichsverband Deutscher Dentisten
1906	Öffentlich-rechtliche <b>Zahnärztekammern</b> werden eingerichtet <sup>139</sup> .
01.07.1907	Die „ <b>Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin</b> “ wird errichtet. Sie dient der Ausbildung von Medizinalpraktikanten und ärztlicher Fortbildung. Studenten wurden nicht ausgebildet <sup>140</sup> .
1908	Die <b>Immatrikulation von Frauen</b> wird gesetzlich fixiert <sup>141</sup> .
1909	Studienordnung: Hochschulstudium Zahnmedizin; Abitur, 7 Semester, getrennte Vor- und Abschlussprüfung
1910	Dentistische Lehrinstitute; 3 Jahre Praktikantenzeit bei Dentisten; ein Jahr Prothetik bei einem Zahnarzt oder Dentisten; zweijährige Schulung im Institut
1913	Preußisches Kultusministerium verweigert die Einführung des Dr. med. dent. Protest der Studenten <sup>142</sup> .
März 1917	<b>Christian Bruhn gründet den Verein „Westdeutsche Kieferklinik e.V.“</b> <sup>143</sup> .
1919	<b>Promotionsmöglichkeit Dr. med. dent. ("Doctor medicinae dentariae")</b>
07.05.1919	Die „Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin“ nimmt mit vorläufiger Genehmigung und hauptsächlich für Kriegsteilnehmer den klinischen Unterricht auf <sup>144</sup> .
1920	Anerkennung Dentistenausbildung, Ende "Bader/Zahnkünstler"
23.01.1923	<b>Habilitationsrecht für Zahnmedizin</b> <sup>145</sup>

<sup>138</sup> Münstermann C: Medizinische Ausbildung und Zahnmedizin an der Berliner Universität 1811-1920. Zahnmedizinische Dissertation, Freie Universität Berlin; (1992), 60

<sup>139</sup> Groß a. a. O., 376

<sup>140</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, a. a. O., 17-19

<sup>141</sup> Münstermann a. a. O., 60

<sup>142</sup> Strübig a. a. O., 142

<sup>143</sup> Geister A-A: Die Westdeutsche Kieferklinik. In: Engelbrecht J, Looz-Corswarem C von (Hrsg.): Krieg und Frieden in Düsseldorf; Veröffentlichungen aus dem Stadtarchiv Düsseldorf, Band 10, Grupello, Düsseldorf 2004, 275

<sup>144</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf a. a. O., 17-19

24.02. und 25.04.1923	Preußen und Düsseldorf unterzeichnen einen Vertrag, nach dem die „Akademie für praktische Medizin“ in „ <b>Medizinische Akademie in Düsseldorf</b> “ umbenannt wird. Die Akademie erhält Rektoratsverfassung und das Recht auf klinische Ausbildung von Studenten <sup>146</sup> (siehe Anhang A).
01.09.1923	<b>Angliederung der Westdeutschen Kieferklinik an die Medizinische Akademie in Düsseldorf</b> <sup>147</sup> .
1926	<b>Lehrstuhl für Kiefer- und Gesichtschirurgie</b> an der Westdeutschen Kieferklinik <sup>148</sup>
28.07. und 17.12.1927	Vereinbarung zwischen der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der <b>Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster</b> über die gemeinschaftliche Promotion zum Doktor der Medizin und Zahnmedizin <sup>149</sup> (siehe Anhang B).
WS 1931/32	An der Westdeutschen Kieferklinik wird das <b>Studium der Zahnmedizin</b> aufgenommen <sup>150</sup> .
1934	Erlaß Ausbildungsordnung: "Zahntechniker" (Handwerksrolle)
1934	Umbenennung des „Central-Vereins Deutscher Zahnärzte“ in „ <b>Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</b> “ <sup>151</sup> .
01.11.1935	„ <b>Die Medizinische Akademie in Düsseldorf</b> “ erhält das <b>Promotionsrecht</b> <sup>152</sup> .
Nov. 1945	Wiederaufnahme des akademischen Unterrichts <sup>153</sup> .
01.04.1952	Das „Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde“ beendet den Dualismus von Zahnärzten und Dentisten und schafft die Kurierfreiheit ab <sup>154</sup> .
1955	Prüfungsordnung Zahnmedizin

<sup>145</sup> Groß a. a. O., 250

<sup>146</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf a. a. O., 17-19

<sup>147</sup> Geister a. a. O., 279

<sup>148</sup> Jonczyk Y: Die Westdeutsche Kieferklinik Düsseldorf in den Jahren 1917-1962. Zahnmedizinische Dissertation, Universität Düsseldorf; (1999), 15

<sup>149</sup> Vereinbarung zwischen der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster und der Medizinischen Akademie in Düsseldorf über die Promotion zum Doktor der Medizin. Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 346

<sup>150</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf a. a. O., 17-19

<sup>151</sup> Strübig W: Geschichte der Zahnheilkunde. Deutscher Ärzte-Verlag; Köln; (1989), 140

<sup>152</sup> Schadewaldt H: Von der Medizinischen Akademie zur Universität Düsseldorf 1923-1973. Länderdienst; Berlin; (1973), 69

<sup>153</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf a. a. O., 17-19

<sup>154</sup> Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 (BGBl. I S.221) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S.1225), zuletzt geändert durch Art.1 Nr.1 des Gesetzes zur Anpassung des EWR-Ausführungsgesetzes vom 27.09.1993 (BGBl. I S.1666)

- 03.07. 1962 Land NRW und Düsseldorf schließen einen Vertrag: NRW übernimmt mit Wirkung vom 01.01.1962 die Verantwortung und Fürsorge für die Medizinische Akademie, während die Allgemeinen Städtischen Krankenanstalten weiterhin im Besitz der Stadt Düsseldorf verbleiben<sup>155</sup>.
- 1962 Teilung der Westdeutschen Kieferklinik in eine **Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten** und eine **Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie**<sup>156</sup>
- 16.11.1965 Die Landesregierung NRW beschließt die Umwandlung der Medizinischen Akademie in „**Universität Düsseldorf**“<sup>157</sup>.
- WS 1965/66 In Düsseldorf werden Studienanfänger der Medizin erstmals aufgenommen. Bisher war ein Studium der Medizin und Zahnmedizin nur vom 3. Semester an möglich<sup>158</sup>. **Vorklinische Institute** für Medizin und Zahnmedizin werden eingerichtet<sup>159</sup>.
- Ab 1965 Zulassungsbeschränkungen Zahnmedizin
- 1973 Kapazitätsverordnung: ZVS-Auswahlverfahren
- WS 1979/1980 In Düsseldorf wird der Neubau der Universitätsbibliothek in Betrieb genommen. Erstmals zählt die Universität Düsseldorf mehr als 10.000 Studierende<sup>160</sup>.
- 20.12.1988 Der Düsseldorfer Senat beschließt, dass die Universität künftig den Namen „**Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**“ tragen soll<sup>161</sup>.

<sup>155</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf a. a. O., 17-19

<sup>156</sup> Jonczyk a. a. O., 76

<sup>157</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf a. a. O., 17-19

<sup>158</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf a. a. O., 17-19

<sup>159</sup> Jonczyk a. a. O., 77

<sup>160</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf a. a. O., 17-19

<sup>161</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf a. a. O., 17-19

## 2 Problemstellung

Das Ziel dieser Arbeit war die Erstellung eines Verzeichnisses aller zahnmedizinischen Doktorarbeiten, die an der Westdeutschen Kieferklinik erstellt wurden, nach dem die Medizinische Akademie das Promotionsrecht erworben hatte. Die zahnmedizinischen Dissertationen wurden zusammen mit den medizinischen Dissertationen archiviert und nicht gesondert aufgeführt. Daher fehlte bislang ein solches Verzeichnis für die Zahnmedizin. Über den Zeitraum von 68 Jahren sollte die Entwicklung verschiedener Merkmale der Doktorarbeiten und Doktoranden untersucht werden. Dabei ging es um die Anzahl der zahnmedizinischen Dissertationen, die Arten der wissenschaftlichen Studien und besonders um die Abteilungen und Institute, in denen zahnmedizinische Dissertationen erstellt wurden.

Eine der Hauptfragestellungen war, ob Zahnmediziner hauptsächlich oder gar ausschließlich in zahnmedizinischen Abteilungen promovieren und welche Abteilungen sie besonders bevorzugen oder früher bevorzugten. Die Beziehung zwischen den verschiedenen Disziplinen der Medizin und Zahnmedizin und ihre Entwicklung sollte vor diesem Hintergrund untersucht werden. Aktuelle Diskussionen auf politischer Ebene um die Verlagerung des Zahnmedizinstudiums an die Fachhochschulen und die Abschaffung der medizinischen/zahnmedizinischen Dissertation in der bisherigen Form sowie ferner die Abwendung der 1999/2000 geplanten Schließung der Westdeutschen Kieferklinik ließen es notwendig erscheinen, die wissenschaftlichen Leistungen der Doktoranden zu untersuchen und mit konkreten Daten zu belegen.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Untersuchung der Entwicklung des Frauenanteils in der Zahnmedizin und geschlechtsspezifischen Unterschieden bei den Dissertationen. Es sollte ferner beurteilt werden, ob die zahnmedizinische Promotion in Düsseldorf auch für ausländische Doktoranden interessant ist und welche Staaten bei der Herkunft der ausländischen Doktoranden im Vordergrund stehen. Auch die Entwicklung des Promotionsalters und die Studienorte der Doktoranden waren von Interesse. Anhand geschichtlicher, gesellschaftli-

cher, standespolitischer und universitärer Entwicklungen sollten Interpretationsansätze gesucht werden.

## 3 Material und Methoden

### 3.1 Datenerhebung

Die Datenbank ist die erstmalige Zusammenstellung aller zahnmedizinischen Dissertationen aus Düsseldorf der Jahre von 1935 bis 2002. Die in der Datenbank zusammengetragenen Daten stammen von verschiedenen Orten und Medien. Die Datenbestände des Düsseldorfer Universitätsarchivs, des Magazins der Medizinischen Abteilung der Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf sowie des Akademischen Prüfungsamts wurden genutzt. Hierbei wurde auf verschiedene Medien wie Promotionsbücher, Akten, Karteikarten und elektronische Datenbanken zurückgegriffen.

Für die Jahre 1935 und 1936 wurden die Bestände an medizinischen und zahnmedizinischen Doktorarbeiten der Medizinischen Abteilung der Universitäts- und Landesbibliothek durchsucht. Ausschließlich die Doktorarbeiten zur Erlangung des Titels „Dr. med. dent.“ waren für die Datenbank relevant. Es wurden Name und Vorname des Doktoranden, der Titel der Dissertation und deren Signatur, der Name und das Institut des Doktorvaters erfasst. Ferner konnten personenbezogene Daten des Doktoranden aus dem der Doktorarbeit angeschlossenen Lebenslauf entnommen werden wie das Geburtsdatum und der Studienort.

Die Promotionsbücher wurden in den Jahren von 1928 bis 1976 vom Akademischen Landesprüfungsamt handschriftlich geführt und boten eine chronologische Auflistung der Promovenden in der Human- und Zahnmedizin (siehe Anhang D). Die Promotionsbücher beinhalteten verschiedene, den Doktoranden betreffende Daten wie Namen und Vornamen, Zeit und Ort der Geburt, Wohnort zur Zeit der Promotion, Staatsangehörigkeit, Reifezeugnis welcher Anstalt mit Datum, Studiengang mit Angabe der besuchten Hochschulen und Studienzeiten an jeder derselben. Der Titel der Dissertation und der Referent waren ebenso erfasst wie das Datum der mündlichen Prüfung, die Zensur und eine laufende Nummer.

Die Datenerfassung erfolgte per Abschrift. Von den oben genannten Daten wurden bezüglich des Doktoranden Name, Vorname, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit und Studienort aufgenommen. Die Dissertationen wurden erfasst mit Titel, Referent und Datum der Promotion. Bezüglich der Studienorte der Doktoranden wurde die Einteilung in drei Kategorien definiert:

1. Gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert
2. Teilweise in Düsseldorf studiert
3. Nicht in Düsseldorf studiert

Zusätzlich zu den Daten der Promotionsbücher wurde das Merkmal „Gemeinschaftsarbeit“ hinzugefügt, welches am identischen Titel der Dissertationen von zwei oder mehr Doktoranden erkennbar war.

In den Promotionsbüchern der Jahre 1937 und 1938 waren die Doktoranden der Zahnmedizin lediglich durch ein „Z“ in Bleistiftschrift gekennzeichnet. Diese Angaben wurden abgeglichen mit dem tatsächlichen Bestand an zahnmedizinischen Doktorarbeiten der Medizinischen Abteilung der Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf. In den Promotionsbüchern der Jahre 1939 bis 1943 war die Kennzeichnung der Zahnmediziner ein „Z“ in Tinte geschrieben. Auch diese Angaben wurden in gleicher Weise wie die vorangegangenen Jahre überprüft. Ab 1944 waren die Zahnmediziner in separaten Kapiteln der Promotionsbücher zusammengefasst.

Die Aufzeichnung in Promotionsbüchern wurde 1976 vom Akademischen Prüfungsamt aufgegeben und durch ein Karteikartensystem ersetzt. Für jeden Doktoranden wurde eine Karteikarte ausgestellt mit Daten zu seiner Person und dem Datum seiner Promotion. Ferner wurde für jeden Doktoranden eine Promotionsakte angelegt, welche im Archiv des Akademischen Prüfungsamtes lagerte. Die Unterscheidung zwischen Humanmedizinern und Zahnmedizinern erlaubte ein Stempel oder der handschriftliche Vermerk „Zahnmedizin“ auf der jeweiligen Karteikarte.

Die Kartei wurde im Zuge der Erstellung dieser Datenbank dazu benutzt, die Namen der Zahnmediziner unter den medizinischen Doktoranden herauszufinden. Daten, die die Dissertationen betrafen, waren auf den Karteikarten jedoch nicht vermerkt. Den Karteikarten konnten lediglich Name, Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit des Doktoranden und das Promotionsdatum entnommen werden. Um an die benötigten Daten bezüglich der Dissertationen zu gelangen wie Titel der Dissertation, Referent und dessen Institut, wurden die Promotionsakten der entsprechenden Doktoranden eingesehen.

Im Jahre 2000 stellte das Akademische Prüfungsamt sein Archivierungssystem um zugunsten einer elektronischen Datenbank, die bis heute genutzt wird. Die Daten der Jahre 2000 bis 2002 wurden weitgehend aus der Datenbank des Akademischen Prüfungsamtes übernommen, lediglich die Studienorte wurden über die Promotionsakten in Erfahrung gebracht.

## **3.2 Erstellung der Datenbank**

In der Datenbank wurden die zahnmedizinischen Dissertationen und deren Verfasser elektronisch erfasst. Bezüglich der Dissertationen wurden Thema, Studienart, Fachbereich und Abteilung (in der die Dissertation erstellt wurde), Prüfer (Referent/Doktorvater), Gemeinschaftsarbeit, Sprache und falls vorhanden auch die Signatur aufgenommen. Ein weiteres Feld für zusätzliche Bemerkungen wurde eingerichtet.

Anhand des „Titels“ der Dissertation ließ sich in den meisten Fällen erkennen, um welche Art von Studie es sich handelte. Im Feld „Studienart“ wurde die Einteilung vorgenommen in „Experimentalstudie“, die ohne lebende Patienten oder Tiere durchgeführt wurde, die „Klinische Studie“ an lebenden Patienten, die „Tierversuchsstudie“ an lebenden Tieren oder die „Literaturstudie“, bei der keine Experimente durchgeführt wurden. Wenn die „Studienart“ nicht aus dem Titel erkennbar war, wurde die „Studienart“ als unklar eingestuft.

Im Feld „Fachbereich“ wurde unterschieden zwischen dem Bereich der „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ und dem Bereich „Andere“. Die „Fachbereiche“ waren unterteilt in die verschiedenen „Abteilungen“. Der Fachbereich „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ bestand aus den Abteilungen „Kieferorthopädie“, „Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie“, „Konservierende Zahnheilkunde“, „Oralchirurgie“, „Parodontologie“ und „Prothetik“. Der Fachbereich „Andere“ war unterteilt in die verschiedenen Institute der medizinischen Fakultät, die nicht dem Bereich der „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ angehörten. Entscheidend für die Einteilung war das Institut, in welchem der Prüfer tätig war.

Als „Prüfer“ wurde die Person bezeichnet, die das Thema der Dissertation an einen Doktoranden vergeben und dessen Arbeit betreut hatte. Bei einer Gemeinschaftsarbeit von mehreren Doktoranden wurde die Dissertation elektronisch mit allen betreffenden Verfassern verknüpft, sofern diese Zahnmediziner waren. Sie wurde ferner im Feld „Gemeinschaftsarbeit“ mit einem Häkchen gekennzeichnet. Bei einer Gemeinschaftsarbeit zwischen Zahnmedizinern und Nicht-Zahnmedizinern wurde die Dissertation im entsprechenden Feld als „Gemeinschaftsarbeit“ gekennzeichnet und das Feld „Bemerkung“ dazu verwendet, den Verfasser zu benennen, der als Nicht-Zahnmediziner nicht in der Datenbank erfasst wurde.

Die Dissertationen waren nicht ausschließlich in deutscher Sprache verfasst, weshalb in einem Feld die Sprache der Dissertation eingetragen wurde. Die „Signatur“ war die Nummer, unter der die Dissertationsschrift in der Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf archiviert war. Die Signaturen wurden nicht gesondert recherchiert. Die Signatur wurde bei solchen Dissertationen in die Datenbank aufgenommen, bei denen sie zur Recherche anderer Daten benötigt wurde oder im gleichen Zuge mit anderen Daten erhoben werden konnte.

Bezüglich der Doktoranden wurden Name, Vorname, Geburtsdatum, Promotionsdatum, Geschlecht, Titel, Staatsangehörigkeit, Studienort recherchiert. Die laufende Doktorandennummer wurde, falls vorhanden, eingetragen und ein Feld für weitere Bemerkungen wurde ebenfalls eingerichtet. Das Promotionsdatum war gleichbedeutend mit dem Datum der letzten Prüfung. Bei einigen Doktoranden der Jahre 1935 und 1936, die nicht in Promotionsbüchern aufgeführt waren, konnte das genaue Promotionsdatum nicht mehr nachvollzogen werden. In diesen Fällen wurde das Datum der Abgabe der Dissertationsschrift in der Uni-

versitäts- und Landesbibliothek durch den Doktoranden zur Grundlage genommen. Dieses Datum war in Bleistiftschrift auf dem Deckblatt jeder Arbeit verzeichnet.

Es gab Kandidaten für den Titel „Dr. med. dent.“, die bereits einen anderen akademischen Titel führten, beispielsweise „Dr. med.“ Dieser „Titel“ des Doktoranden wurde im entsprechenden Feld eingegeben. Das Feld „Laufende Doktorandennummer“ betraf die fortlaufende Nummerierung der Doktoranden in den Promotionsbüchern.

Die Datenbank wurde erstellt mit dem Programm „Microsoft Access 2003“.

### **3.3 Datenkontrolle**

Um die Vollständigkeit und Korrektheit der Daten zu kontrollieren, wurden Kontrollabfragen erstellt. Die Abfrage „Error Doktoranden“ benannte alle Doktoranden, bei denen die Dateneingabe nicht vollständig war oder bei denen das Promotionsalter kleiner als 20 oder größer als 100 Jahre angegeben war. Letzteres hätte auf eine fehlerhafte Dateneingabe schließen lassen. Eine ähnliche Abfrage bezog sich auf die Dissertationen. Die Abfrage „Error Dissertationen“ ergab die Dissertationen, bei denen Titel, Studienart oder Sprache nicht angegeben waren.

Die Abfrage „Error Gemeinschaftsarbeiten“ ergab die Dissertationen, die mehreren Doktoranden zugeordnet waren, aber im entsprechenden Eingabefeld nicht als Gemeinschaftsarbeiten gekennzeichnet waren. „Error Prüfer ohne Abteilungen“ ergab die Prüfer, die keiner Abteilung zugeordnet waren, während die Abfrage „Error Prüfer Abteilungen“ diejenigen Prüfer ergab, die mehreren Abteilungen zugeordnet waren. Die Zuordnung eines Prüfernamens zu mehreren Abteilungen musste nicht zwingend fehlerhaft sein. Es war beispielsweise möglich, dass ein Prüfer die Abteilung gewechselt hatte.

### **3.4 Nutzbarkeit der Datenbank als elektronische Ressource**

Die Datenbank bietet Benutzern die Möglichkeit, über eine Suchabfrage nach Verfassern oder Stichworten im Titel der Dissertationen zu suchen. Dazu muss ein Suchbegriff in das betreffende Feld eingegeben werden. Wortteile können mit „\*“ abgekürzt werden. In der Liste der Suchergebnisse genügt dann ein Doppelklick, um zum Gesamtformular des gewählten Datensatzes zu gelangen und alle gespeicherten Daten einzusehen.

Die Datenbank könnte in der Zukunft weitergeführt und ergänzt werden. Dies wäre z. B. interessant für Einrichtungen wie die Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf, das Akademische Prüfungsamt oder das Institut für Geschichte der Medizin. Ferner ist es möglich, den Zugang zu bestimmten Daten benutzerbezogen zu beschränken. Der Zugriff auf personenbezogene Daten der Doktoranden kann von der Datennutzung ausgeschlossen werden, wenn die Datenbank beispielsweise zur wissenschaftlichen Recherche für Studenten zugänglich gemacht werden soll.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Anzahl von Doktoranden und Dissertationen

In den Jahren von 1935 bis 2002 wurden in Düsseldorf 1985 Dissertationen erstellt und 2033 Doktoranden promoviert. Darunter waren 453 Doktorandinnen, was einer Frauenquote von 22,3% entsprach. Die männlichen Doktoranden machten demnach mit einer Anzahl von 1580 einen Prozentsatz von 77,7% aus. Es ergab sich eine durchschnittliche Promovendenzahl von 29,9 pro Jahr.

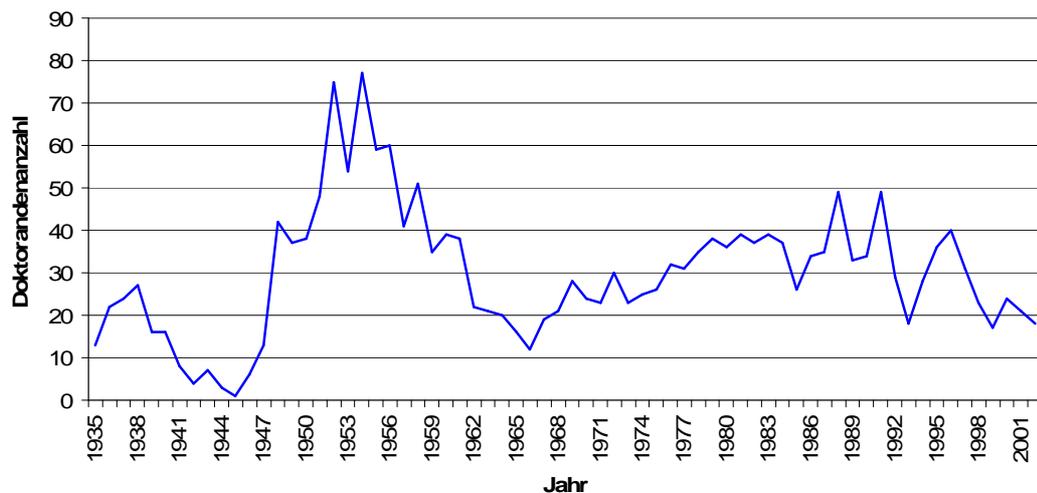


Abb. 4.1-1: Jährliche Anzahl von zahnmedizinischen Doktoranden im zeitlichen Verlauf.

Abb. 4.1-1 zeigt den Verlauf der jährlichen Doktorandenanzahlen. Im Jahr 1935, dem ersten Jahr, in dem die „Medizinische Akademie in Düsseldorf“ das Promotionsrecht innehatte, verlieh sie die Würde des „Doctor medicinae dentariae“ an 13 Kandidaten. Bis zum Jahr 1938 stieg die jährliche Promovendenzahl auf 27 an und fiel dann auf Grund des Zweiten

Weltkrieges (1939-1945) bis auf einen einzigen Promovenden im Jahr 1945 ab. In den Nachkriegsjahren stiegen die Promovendenzahlen wieder rapide. Sie lagen im Jahr 1948 schon bei 42 Doktoranden und erreichten ihren Höchststand im Jahre 1954 mit 77 Doktoranden. Es folgte ein erneuter Abfall des Doktorandenverlaufs. Im Jahr 1966 wurden nur 12 Doktoranden promoviert. Danach wurde ein moderater Anstieg verzeichnet und die Promovendenzahlen hielten sich im Zeitraum von 1976 bis 1984 zwischen 35 und 40 Doktoranden pro Jahr. Die Jahre 1988 und 1991 ragten mit 49 Doktoranden heraus. Die Promovendenzahlen in den 90er Jahren differierten sehr stark, es war jedoch ein Abwärtstrend zu beobachten. Im Jahr 2002 wurden 18 Doktoranden promoviert.

## 4.2 Geschlechterverteilung

Abb. 4.2-1 zeigt den Vergleich zwischen Männern und Frauen in absoluten Promovendenzahlen pro Jahr. In Abb. 4.2-2 ist der prozentuale Anteil der Frauen an der jährlichen Promovendenzahl dargestellt.

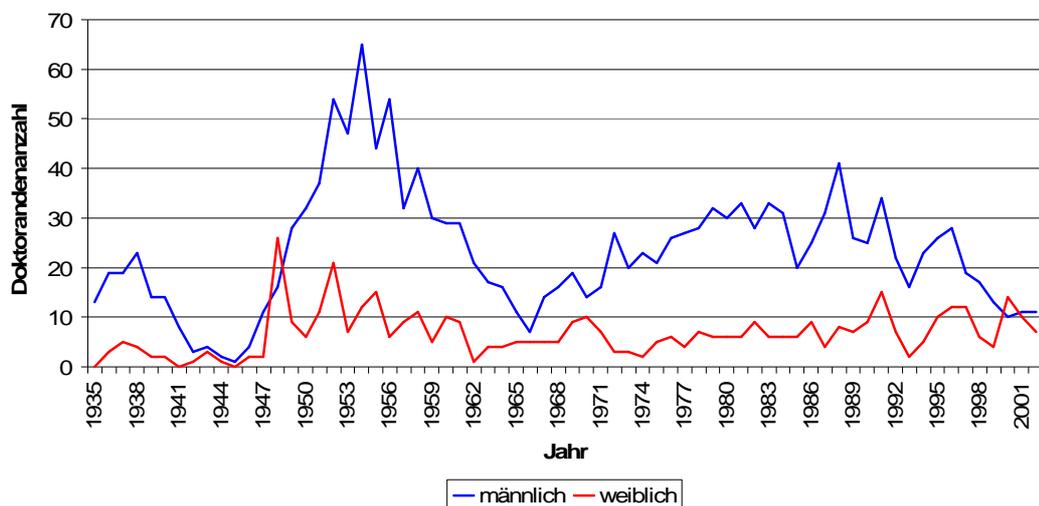
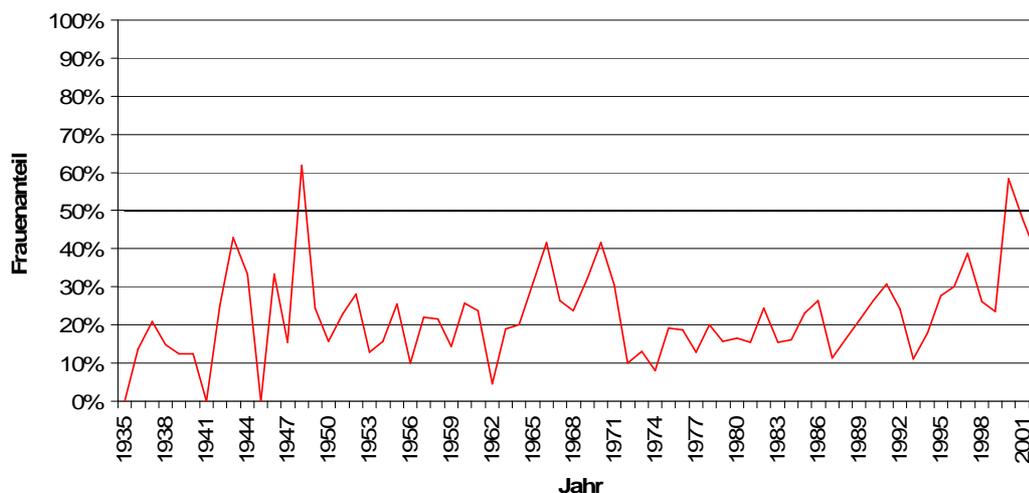


Abb. 4.2-1: Jährliche Anzahl von männlichen (blau) und weiblichen (rot) Doktoranden im zeitlichen Verlauf.



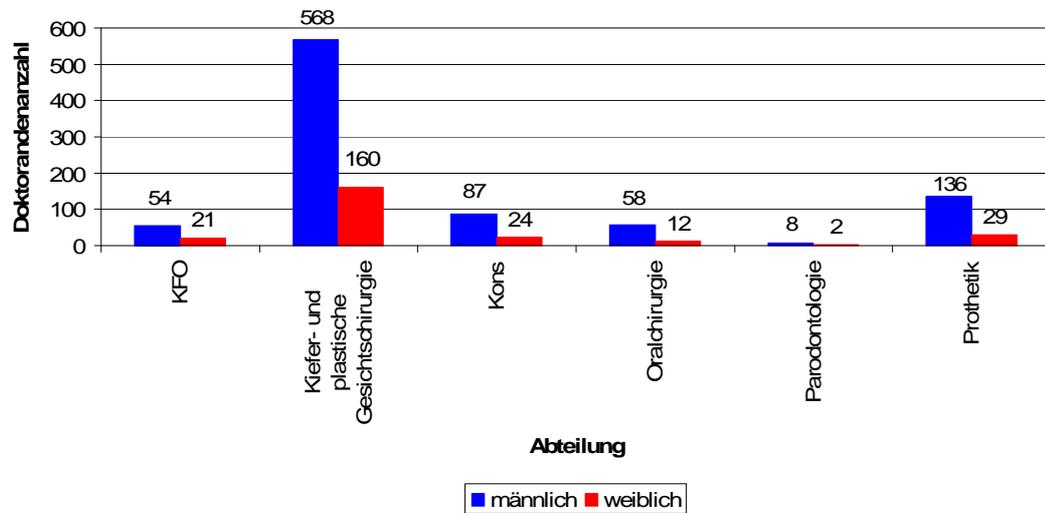
**Abb. 4.2-2: Prozentualer Anteil der weiblichen Doktoranden an der jährlichen Gesamtdoktorandenzahl im zeitlichen Verlauf.**

In den Jahren 1935, 1941 und 1945 wurden ausschließlich Männer promoviert. Bis zum Jahr 1947 stieg die Anzahl der Doktorandinnen nie über fünf pro Jahr. Der prozentuale Anteil der weiblichen Kandidatinnen differierte jedoch auf Grund der stark schwankenden Anzahl an männlichen Kandidaten, was besonders durch den Zweiten Weltkrieg bedingt war.

So zeigt Abb. 4.2-2, dass der Frauenanteil vor dem Krieg mit fünf Doktorandinnen einen Prozentsatz von 21% ausmachte, welcher in den Kriegsjahren auf 43% anstieg (Jahr 1943), wobei die absolute Zahl an Doktorandinnen nur drei betrug. Ein wirklicher Anstieg der Doktorandinnen ereignete sich, wie in Abbildung 4.2-1 ersichtlich, Ende der 40er Jahre (1948 mit 26 Damen). Im Laufe der 50er Jahre gab es einen Abwärtstrend, der seinen Tiefpunkt im Jahr 1962 mit gerade einmal einer Doktorandin von insgesamt 22 Promovenden fand. Danach pendelten sich die Doktorandinnenzahlen zwischen fünf und zehn pro Jahr ein. Auffällige Tiefpunkte gab es in den Jahren 1974 und 1993 mit jeweils nur zwei Doktorandinnen. Gegen Ende der 90er Jahre gab es einen erneuten Anstieg, der in den Jahren 1996 und 1997 mit jeweils zwölf und im Jahr 2000 mit 14 Doktorandinnen zu Buche schlug. Bis zum Jahr 2002 verlief die Anzahl abfallend bis auf sieben Doktorandinnen.

Die in Abb. 4.2-2 dargestellte Frauenquote stieg im untersuchten Zeitraum zweimal über 50%, nämlich in den Jahren 1948 und 2000. Eine besonders hohe Frauenquote über 40% wurde ferner in den Jahren 1943, 1966 und 1970 erreicht. In den 50er und 80er Jahren unterlag die Frauenquote nur leichten Schwankungen. Sie lag in diesen Zeiträumen zwischen 10% und 30%. Betrachtet man den Kurvenverlauf im Zeitraum von 1990 bis 2002, so war ein Aufwärtstrend der Frauenbeteiligung zu verzeichnen. Der Kurvenverlauf gestaltete sich jedoch diskontinuierlich. Vom Jahr 2000 bis 2002 verlief die Kurve erneut abfallend von 58% bis auf 39%. Besonders gering war der Frauenanteil an der Gesamtdoktorandenanzahl in den Jahren 1962 und 1974. Hier lag ihr Anteil unter 10%.

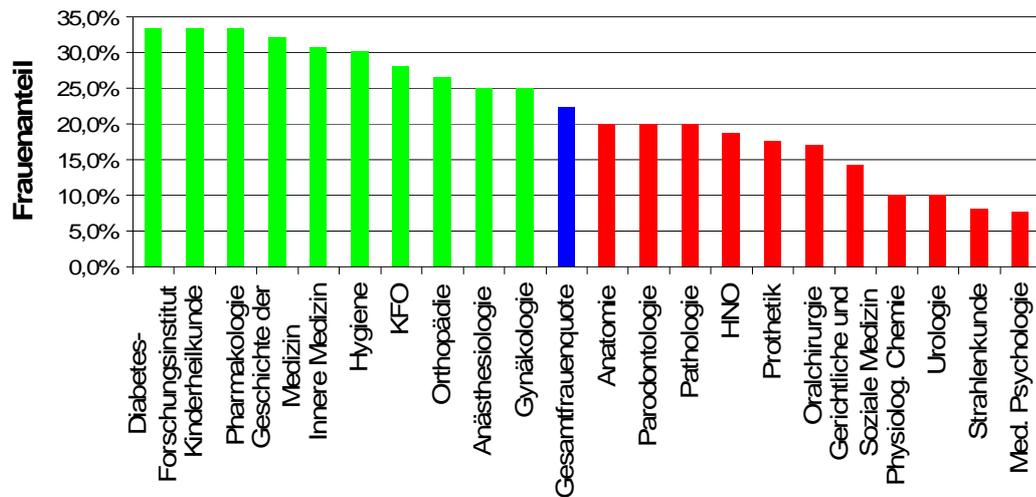
Der Verlauf der männlichen Promovenden, der in Abb. 4.2-1 als blaue Kurve dargestellt ist, wies deutliche Ähnlichkeit mit dem in Abb. 4.1-1 dargestellten Verlauf der Gesamtdoktorandenanzahl auf. Dies belegt den kontinuierlich hohen und daher dominierenden Anteil an männlichen Promovenden. Beginnend mit 13 männlichen Promovenden im Jahr 1935 stieg ihre Zahl bis zum Jahr 1938 auf 23 an. In den folgenden Kriegsjahren fiel die Zahl der männlichen Doktoranden ab. Im Jahr 1945 gab es einen Doktoranden. Es folgte ein erneuter Anstieg bis zum Jahr 1954, als 65 männlichen Kandidaten die Doktorwürde verliehen wurde. Danach fiel die Kurve wiederum und bildete im Jahr 1966 den Tiefpunkt der Nachkriegszeit mit sieben Doktoranden. Von 1966 bis 1981 verlief die Kurve ansteigend bis auf 33 Doktoranden. Von 1981 bis 2002 beschrieb die Kurve dann einen Abwärtstrend, der durch einzelne Unterbrechungen in den Jahren 1988 (41 Herren), 1991 (34 Herren) und 1996 (28 Herren) gekennzeichnet war. In den Jahren 2001 und 2002 promovierten jeweils elf Herren.



**Abb. 4.2-3: Vergleich von männlichen (blau) und weiblichen (rot) Doktorandenanzahlen in den Abteilungen des Fachbereichs „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“.**

In Abb. 4.2-3 ist die Geschlechterverteilung im Vergleich der Abteilungen des Fachbereiches „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ dargestellt. In der Abteilung „Kieferorthopädie“ war ein außergewöhnlich hoher Frauenanteil festzustellen. Es promovierten in der Kieferorthopädie 54 Männer und 21 Frauen, was einer Frauenquote von 28,0% entsprach. Die Frauenquote im Fachbereich ZMK von 21,4% und auch die Gesamtfrauenquote von 22,3% wurden also in der Kieferorthopädie übertroffen.

Einen annähernd der Gesamtfrauenquote entsprechenden Frauenanteil gab es in den Abteilungen „Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie“ mit 22,0%, in der „Konservierenden Zahnheilkunde“ mit 21,6% und der „Parodontologie“ mit 20,0%. Ein besonders geringer Frauenanteil war in den Abteilungen „Prothetik“ und „Oralchirurgie“ zu verzeichnen. In der „Prothetik“ promovierten 29 Frauen und 136 Männer, was eine Frauenquote von 17,6% ausmachte. Die „Oralchirurgie“ bildet mit 17,1% die Abteilung mit der geringsten Frauenquote innerhalb des Fachbereichs ZMK. Hier erstellten zwölf Frauen und 58 Männer ihre Dissertationen.



**Abb. 4.2-4: Prozentualer Frauenanteil der Abteilungen im Vergleich zur Gesamtfrauenquote (blau), die sich auf die Gesamtdoktoranzahl bezieht. Abteilungen mit hohem Frauenanteil stehen links in grün, Abteilungen mit niedrigem Frauenanteil rechts in rot.**

Um die Frauenquote in den verschiedenen Abteilungen vergleichen zu können, wurden in Abb. 4.2-4 neben der Gesamtfrauenquote (22,3%) in blau auch die Abteilungen mit hoher Frauenquote in grün und die mit niedriger Frauenquote in rot dargestellt. Es wurden ausschließlich Abteilungen berücksichtigt, in denen die Anzahl der Doktoranden zehn oder mehr betrug. Abteilungen mit geringem Frauenanteil wurden dargestellt ab einem Prozentsatz von 20 und darunter. Abteilungen mit hohem Frauenanteil wurden dargestellt ab einem Prozentsatz von 25 und darüber.

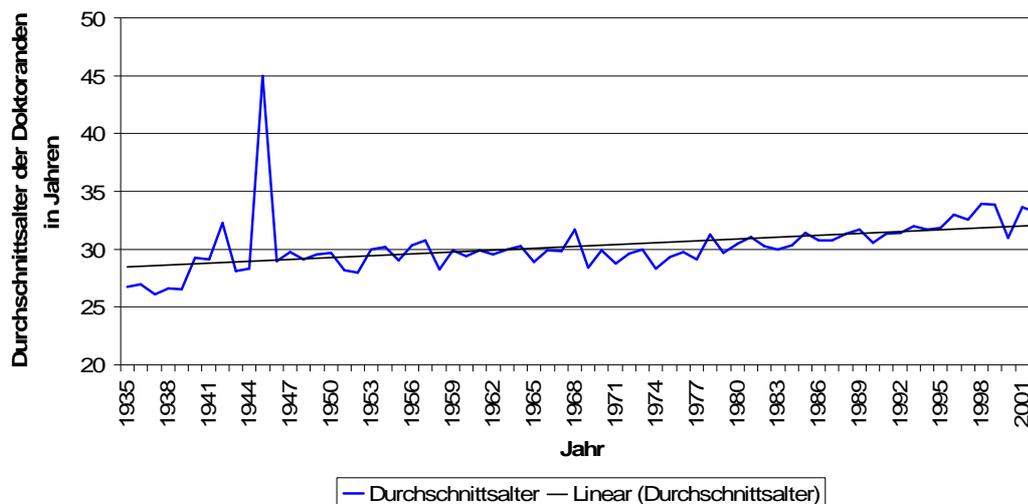
Den höchsten Frauenanteil mit genau einem Drittel gab es in den Abteilungen „Diabetes-Forschungsinstitut“, „Kinderheilkunde“ und „Pharmakologie“. Mit 32,3% lag die „Geschichte der Medizin“ an vierter Stelle vor den Abteilungen „Innere Medizin“ und „Hygiene“ mit jeweils 30%. Die „Kieferorthopädie“ lag zwar als einziges Fach aus dem Bereich der ZMK mit dem Frauenanteil über der Gesamtfrauenquote, im Vergleich mit den Fächern aus dem Bereich „Andere“ lag die Kieferorthopädie jedoch nur an siebter Stelle. In der „Kieferorthopädie“ waren Frauen mit 28% vertreten und in der „Orthopädie“ mit 26,5%. In der „Anästhesiologie“ und der „Gynäkologie“ waren ein Viertel der Doktoranden weiblich. Rechts der

in blau dargestellten Gesamtfrauenquote von 22,3% sind die Fächer aufgeführt, deren Frauenanteil mit unter 20% weit unter der Gesamtfrauenquote lag, in denen also die männlichen Doktoranden dominierten.

Die Abteilungen „Anatomie“, „Parodontologie“ und „Pathologie“ hatten einen Frauenanteil von 20% der zahnmedizinischen Doktoranden und lagen damit unter dem durchschnittlichen Frauenanteil. In der „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ lag der Frauenanteil mit 18,8% höher als in der „Prothetik“ (17,6%) und der „Oralchirurgie“ (17,1%), welche innerhalb des Bereiches ZMK die niedrigsten Frauenquoten aufwiesen. Aus dem Fachbereich „Andere“ lagen darunter ferner die Abteilungen „Gerichtliche und Soziale Medizin“ mit 14,3% und „Physiologische Chemie“ und „Urologie“, wo jeder zehnte Doktorand eine Frau war. Am deutlichsten war die Dominanz der männlichen Doktoranden in den Abteilungen „Strahlkunde“ und „Medizinische Psychologie“ mit 8% bzw. 7,7% Frauenanteil. „Humangenetik und Anthropologie“ ist das einzige Fach, in dem ausschließlich Männer promovierten.

### **4.3 Alter zum Zeitpunkt der Promotion**

Das durchschnittliche Alter am Datum der Promotion lag bei 30,1 Jahren. Wobei die männlichen Promovenden mit 30,2 Jahren im Durchschnitt etwas älter waren als die weiblichen Promovendinnen mit 29,6 Jahren. Promovenden, die vor ihrer Promotion im Fach Zahnmedizin schon eine Promotion in einem anderen Fach erlangt hatten, lagen im Altersdurchschnitt mit 33,7 Jahren etwas höher als ihre Kollegen bei der Erstpromotion mit 30 Jahren. Die Zweitpromovenden waren also durchschnittlich 3,6 Jahre älter als die Erstpromovenden.

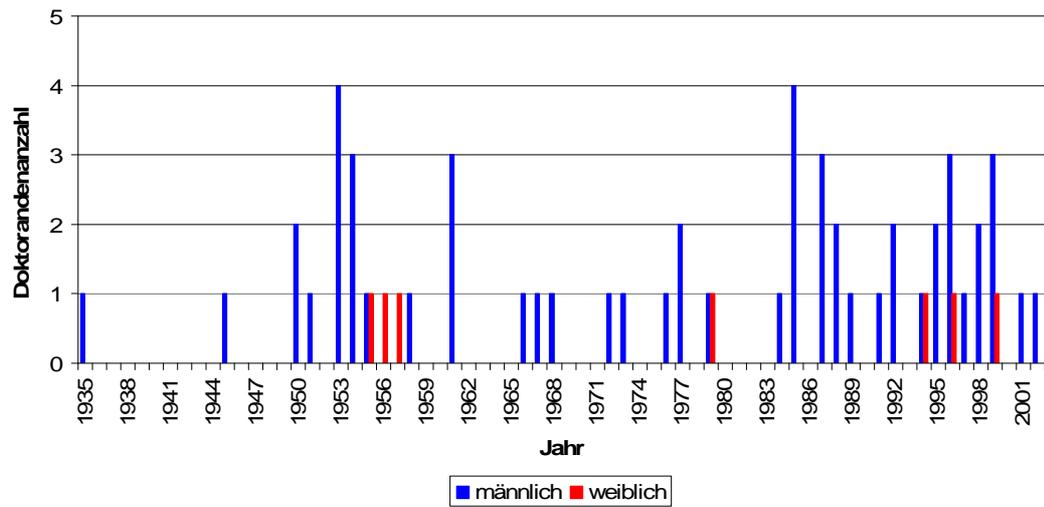


**Abb. 4.3-1: Jährliches Durchschnittsalter der Doktoranden im Verlauf.**

Abb. 4.3-1 beschreibt den zeitlichen Verlauf des jährlichen Durchschnittsalters der Doktoranden. Die Trendlinie macht deutlich, dass die Doktoranden im zeitlichen Verlauf immer älter wurden. Während das Durchschnittsalter im Jahr 1935 noch bei 26,8 Jahren lag, so stieg es im Jahr 2002 auf 33,2 Jahre an. Der Höhepunkt in der Verlaufskurve im Jahr 1945 ist nicht aussagekräftig, da in diesem Jahr nur ein einziger Doktorand die Promotion erlangte, welcher zudem ein Zweitpromovend war. Trotz des unsteten Kurvenverlaufs war ein eindeutiger Aufwärtstrend im Durchschnittsalter zu erkennen.

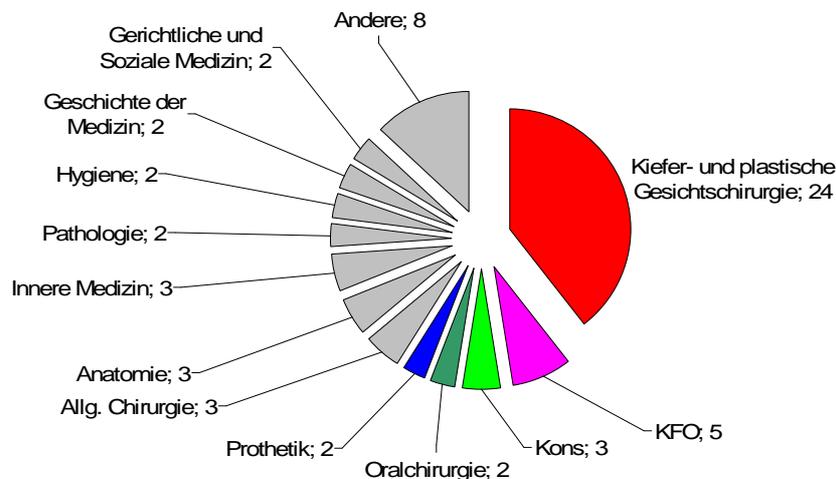
## 4.4 Vorherige akademische Titel

Insgesamt gab es im Untersuchungszeitraum 61 Doktoranden mit einem bereits vorhandenen akademischen Titel. Dabei handelte es sich um sieben Damen und 54 Herren. In den meisten Fällen führten sie den Titel „Dr. med.“ Unter den Damen befand sich außerdem ein „Dr. phil.“ Bei den Herren fanden sich zwei „Prof. Dr. med.“ und ein „Dr. Ing.“



**Abb. 4.4-1: Anzahl der männlichen (blau) und weiblichen (rot) Doktoranden mit bereits vorhandenem akademischen Titel im zeitlichen Verlauf.**

In Abb. 4.4-1 ist erkennbar, dass der Trend zur Zweitpromotion hingeht. In den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts gab es 16 Promovenden mit vorherigem Titel, 3 davon waren weiblichen Geschlechts. In den 60er und 70er Jahren gab es nur vereinzelt Kandidaten, die den Weg der zweiten Promotion wählten. In den 60er Jahren waren es insgesamt sechs Doktoranden und in den 70er Jahren sieben, darunter eine Frau. Ab Mitte der 80er Jahre stellte sich eine Kontinuität an Zweitpromovenden ein, die bis zum Jahr 2002 anhielt. In den 80er Jahren wurden elf Männer promoviert, in den 90er Jahren waren es insgesamt 15 Männer und drei Frauen.



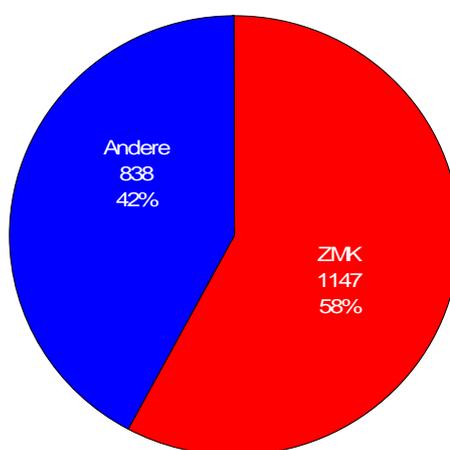
**Abb. 4.4-2: Anteilige Darstellung der Abteilungen, in denen die Anzahl der Doktoranden mit bereits vorhandenem akademischen Titel (61 Personen = 100 %) promovierte.**

Abb. 4.4-2 veranschaulicht, dass über die Hälfte der Promovenden, die Zahnmedizin als ihr zweites Promotionsfach auswählte, in Abteilungen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde promovierte, nämlich 36 Personen von insgesamt 61. Dies entsprach einem Prozentsatz von 59,02%. Hierbei fiel der Anteil der Abteilung „Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie“ eindeutig am größten aus. Innerhalb des Fachbereiches „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ betrug ihr Anteil mit 24 Promovenden zwei Drittel. Insgesamt promovierten mit 39,34% über ein Drittel der Zweitpromovenden in der Abteilung „Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie“. Es kann an dieser Stelle festgestellt werden, dass sich die Wahl des Fachbereiches bei Erst- und Zweitpromovenden nicht wesentlich unterschied. Insgesamt betrachtet entschieden sich 58 % der zahnmedizinischen Doktoranden für den Fachbereich der „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“, während es bei den Zweitpromovenden 59% waren.

## 4.5 Fachbereiche und Abteilungen

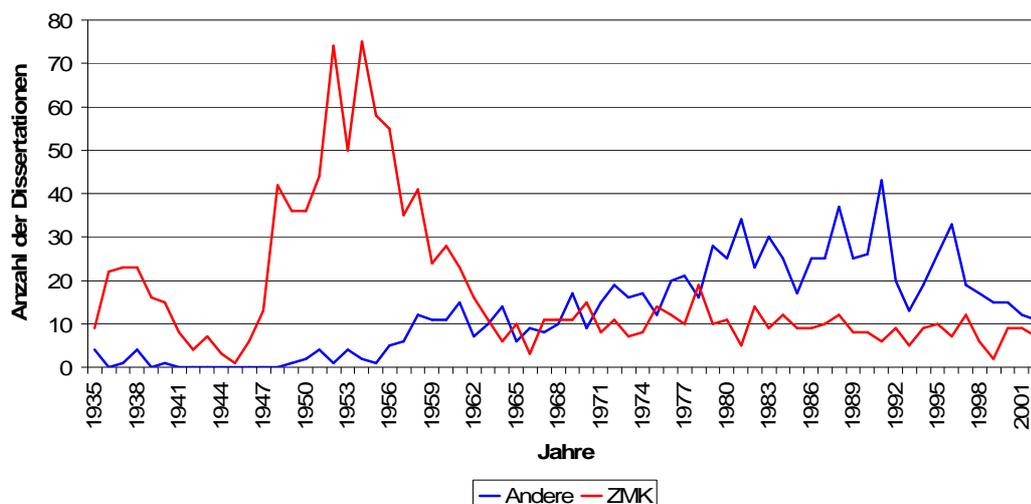
Die zahnmedizinischen Doktoranden promovierten in 47 verschiedenen Abteilungen, die in zwei Fachbereiche eingeteilt wurden. Zu den sechs zahnmedizinischen Abteilungen gehörten die „Kieferorthopädie“, „Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie“, „Konservierende Zahnheilkunde“, „Oralchirurgie“, „Parodontologie“ und „Prothetik“. Sie bildeten zusammen den Fachbereich der „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ (abgekürzt „ZMK“).

Die 41 allgemeinmedizinischen Abteilungen bildeten den Fachbereich „Andere“.



**Abb. 4.5-1: Verteilung der Dissertationen aus dem gesamten Untersuchungszeitraum (Jahre 1935 - 2002) auf die Fachbereiche „ZMK“ und „Andere“.**

Abb. 4.5-1 veranschaulicht, dass die meisten Dissertationen zur Erlangung des Titels „Dr. med. dent.“ im Fachbereich der „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ entstanden. In der „Zahn- Mund- und Kieferheilkunde“ wurden 1147 Dissertationen erstellt, während es im Fachbereich „Andere“ 838 Dissertationen waren. Damit kamen von insgesamt 1985 Dissertationen 58% aus der „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ und 42% aus dem Fachbereich „Andere“.



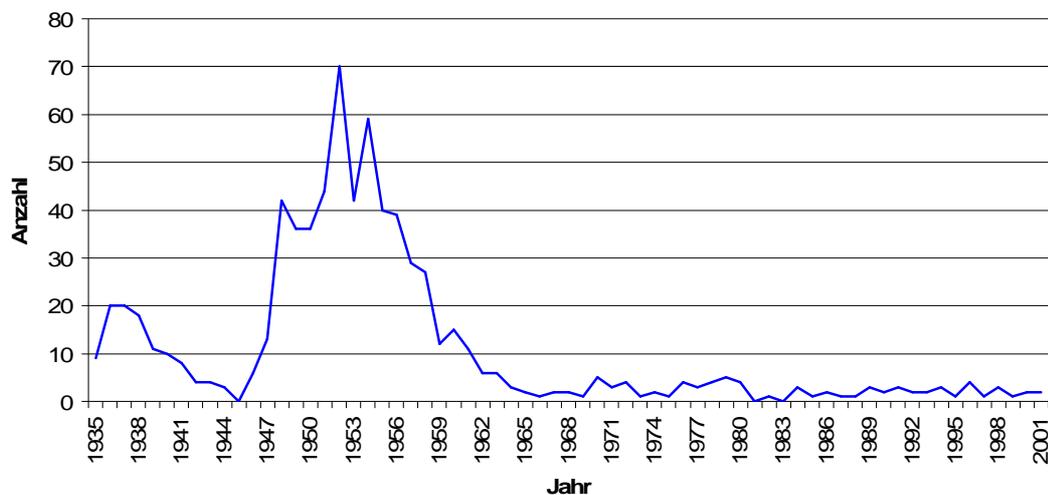
**Abb. 4.5-2: Vergleich der jährlichen Dissertationszahlen in den Fachbereichen „ZMK“ (rot) und „Andere“ (blau) im zeitlichen Verlauf.**

In Abb. 4.5-2 ist der zeitliche Verlauf der Dissertationen für die beiden Fachbereiche dargestellt. Der Anteil des Fachbereichs „Andere“ hat im zeitlichen Verlauf stark an Bedeutung gewonnen. Während der Fachbereich „ZMK“ bis in die 50er Jahre deutlich dominierte, war in den 60er Jahren das Zahlenverhältnis der Dissertationen in den beiden Fachbereichen bereits ausgeglichen. Die Dissertationszahlen stiegen im Fachbereich „Andere“ weiter an, während sie sich im Bereich der ZMK rückläufig entwickelten. Es war ein deutlicher Trend erkennbar, der von den zahnmedizinischen Abteilungen wegführte und hinführte zu den allgemeinmedizinischen. Im Fachbereich „ZMK“ entstanden die meisten Dissertationen in den Jahren 1952 und 1954 mit 74 bzw. 75 Arbeiten. Daraufhin folgte ein Abfall der jährlichen Anzahl bis zu einem Tiefpunkt von 4 Dissertationen im Jahr 1966. Gleichzeitig stieg ab Mitte der 50er Jahre die Anzahl der Dissertationen im Fachbereich „Andere“ stetig an. Die höchsten Dissertationszahlen wurden in diesem Fachbereich in den 80er und 90er Jahren erreicht. Im Jahr 1988 entstanden im Fachbereich „Andere“ 37 Dissertationen. Im Jahr 1991 wurde die höchste Anzahl mit 43 Dissertationen erreicht.

Vom Jahr 1996 mit 33 Dissertationen aus dem Fachbereich „Andere“ fiel die jährliche Anzahl ab bis zum Jahr 2002 auf elf Dissertationen. Die rückläufigen Zahlen in diesem Zeit-

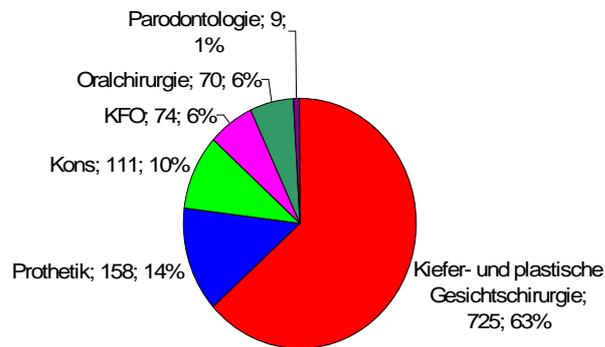
raum spiegelten den Gesamtverlauf der Doktoranzahlen wie in Abb. 4.1-1 gezeigt wieder.

Die Dissertationsanzahl im Fachbereich „ZMK“ stieg nach dem Tiefpunkt im Jahr 1966 wieder leicht an, konnte aber einen jährlichen Wert von 20 im weiteren Verlauf nicht mehr erreichen. Im Jahr 2002 lag die Anzahl der Dissertationen im Fachbereich „ZMK“ mit sieben Arbeiten leicht unter der Dissertationsanzahl von elf im Fachbereich „Andere“. Seit 1979 gab es jährlich mehr Doktorarbeiten im Fachbereich „Andere“ als in der „ZMK“.



**Abb. 4.5-3: Jährliche Dissertationsanzahl in der Kiefer- und Gesichtschirurgie im zeitlichen Verlauf.**

Bei Betrachtung der Abb. 4.5-3 wurde deutlich, dass die Abteilung Kiefer- und Gesichtschirurgie die jährliche Dissertationsanzahl (Abb. 4.5-2) des Fachbereichs ZMK stark beeinflusste. In der Kiefer- und Gesichtschirurgie wurden die meisten Dissertationen zwischen 1945 und 1960 erstellt. Im Jahr 1952 gab es 70 Doktoranden. Nach 1965 wurde eine jährliche Anzahl von fünf Dissertationen nicht mehr überschritten. Von 1935 bis 1939 lag die Dissertationsanzahl zwischen neun und 20 und damit ebenfalls vergleichsweise hoch.

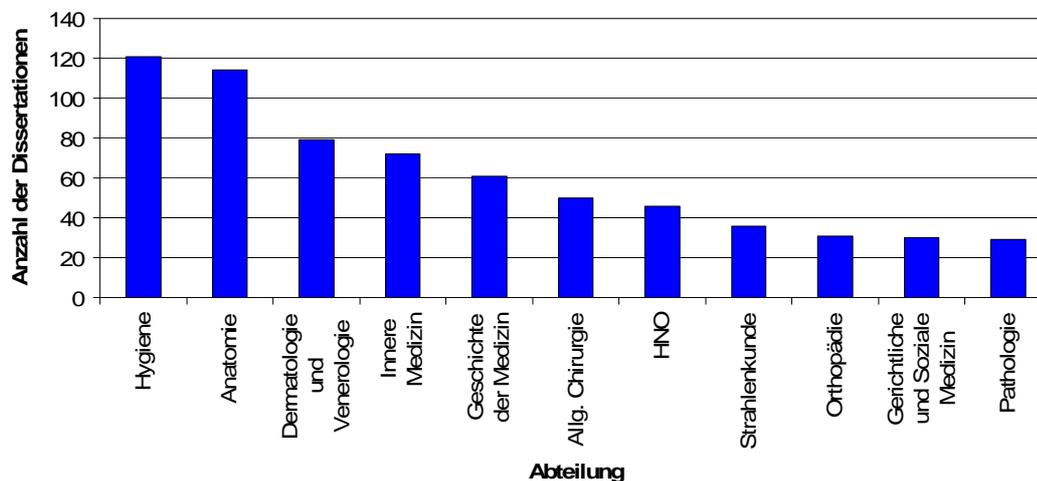


**Abb. 4.5-4: Verteilung der Dissertationsanzahl (1165 = 100%) auf die Abteilungen des Fachbereiches „ZMK“.**

Die Verteilung der Dissertationen innerhalb des Fachbereiches „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ auf die entsprechenden Abteilungen wird in Abb. 4.5-4 beschrieben. Alle zahnmedizinischen Dissertationen des Untersuchungszeitraums innerhalb der ZMK bilden in diesem Diagramm 100%. Die Dominanz der Abteilung „Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie“ war mit 62,8% deutlich erkennbar. Der zweitgrößte Anteil wurde mit 14,2% von der prothetischen Abteilung gestellt. An dritter Stelle folgte die konservierende Abteilung mit 9,6%. Fast gleichauf lagen die „Kieferorthopädie“ mit 6,5% und die „Oralchirurgie“ mit 6,0%. Den geringsten Anteil bildete die parodontologische Abteilung mit 0,9% der Dissertationen im Fachbereich „ZMK“. Innerhalb des gesamten Untersuchungszeitraums wurden in der „Parodontologie“ zehn Dissertationen erstellt. Im gesamten Fachbereich „ZMK“ wurden 1159 Dissertationen erstellt.

Wegen der Vielzahl der Abteilungen im Fachbereich „Andere“ wurde zur übersichtlichen Darstellung der Verteilung eine Sortierung vorgenommen. In den beiden Abb. 4.5-5 und Abb. 4.5-6 wurden zwei unterschiedliche Kriterien zur Sortierung angelegt. In Abb. 4.5-5 wurden die Abteilungen nach der Anzahl der Dissertationen geordnet und die anzahlmäßig stärksten Abteilungen herausgestellt. In Abb. 4.5-6 wurden die insgesamt 41 Abteilungen zu zwölf größeren Themenbereichen zusammengefasst und die Dissertationsanzahlen themen-

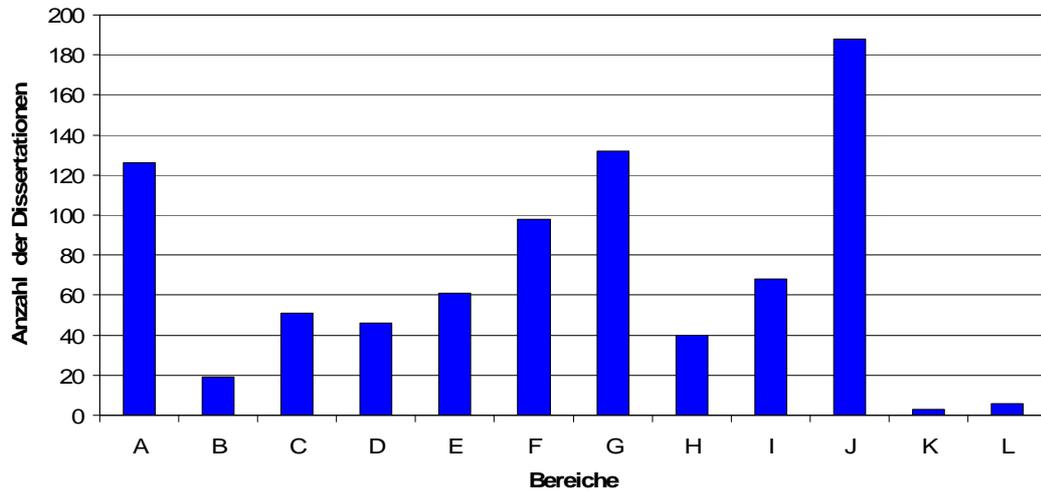
bezogen analysiert. Die Dissertationsanzahlen beziehen sich auf den gesamten Untersuchungszeitraum.



**Abb. 4.5-5: Darstellung der 11 von 41 Abteilungen aus dem Fachbereich „Andere“, in denen die meisten Dissertationen erstellt wurden, von links nach rechts in absteigender Sortierung.**

In Abb. 4.5-5 sind die elf Abteilungen aus dem Fachbereich „Andere“ dargestellt, in denen die meisten zahnmedizinischen Dissertationen erstellt wurden. Mit 121 wurden die meisten Dissertationen in der Abteilung „Hygiene“ geschrieben. An zweiter Stelle rangierte die „Anatomie“ mit 114 und an dritter Stelle die „Dermatologie und Venerologie“ mit 79 Dissertationen. In der Abteilung „Innere Medizin“ entstanden 72 zahnmedizinische Dissertationen. In der „Geschichte der Medizin“ waren es 61 Dissertationen. Die Abteilung „Allgemeine Chirurgie“ stand mit 50 Dissertationen an sechster Stelle, gefolgt von der „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ mit 46 Arbeiten. Die Fächer an achter bis elfter Stelle lagen zahlenmäßig eng beieinander. In der Strahlkunde gab es mit 36 Arbeiten fünf Dissertationen mehr als in der Orthopädie mit 31. In der Abteilung „Gerichtliche und Soziale Medizin“ wurden 30 Dissertationen erstellt. Die „Pathologie“ lag knapp dahinter an elfter Stelle mit 29 Dissertationen.

Die sonstigen 30 Abteilungen wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Abbildung dargestellt. Ihre Dissertationszahlen lagen jeweils unter 18 Arbeiten bezogen auf den gesamten Untersuchungszeitraum.



**Abb. 4.5-6: Vergleich der Dissertationszahlen in den Abteilungen der Themenbereiche A - L bezogen auf den gesamten Untersuchungszeitraum (Jahre 1935 - 2002)**

Themenbereiche	Abteilungen
A	Anatomie Neuroanatomie Hirnforschung
B	Physiologie Physiologische Chemie Lasermmedizin
C	Arbeitsmedizin Gerichtliche und Soziale Medizin Präventionsforschung und Sozialmedizin Medizinische Psychologie Medizinische Statistik
D	Pharmakologie Pathologie
E	Geschichte der Medizin Medizinische Terminologie
F	Allgemeinmedizin Innere Medizin Neurologie Diabetes-Forschungsinstitut Kinderheilkunde
G	Hygiene Humangenetik und Anthropologie
H	Strahlkunde/Radiologie Strahlentherapie und radiologische Onkologie
I	Allgemeine Chirurgie Neurochirurgie Anästhesiologie
J	Augenheilkunde HNO Gynäkologie Orthopädie Urologie Dermatologie und Venerologie
K	Psychiatrie Psychotherapie
L	Mikrobiologie und Virologie Labormedizin Blutgerinnung und Transfusionswesen Kernforschung Biophysik und Elektronenmikroskopie Physik

**Tabelle 4.5-1: Einteilung der Abteilungen des Fachbereiches „Andere“ in Themenbereiche**

In Abb. 4.5-6 sind die 41 Abteilungen des Fachbereiches „Andere“ in die zwölf Themenbereiche A bis L eingeteilt. Die genaue Zuordnung der Abteilungen ist der Tabelle 4.5-1 zu entnehmen. Mit 188 Dissertationen entstanden die meisten im Themenbereich J, der verschiedene Fachgebiete der Humanmedizin vereinigte, wie „Augenheilkunde“, „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“, „Gynäkologie“, „Orthopädie“, „Urologie“ und „Dermatologie und Venerologie“. An zweiter Stelle stand mit 132 Dissertationen der Themenbereich G, in dem "Hygiene" und "Humangenetik und Anthropologie" kombiniert waren. Unter Bereich A wurden anatomische Fächer zusammengefasst, die mit 126 Dissertationen die drittgrößte Themengruppe ausmachten.

Ein Komplex von allgemeinmedizinischen Abteilungen bildete die Gruppe F, die mit 98 Dissertationen an vierter Stelle stand. Mit 30 Dissertationen weniger folgte an fünfter Stelle die chirurgische Gruppe I, der 68 Dissertationen entstammten. Es folgte an sechster Stelle die Gruppe E, bestehend aus den Abteilungen „Geschichte der Medizin“ und „Medizinische Terminologie“, mit 61 Dissertationen. Mit 51 Dissertationen war die Gruppe C vertreten, die Fächer aus dem Bereich der Arbeits- und Sozialmedizin vereinigte. Die Gruppe D bestand aus den Abteilungen „Pharmakologie“ und „Pathologie“ und brachte 46 Doktorarbeiten hervor.

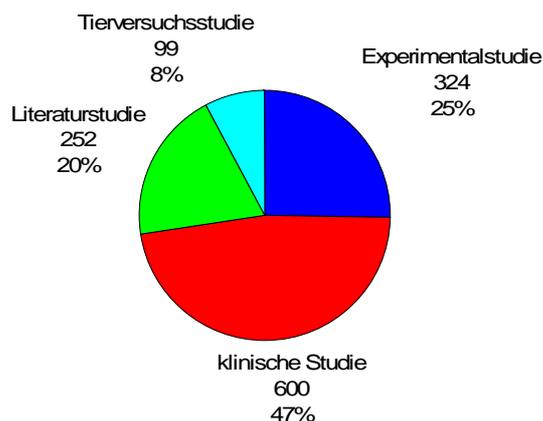
Die radiologische Gruppe H lag mit 40 Arbeiten weit vor der folgenden Gruppe B, die „Physiologie“ und verwandte Fächer enthielt und mit 19 Dissertationen die zehnte Stelle einnahm. An elfter Stelle stand mit sechs Arbeiten der Themenbereich L, der verschiedene der „Labormedizin“ verwandte Fächer enthielt. Mit drei Dissertationen kamen die wenigsten im psychologischen Themenkomplex K zustande.

## 4.6 Studienarten

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Dissertationen in vier verschiedene Studienarten eingeteilt:

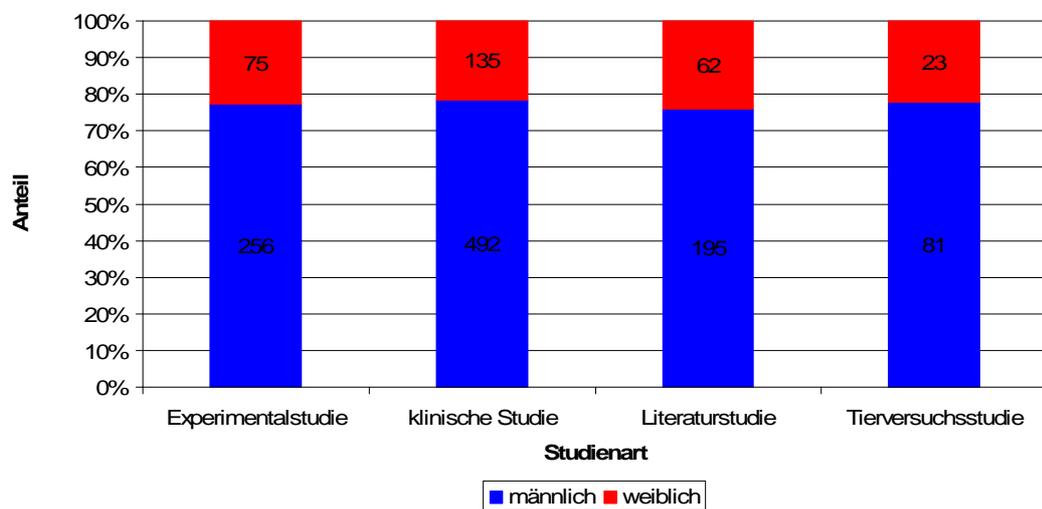
- Klinische Studien
- Experimentalstudien
- Tierversuchsstudien
- Literaturstudien

Studien an lebenden Patienten wurden als "klinische Studien" bezeichnet. Studien ohne die Beteiligung von Patienten wurden "Experimentalstudien" genannt. "Tierversuchsstudien" waren Untersuchungen an lebenden Tieren und "Literaturstudien" wurden als Untersuchungen definiert, die nicht auf Experimenten basierten. Von insgesamt 1985 Dissertationen konnten 1275 durch exakte Angaben in den Titeln einer bestimmten Studienart zugeordnet werden. Bei 710 Dissertationen war diese Zuordnung nicht möglich, daher wurde bei diesen Arbeiten die Studienart als „unklar“ angegeben.



**Abb. 4.6-1: Verteilung der zugeordneten Dissertationen (1275 = 100%). Die Anzahl der 710 nicht zuzuordnenden Dissertationen wurde nicht berücksichtigt.**

Abb. 4.6-1 veranschaulicht die prozentuale Verteilung der verschiedenen Studienarten. Die Darstellung bezieht sich auf den gesamten Untersuchungszeitraum. Die 1275 zugeordneten Dissertationen wurden dabei als 100% definiert und die nicht zugeordneten Dissertationen unberücksichtigt gelassen. Die Dissertationen mit „unklarer“ Zuordnung machten einen Anteil von 35,8% an der Gesamtzahl der Dissertationen aus. Bei der Betrachtung der Verteilung der zugeordneten Dissertationen auf die verschiedenen Studienarten konnte festgestellt werden, dass die klinischen Studien mit einem Anteil von 47% fast die Hälfte aller zugeordneten Dissertationen ausmachten. Ein Viertel entfiel auf die Experimentalstudien und ein Fünftel auf die Literaturstudien. Der Anteil der Tierversuchsstudien war mit 8% am geringsten.

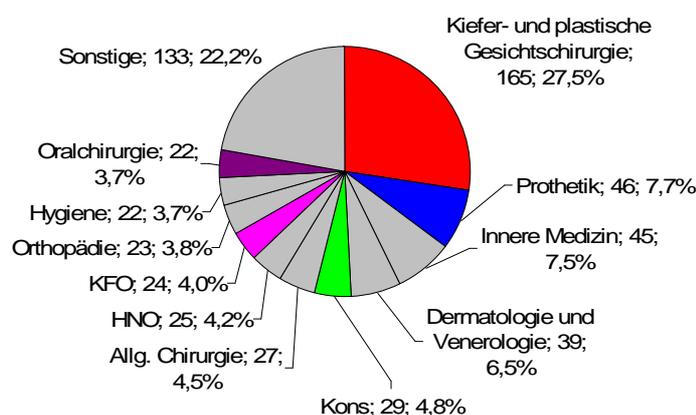


**Abb. 4.6-2: Anteile von männlichen und weiblichen Doktoranden pro Studienart im Untersuchungszeitraum (Jahre 1935 - 2002).**

Abb. 4.6-2 zeigt, dass der prozentuale Anteil der weiblichen Doktoranden in den verschiedenen Studienarten nicht sehr stark variierte. Diese Auswertung basiert nicht wie die vorherige (Abb. 4.6-1) auf der Dissertationsanzahl, sondern auf der Doktorandenanzahl, da sie sich auf das Geschlecht der Doktoranden bezieht. Die Doktorandenanzahl wich auf Grund einiger Gemeinschaftsarbeiten geringfügig von der Dissertationsanzahl ab. Im Untersuchungszeitraum gab es 2033 Doktoranden, von denen 1319 in dieser Auswertung repräsentiert waren, was einem Prozentsatz von 64,9 entsprach. Bei den Dissertationen von 714 Doktoranden

waren die Studienarten nicht eindeutig festzulegen. Die Experimentalstudien und die Tierversuchsstudien entsprachen in ihren Frauenanteilen von 22,7% bzw. 22,1% etwa der Gesamtfrauenquote von 22,3%. Etwas geringer war die Frauenquote im Bereich der klinischen Studien mit 21,5%. Bei den Literaturstudien war Frauenanteil mit 24,1% leicht überdurchschnittlich.

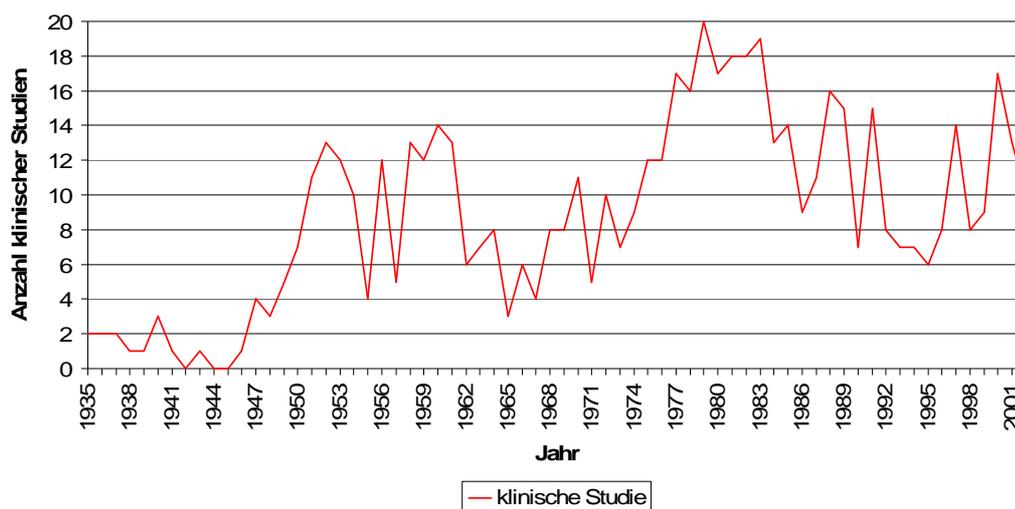
#### 4.6.1 Klinische Studien



**Abb. 4.6-3: Verteilung der 600 klinischen Studien des gesamten Untersuchungszeitraums (= 100 %) auf die Abteilungen. „ZMK“-Abteilungen farbig, „Andere“ in grau.**

Von insgesamt 600 klinischen Studien, die von zahnmedizinischen Doktoranden erstellt wurden, entstanden mit 27,5% die meisten in der Abteilung „Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie“ wie in Abb. 4.6-3 gezeigt. 7,7% entstanden in der prothetischen Abteilung und 4,8% in der konservierenden Abteilung. Unter den allgemeinmedizinischen Abteilungen waren „Innere Medizin“ mit 7,5%, „Dermatologie und Venerologie“ mit 6,5% und „Allgemeine Chirurgie“ mit 4,5% Abteilungen mit den meisten klinischen Studien. Die übrigen Fächer hatten ähnliche Anzahlen klinischer Studien zwischen 25 und 22 im Unters-

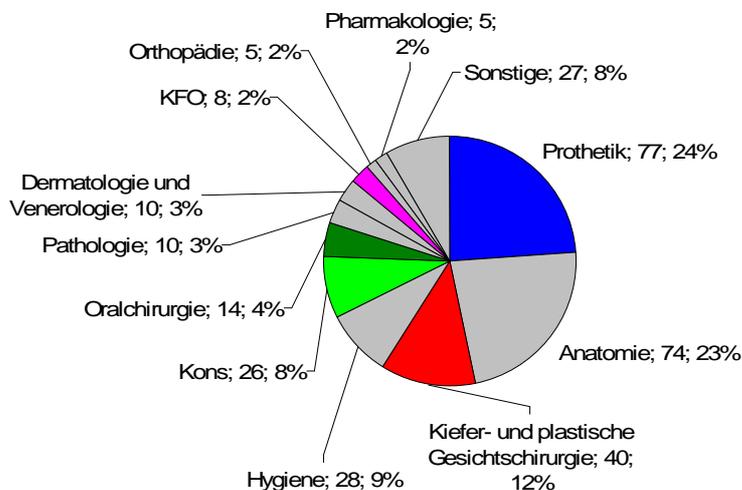
chungszeitraum. In der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde entstanden im Untersuchungszeitraum 25 klinische Studien, was einem Prozentsatz von 4,2 entsprach. Es folgten Kieferorthopädie mit 4,0% und Orthopädie mit 3,8%. Die Abteilungen Hygiene und Oralchirurgie steuerten mit 3,7% jeweils 22 klinische Studien bei.



**Abb. 4.6-4: Jährliche Anzahl von klinischen Studien im zeitlichen Verlauf.**

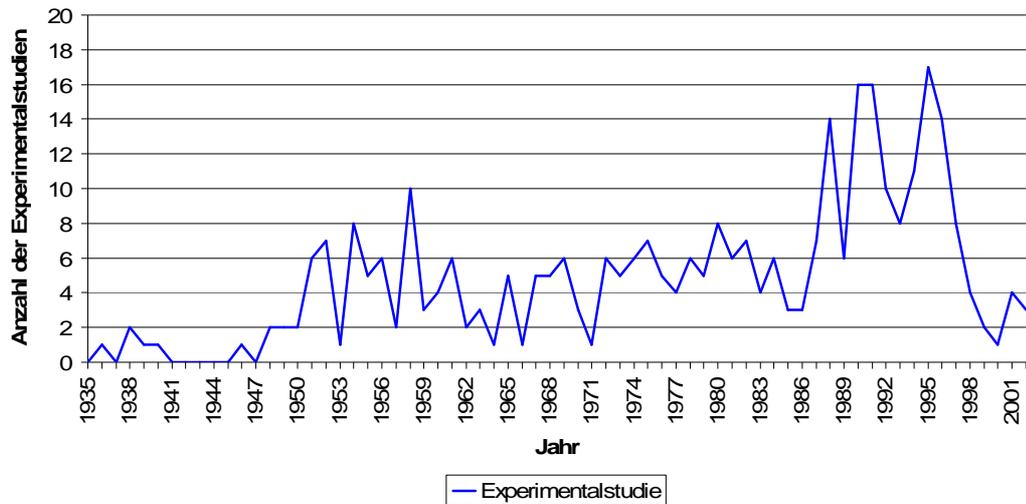
In Abb. 4.6-4 ist der zeitliche Verlauf der klinischen Studien dargestellt. Klinische Studien erfreuten sich in den 50er Jahren großer Beliebtheit, die jedoch in den 60er Jahren stark nachließ. Am Ende der 70er Jahre gab es einen erneuten Anstieg und die Anzahl klinischer Studien erreichte ihren Höhepunkt im Jahr 1979 mit 20 Arbeiten. In den 80er Jahren blieb die jährliche Anzahl vergleichsweise hoch. Mit Ausnahme des Jahres 1986 sank sie nicht unter zehn Doktorarbeiten. In den 90er Jahren lag die Anzahl mit zwei Ausnahmen (die Jahre 1991 und 1997) unter zehn klinischen Studien pro Jahr. Das Jahr 2000 brachte einen abrupten Anstieg mit 17 klinischen Studien. Bis zum Jahr 2002 sank die jährliche Anzahl auf zehn Studien.

## 4.6.2 Experimentalstudien



**Abb. 4.6-5: Verteilung der 324 Experimentalstudien des gesamten Untersuchungszeitraums (= 100 %) auf die Abteilungen.**

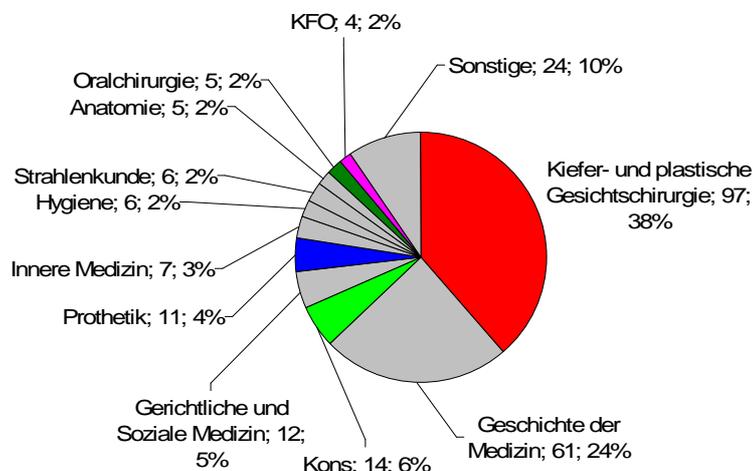
Im Gegensatz zu den klinischen und Literaturstudien entstanden die meisten Experimentalstudien nicht in der „Kiefer- und plastischen Gesichtschirurgie“, sondern in der „Prothetik“. Dies veranschaulicht die Abb. 4.6-5. Die 324 ausgewiesenen Experimentalstudien, die im Untersuchungszeitraum erstellt wurden, bilden in der Darstellung 100%. Mit 77 von 324 entstand fast ein Viertel der Experimentalstudien in der „Prothetik“. Nahezu ebenso viele Experimentalstudien entstanden in der allgemeinmedizinischen Abteilung „Anatomie“. Sie machte mit 74 Studien einen Anteil von 23% aus. 12% der Experimentalstudien entstanden in der „Kiefer- und plastischen Gesichtschirurgie“, 9% in der Abteilung „Hygiene“ und 8% in der „konservierenden Zahnheilkunde“.



**Abb. 4.6-6: Jährliche Anzahl der Experimentalstudien im zeitlichen Verlauf.**

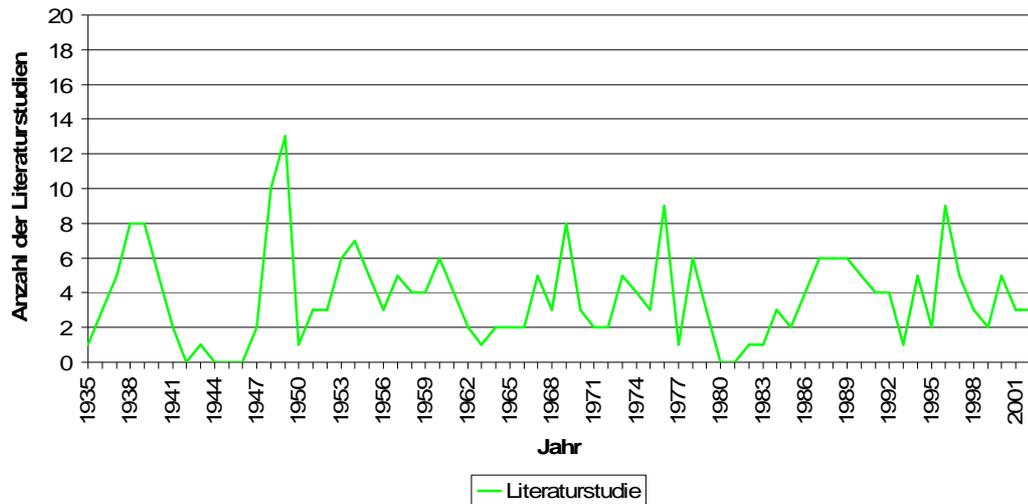
Im zeitlichen Verlauf, der in Abb. 4.6-6 dargestellt ist, zeigt sich, dass die Experimentalstudien erst spät über den Wert von 10 Studien pro Jahr anstiegen. Im Zeitraum zwischen den Jahren 1935 und 1987 wurde ausschließlich im Jahr 1958 der Wert von zehn Experimentalstudien erreicht. Von 1988 bis 1996 waren die Experimentalstudien sehr beliebt. Mit 17 Dissertationen gab es im Jahr 1995 die meisten Experimentalstudien. Es folgten sinkende jährliche Werte bis auf eine Experimentalstudie im Jahr 2000. Im Jahr 2002 gab es drei Experimentalstudien.

### 4.6.3 Literaturstudien



**Abb. 4.6-7: Verteilung der 252 Literaturstudien des gesamten Untersuchungszeitraums (= 100 %) auf die Abteilungen.**

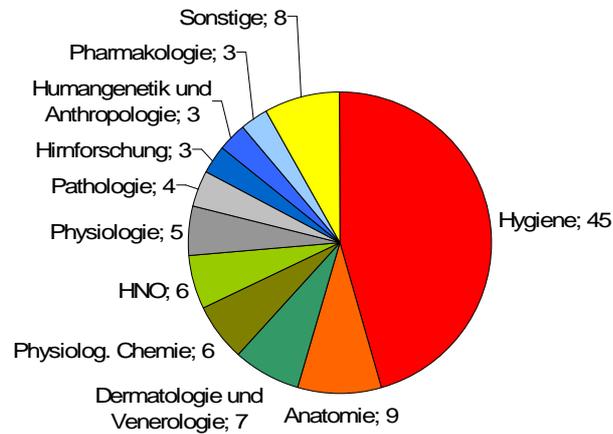
Der Hauptanteil der Literaturstudien entstand mit 38% in der Abteilung „Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie“. Ein weiterer großer Anteil von fast einem Viertel der Literaturstudien stammte aus der Abteilung „Geschichte der Medizin“. Mit 61 Studien lag ihr Anteil bei 24% von insgesamt 252 Literaturstudien. Abb. 4.6-7 verdeutlicht die Dominanz dieser beiden Abteilungen im Bezug auf Literaturstudien. Nach der Abteilung „Geschichte der Medizin“ entfiel der nächstkleinere Anteil auf die „Konservierende Zahnheilkunde“ mit nur noch 6%. Die „Gerichtliche und Soziale Medizin“ stellt 5%, während die „Prothetik“ mit elf Literaturstudien 4% beisteuert.



**Abb. 4.6-8: Jährliche Anzahl der Literaturstudien im zeitlichen Verlauf.**

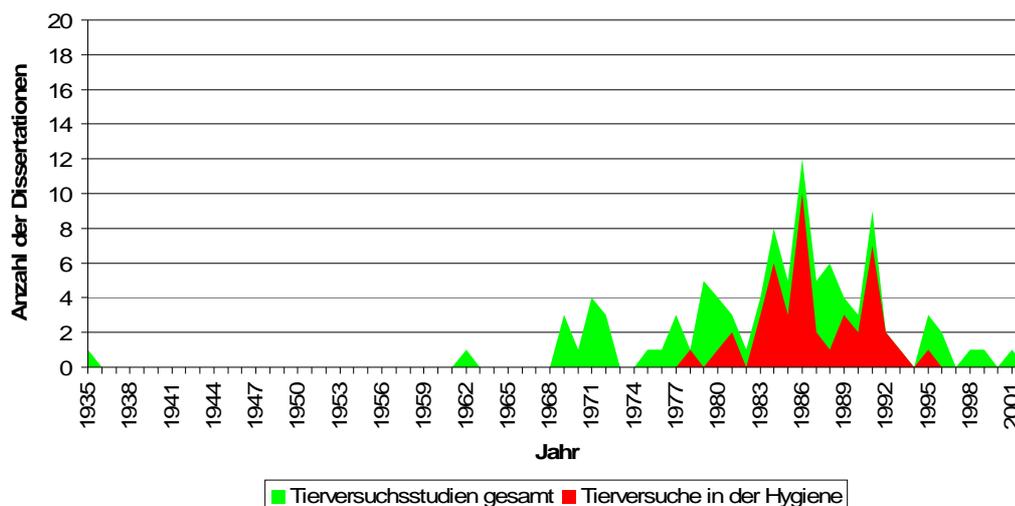
Die Betrachtung des zeitlichen Verlaufs lässt erkennen, dass die Literaturstudien in den Jahren 1948 und 1949 mit 10 bzw. 13 Arbeiten ihre höchsten Werte erreichten. Abb. 4.6-8 beschreibt einen Verlauf der Literaturstudien, dessen Schwankungsbreite im Vergleich zu den anderen Studienarten geringer war. Bis auf die genannten Jahre 1948 und 1949 blieben die jährlichen Anzahlen unter zehn Literaturstudien.

#### 4.6.4 Tierversuchsstudien



**Abb. 4.6-9: Verteilung der 99 Tierversuchsstudien des gesamten Untersuchungszeitraums (= 100 %) auf die Abteilungen.**

Abb. 4.6-9 zeigt, dass sich die Verteilung der Tierversuche völlig von der der anderen Studienarten unterschied. Die Abteilung „Hygiene“ dominierte klar mit 45 von 99 Tierversuchsstudien. An zweiter Stelle stand mit neun Studien die Abteilung „Anatomie“, gefolgt von der Abteilung „Dermatologie und Venerologie“ mit sieben Studien.

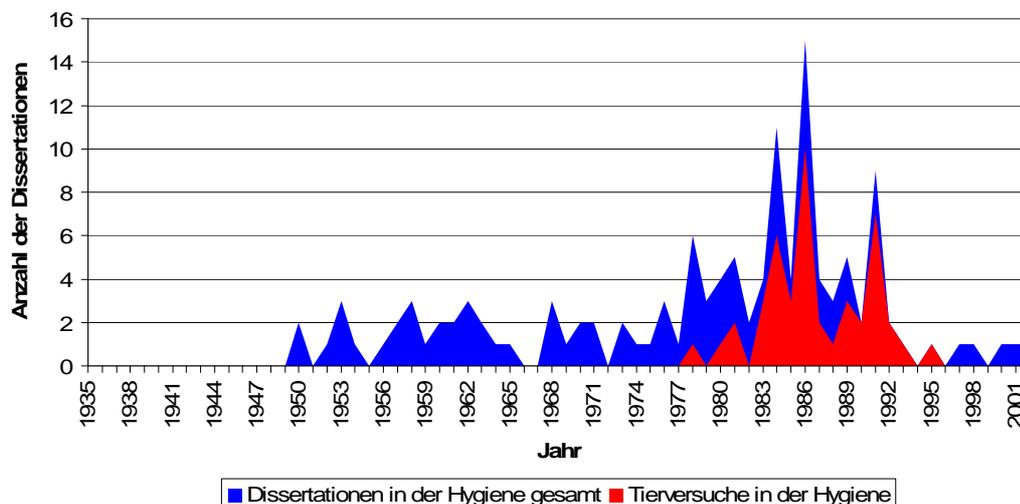


**Abb. 4.6-10: Tierversuchsstudien in der Abteilung „Hygiene“ (rot) als Teil der gesamten Anzahl von Tierversuchsstudien (grün) im zeitlichen Verlauf.**

In Abb. 4.6-10 sind zwei Flächen über einander dargestellt. Die grüne Fläche bezieht sich auf die Anzahl der Tierversuchsstudien aller Abteilungen insgesamt, während die rote Fläche als Teil der grünen für die Tierversuche allein in der Abteilung „Hygiene“ steht. Es wird deutlich, dass die Studien aus der Abteilung Hygiene vom Jahre 1978 bis 1995 den Gesamtverlauf entscheidend beeinflussten.

Die erste zahnmedizinische Doktorarbeit in Düsseldorf, die auf einer Tierversuchsstudie basierte, wurde im Jahr 1935 in der Abteilung Kinderheilkunde verfasst. Danach folgte eine lange Phase, in der keine Tierversuchsstudien von zahnmedizinischen Doktoranden durchgeführt wurden. Im Jahr 1962 gab es eine Tierversuchsstudie in der Abteilung Pharmakologie. Ab dem Jahr 1969 wurden Tierversuchsstudien häufiger. Im Jahr 1978 entstand die erste Tierversuchsstudie in der Abteilung „Hygiene“. Der Anteil der „Hygiene“ an der gesamten Tierversuchszahl steigerte sich. Im Jahr 1986 stellte die „Hygiene“ zehn von insgesamt zwölf Arbeiten und im Jahr 1991 sieben von insgesamt neun Tierversuchsstudien. In der Hygiene nahm die Anzahl der Tierversuchsstudien ab 1992 wieder ab. Zwischen 1995 und 2002 wurden keine Tierversuchsstudien von Zahnmedizinern in der „Hygiene“ durchgeführt.

Nach 1995 blieb die Gesamtzahl von Tierversuchsstudien unter vier zahnmedizinischen Dissertationen pro Jahr.



**Abb. 4.6-11: Tierversuchsstudien in der Abteilung Hygiene (rot) als Teil der gesamten Anzahl an Dissertationen in der „Hygiene“ (blau).**

Abb. 4.6-11 veranschaulicht den Anteil der Tierversuchsstudien an der Gesamtheit der Dissertationen in der Abteilung „Hygiene“ im zeitlichen Verlauf. Die blaue Fläche steht für die in der Hygiene erstellten Dissertationen insgesamt, während die rote Fläche sich allein auf die Tierversuchsstudien bezieht. Die ersten beiden zahnmedizinischen Doktorarbeiten in der "Hygiene" wurden 1950 verfasst. Im Jahr 1978 stieg ihre jährliche Anzahl zum ersten Mal über fünf, worunter sich auch die erste Tierversuchsstudie dieser Abteilung befand. Tierversuchsstudien gab es in der Hygiene vom Jahr 1978 bis zum Jahr 1995. In diesem Zeitraum stellten sie einen erheblichen Anteil der Dissertationen in der „Hygiene“.

Im Jahr 1984 waren schon sechs von elf Dissertationen Tierversuchsstudien. Im Jahr 1986 stieg ihr Anteil sogar auf zwei Drittel der insgesamt 15 Doktorarbeiten. Den letzten Höhepunkt bildete das Jahr 1991 mit sieben Tierversuchsstudien von insgesamt neun Dissertationen. Danach verringerten sich Tierversuchsstudien sowie auch die Gesamtzahl der zahnmedizinischen Doktorarbeiten in der „Hygiene“. Im Jahr 1995 entstand eine Tierversuchsstudie.

Zwischen 1996 und 2002 gab es in der Hygiene nicht mehr als eine zahnmedizinische Doktorarbeit pro Jahr und darunter befanden sich keine Tierversuchsstudien mehr.

## 4.7 Gemeinschaftsarbeiten

Es gab im Untersuchungszeitraum 53 Gemeinschaftsarbeiten, von denen eine in der Zusammenarbeit von drei Doktoranden der Zahnmedizin erstellt wurde. Bei 46 Arbeiten waren jeweils zwei Doktoranden beteiligt und sechs Arbeiten entstanden in Zusammenarbeit von zahnmedizinischen und nicht-zahnmedizinischen Doktoranden. Es zählten insgesamt 89 Zahnmediziner und zwölf Zahnmedizinerinnen zu den Verfassern.

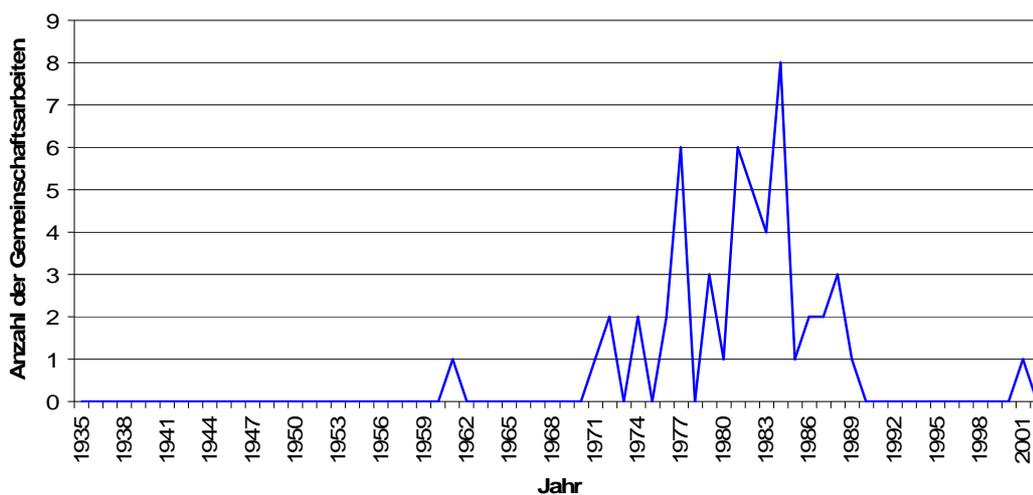
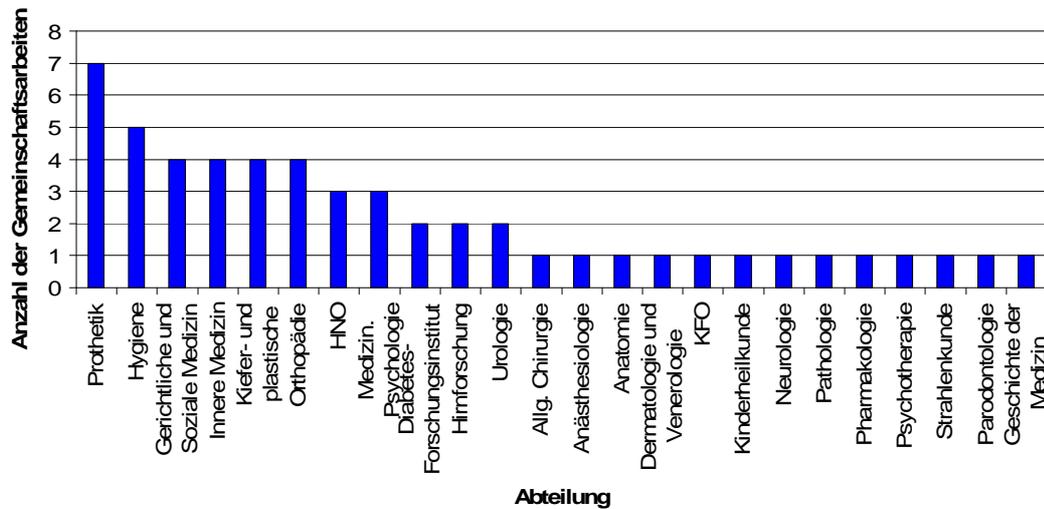


Abb. 4.7-1: Jährliche Anzahl von Gemeinschaftsarbeiten im zeitlichen Verlauf.

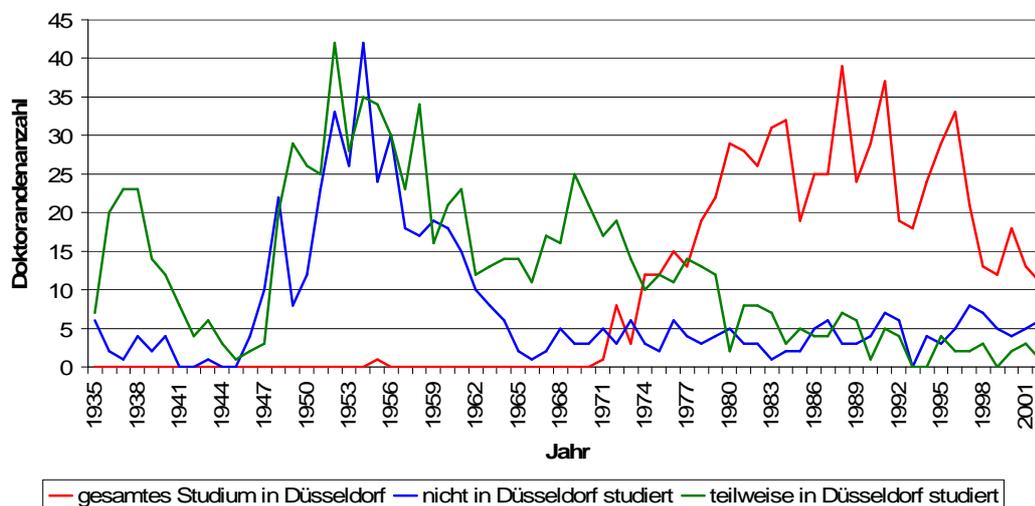
Die Abb. 4.7-1 zeigt die erstellten Gemeinschaftsarbeiten im zeitlichen Verlauf. Es wird deutlich, dass Gemeinschaftsarbeiten besonders in den 70er und 80er Jahren beliebt waren. Besonders imponieren die Jahre 1977 und 1981 mit jeweils sechs Gemeinschaftsarbeiten und 1984 mit acht Gemeinschaftsarbeiten.



**Abb. 4.7-2: Anzahl der Gemeinschaftsarbeiten pro Abteilung von links nach rechts in absteigender Sortierung.**

In Abb. 4.7-2 sind die Abteilungen nach Anzahl der jeweils dort erstellten Gemeinschaftsarbeiten aufgeführt. In der Abteilung „Prothetik“ wurden mehr Gemeinschaftsarbeiten angefertigt als in den anderen Abteilungen, nämlich sieben Arbeiten innerhalb des Untersuchungszeitraums. Mit fünf Gemeinschaftsarbeiten rangierte die Abteilung „Hygiene“ auf Platz zwei der Liste der meisten Gemeinschaftsarbeiten pro Abteilung. Neben der Abteilung „Prothetik“ erschienen noch zwei andere Fächer aus dem Fachbereich „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ in der Aufstellung. Die Abteilung „Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie“ lag mit vier Gemeinschaftsarbeiten im guten Mittelfeld. In der Kieferorthopädie wurde eine Gemeinschaftsarbeit erstellt.

## 4.8 Studienort der Doktoranden



**Abb. 4.8-1:** Zeitliche Verläufe der Anzahl von Doktoranden, die ihr gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert haben (rot), die teilweise in Düsseldorf studiert haben (grün), die nicht in Düsseldorf studiert haben (blau) im Vergleich.

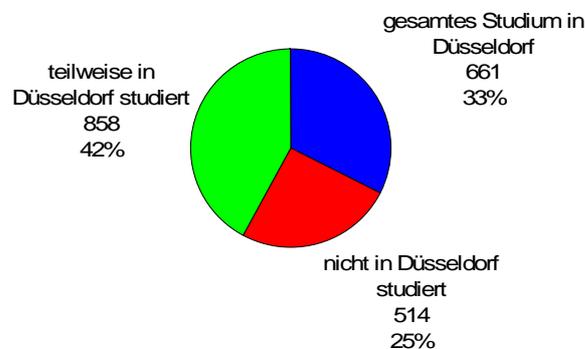
Nach ihrem akademischen Werdegang wurden die Doktoranden in drei Gruppen eingeteilt:

- Studium komplett in Düsseldorf absolviert
- Studium teilweise in Düsseldorf absolviert
- Studium nicht in Düsseldorf absolviert

Die erste Gruppe, die ihr gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert hatte, ist durch die rote Kurve in der Abb. 4.8-1 dargestellt. Die blaue Kurve beschreibt den zeitlichen Verlauf einer Personenanzahl, die zwar in Düsseldorf promovierte, ihr Zahnmedizin-Studium jedoch an einem anderen Ort absolviert hatte. Die dritte Gruppe ist in grün dargestellt und kennzeichnet die Doktoranden, die teilweise in Düsseldorf und teilweise an einer oder mehreren anderen Universitäten die Zahnmedizin studiert hatten.

In den 50er Jahren hatten die meisten Doktoranden nicht oder nur teilweise in Düsseldorf studiert. In den 60er Jahren waren die Doktoranden, die teilweise in Düsseldorf studiert hatten, in der Überzahl, doch ihr Anteil verringerte sich bis zum Jahr 2002 immer weiter. Der Trend entwickelte sich innerhalb des Untersuchungszeitraums eindeutig dahin, Studium und Promotion an derselben Universität zu machen. Von 1935 bis 1970 gab es nur einen Doktoranden, der komplett in Düsseldorf studiert hatte. In den 70er Jahren stieg die Zahl der Doktoranden, die ihr gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert hatten dann plötzlich an. Ihre Zahl erreichte den Höhepunkt im Jahr 1988 mit 39 Doktoranden. Ihr Anteil blieb danach konstant hoch und lag im Jahr 2002 mit elf Doktoranden bei 61%.

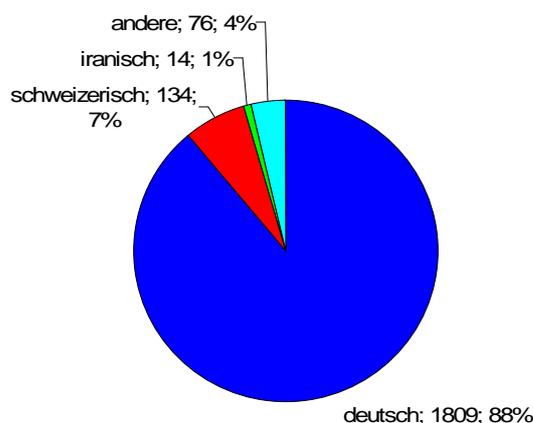
Die Zahl der Doktoranden, die nicht in Düsseldorf studiert hatten, ging ab Mitte der 60er Jahre zurück und blieb im Zeitraum bis zum Jahr 2002 unter acht Doktoranden pro Jahr. Insgesamt hatten von 2033 Doktoranden 661 ausschließlich in Düsseldorf studiert, 858 teilweise in Düsseldorf studiert und 514 nicht in Düsseldorf studiert.



**Abb. 4.8-2: Verteilung der Studienorte bezogen auf die Doktorandenanzahl im gesamten Untersuchungszeitraum (2033 Doktoranden = 100 %).**

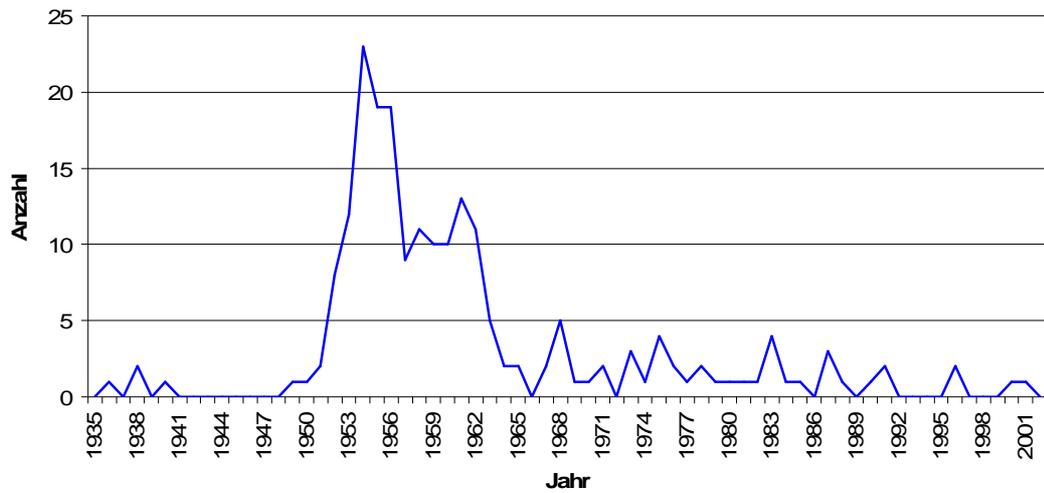
In Abb. 4.8-2 wird deutlich, dass mit 42% der größte Anteil der Doktoranden teilweise in Düsseldorf studiert hatte. 32% hatten ihr gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert. Der Anteil derer, die nicht in Düsseldorf studiert hatten, ist mit 25% am geringsten.

## 4.9 Staatsangehörigkeit der Doktoranden



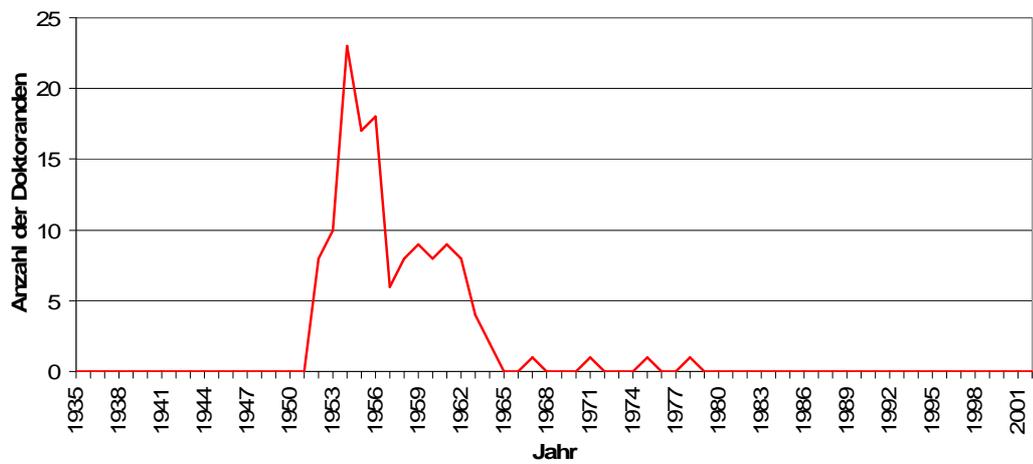
**Abb.4.9-1: Anteilige Darstellung der Staatsangehörigkeiten aller Doktoranden im gesamten Untersuchungszeitraum (2033 Doktoranden = 100 %).**

Wie Abb.4.9-1 zeigt, hatten die meisten Doktoranden die deutsche Staatsangehörigkeit. Mit 1384 Herren und 425 Damen machte der Anteil der deutschen Doktoranden 89% aus. Der zweitgrößte Anteil entfiel auf die Doktoranden mit schweizerischer Staatsangehörigkeit. Diese hatten mit 134 Doktoranden, davon neun Frauen, einen Anteil von sieben Prozent. Alle anderen Staatsangehörigkeiten lagen bei einem Prozent der Gesamtdoktorandenzahl oder darunter. Es gab 14 iranische Doktoranden, wovon zwölf männlich und zwei weiblich waren. Die iranischen Doktoranden bildeten anteilig die drittgrößte Gruppe. Die niederländischen und türkischen Doktoranden erreichten mit jeweils sieben Herren und einer Dame einen Prozentsatz von 0,4%.



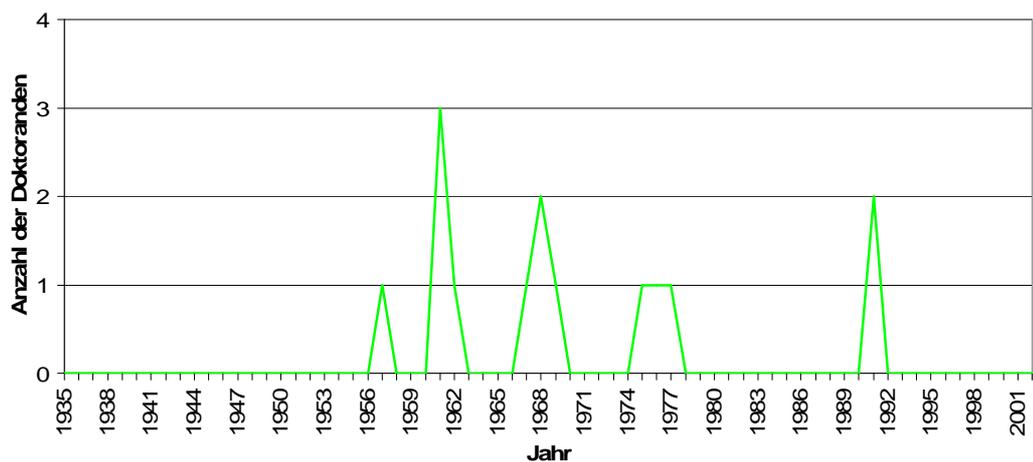
**Abb. 4.9-2: Jährliche Anzahl von Doktoranden mit ausländischer Staatsangehörigkeit im zeitlichen Verlauf.**

Die größte Anzahl von ausländischen Doktoranden promovierte in Düsseldorf in den 50er und Anfang der 60er Jahre (Abb. 4.9-2), wobei der größte Teil der ausländischen Doktoranden die schweizerische Staatsangehörigkeit besaß (Abb. 4.9-3). Nach 1965 wurde die Zahl von fünf ausländischen Doktoranden pro Jahr nicht mehr überschritten. Seit den 90er Jahren ging die Anzahl weiter zurück und es mehrten sich Jahre ohne ausländische Doktoranden in der Zahnmedizin.



**Abb. 4.9-3: Jährliche Anzahl von Doktoranden mit schweizerischer Staatsangehörigkeit im zeitlichen Verlauf.**

Auffällig ist die zeitliche Verlaufskurve der Doktoranden mit schweizerischer Staatsangehörigkeit, welche in Abbildung Abb. 4.9-3 dargestellt ist. 130 der insgesamt 134 schweizerischen Doktoranden promovierten im Zeitraum der Jahre von 1951 bis 1965. Vor 1951 und nach 1979 gab es keine schweizerischen Doktoranden in Düsseldorf.



**Abb. 4.9-4: Jährliche Anzahl von Doktoranden mit iranischer Staatsangehörigkeit im zeitlichen Verlauf.**

Abb. 4.9-4 beschreibt den zeitlichen Verlauf der iranischen Doktoranden der Zahnmedizin in Düsseldorf. Elf von insgesamt 15 Doktoranden promovierten in den 60er und 70er Jahren.

## **4.10 Sprache der Dissertationen**

Von den 1985 Dissertationen in Düsseldorf zwischen den Jahren 1935 und 2002 wurden acht Dissertationen in englischer Sprache verfasst. Fünf englische Dissertationen wurden Anfang der 80er Jahre geschrieben, zwei in den 70er Jahren und eine Ende der 60er Jahre. Drei englische Dissertationen entstanden in der Abteilung „Innere Medizin“ und jeweils eine in „Geschichte der Medizin“, „Physiologie“, „Pathologie“, „Medizinische Psychologie“ und „Dermatologie und Venerologie“.

## **5 Diskussion**

### **5.1 Promotionszahlen in Medizin und Zahnmedizin**

Zum Vergleich der Promotionsstatistiken der Medizin und der Zahnmedizin in Düsseldorf gab es zwei Datenquellen, die jeweils verschiedene Zeiträume abdeckten. In einer Untersuchung aus dem Jahr 1966 wurden die medizinischen und zahnmedizinischen Staatsexamina und Promotionen besonders nach 1946 zusammengestellt. In jener Untersuchung bezogen sich die Daten auf einen Jahreszeitraum mit jeweils einem Sommer- und dem darauf folgenden Wintersemester. Das Akademische Prüfungsamt erstellte ab dem Wintersemester 1978/79 Absolventen- und Promotionsstatistiken für beide Fächer pro Semester. Die vorliegende Untersuchung bezog sich jeweils auf Kalenderjahreszeiträume zwischen 1935 und 2002. Bei dem Vergleich von Medizin und Zahnmedizin müssen daher die zu Grunde liegenden Zeiträume beachtet werden.

Studienjahr	Studenten- zahl	Staatsexamina		Promotionen	
		Gesamt	Zahnärzte	Gesamt	Dr. med. dent.
WS1945/46	802	24		17	
SS 1946	846	134	5	55	5
WS 1946/47	800				
SS 1947	797	83	6	133	5
WS 1947/48	801				
SS 1948	775	206	11	256	21
WS 1948/49	649				
SS 1949	612	106	23	118	22
WS 1949/50	578				
SS 1950	554	116	28	119	27
WS 1950/51	520				
SS 1951	422	117	28	147	35
WS 1951/52	359				
SS 1952	322	73	12	86	35
WS 1952/53	320				
SS 1953	297	53	12	103	39
WS 1953/54	333				
SS 1954	311	51	16	174	75
WS 1954/55	355				
SS 1955	348	91	40	112	62
WS 1955/56	391				
SS 1956	364	145	40	189	52
WS 1956/57	400				
SS 1957	360	101	27	109	38
WS1957/58	390				
SS 1958	384	231	44	177	55
WS 1958/59	472				
SS 1959	474	119	21	130	32
WS 1959/60	538				
SS 1960	531	206	27	114	32
WS 1960/61	562				
SS 1961	594	253	26	159	35
WS 1961/62	673				
SS 1962	657	244	29	146	21
WS 1962/63	647				
SS 1963	696	210	35	133	20
WS 1963/64	736				
SS 1964	810	322		186	37
WS 1964/65	854				
SS 1965	1032				

**Tabelle 5.1-1: Studentenzahlen, Staatsexamina und Promotionen in Medizin und Zahnmedizin in Düsseldorf**

**Quelle: Schadewaldt H: Universität Düsseldorf. Länderdienst; Berlin; (1966) 110**

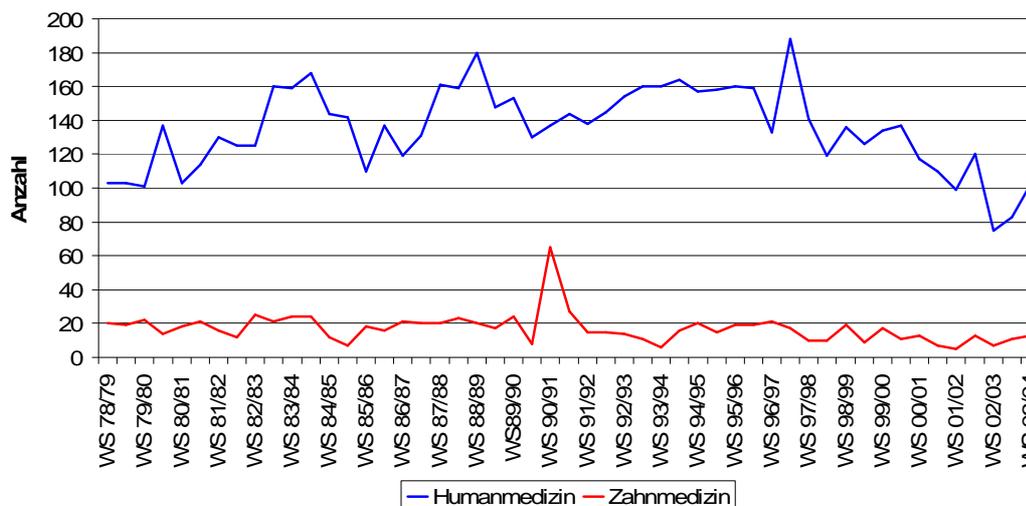
In der Tabelle 5.1-1 ist auffällig, dass die Promovendenzahlen die Absolventenzahlen in der Medizin sowie in der Zahnmedizin oft überstiegen. Dies hing mit dem Umstand zusammen, dass die Medizinische Akademie in Düsseldorf und speziell die Westdeutsche Kieferklinik eher medizinische Fortbildungsstätten waren, als dass sie der Ausbildung von Studenten dienten<sup>162</sup>. Dies änderte sich erst zum Wintersemester 1965/66, als nach der Umwandlung der Medizinischen Akademie in die Universität Düsseldorf vorklinische Institute für Medizin und Zahnmedizin eingerichtet wurden<sup>163</sup>. Dadurch konnten erstmals Studienanfänger aufgenommen werden. Zuvor war das Studium der Medizin und Zahnmedizin erst vom dritten Semester an möglich gewesen. Ein Wandel vollzog sich in der Weise, dass die frühere Medizinische Akademie interessierte Forscher angezogen hatte, während die Universität später ihren Forschungsnachwuchs weitgehend selbst hervorbrachte. Dieser Umstand wird unterstrichen durch die Analyse der Studienorte der zahnmedizinischen Doktoranden in Abb. 4.8-1.

Das Akademische Prüfungsamt begann die Promotionsstatistik für Medizin und Zahnmedizin im Wintersemester 1978/79, so dass ein Zeitraum von 24 Jahren für den Vergleich zur Verfügung stand. Die Promotionsstatistik des Akademischen Prüfungsamtes für die Zahnmedizin und die vorliegende Studie basierten auf derselben Datengrundlage. Zum sinnvollen Vergleich der beiden Studienfächer wurden deshalb die semesterbezogenen Promotionsstatistiken des Akademischen Prüfungsamtes in Abb. 5.1-1 graphisch dargestellt.

---

<sup>162</sup> Gerke J: Die Chronik der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf. Düsseldorf; (1953)

<sup>163</sup> Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, WAZ, Sommersemester 2002, Chronik der Universität, 17-19

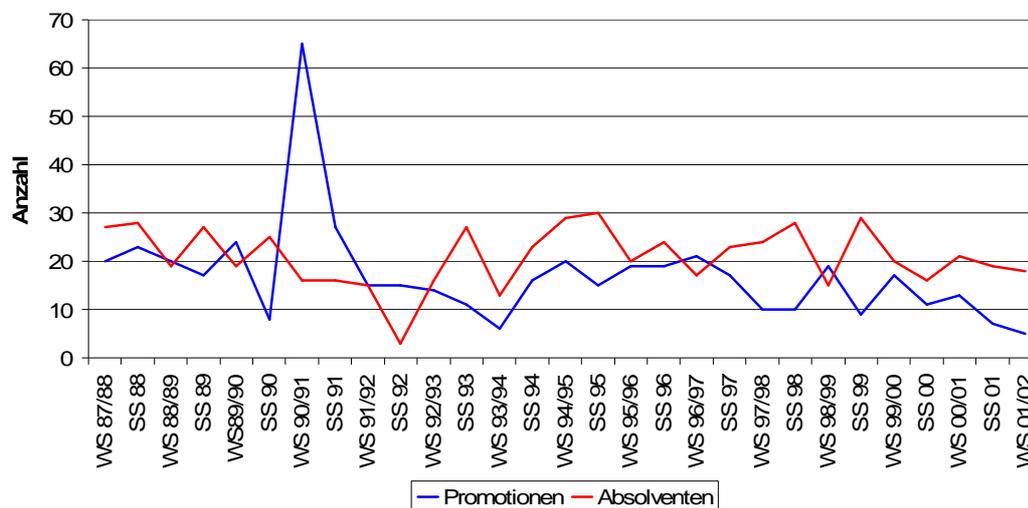


**Abb. 5.1-1: Promotionszahlen für Medizin und Zahnmedizin in Düsseldorf 1978 – 2003.**  
**Quelle: Daten des akademischen Prüfungsamtes der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

In der Medizin gab es pro Semester zwischen 75 und 188 Doktoranden. In der Zahnmedizin promovierten im Wintersemester 1990/91 auffällig viele Doktoranden. In diesem Semester erhielten 65 Kandidaten die Doktorwürde, während in der übrigen Zeit zwischen 5 und 27 Zahnmediziner pro Semester promoviert wurden. Es drängte sich die Frage auf, ob die hohe Doktorandenanzahl des Wintersemesters 1990/91 durch gehäufte „Zuwanderung“ von Kandidaten nach Düsseldorf stattgefunden hat. Aufschluss über diese Fragestellung gab die Analyse der Studienorte der Doktoranden (Abb. 4.8-1). Es wurde deutlich, dass im betreffenden Zeitraum die weitaus meisten Doktoranden ihr gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert hatten. Ab dem Wintersemester 1998/99 waren Ähnlichkeiten im Verlauf der Promotionszahlen von Medizin und Zahnmedizin zu erkennen. In beiden Fächern gab es eine rückläufige Entwicklung der Promotionszahlen verglichen mit den zurückliegenden Jahrzehnten.

Da der Anteil der Kandidaten, die ihr gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert haben unter den Doktoranden seit Anfang der 80er Jahre klar überwog, entstand eine Abhängigkeit der Promovendenzahlen von den Absolventenzahlen. Abb. 5.1-2 zeigt, dass der Verlauf der Promovendenzahlen bis auf wenige Ausnahmen mit den Absolventenzahlen korrelierte. Die o. g. hohe Promovendenzahl aus dem Wintersemester 1990/91 ließ sich nicht durch die Absol-

ventenzahlen dieses Zeitraums erklären. In diesem Semester gab es 16 Absolventen und 65 Promovenden der Zahnmedizin.



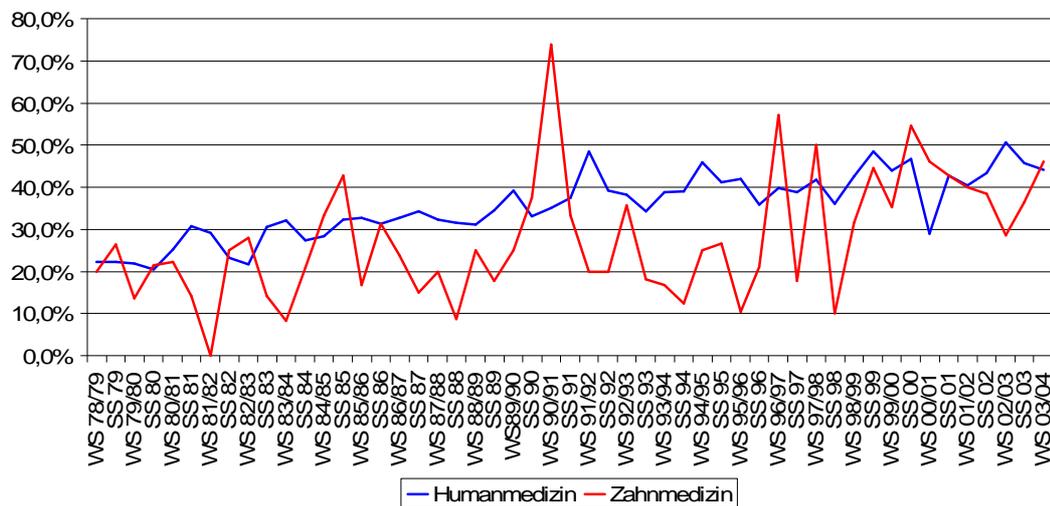
**Abb. 5.1-2: Vergleich der Absolventenzahlen und Promovendenzahlen der Zahnmedizin in Düsseldorf von 1988 – 2001.**

**Quelle: Promotionsdaten des Akademischen Prüfungsamtes Düsseldorf; Absolventendaten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen**

Die wachsende Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt verschaffte der Promotion einen noch größeren Stellenwert. Aber auch durch den Druck der Gesellschaft, die in weiten Teilen die Anerkennung als Arzt immer noch an den Dokortitel knüpft, dürfte die Promotionsrate in Medizin und Zahnmedizin erhöht werden. Die Promotionsrate ist eine statistische Größe, die das Verhältnis von Staatsexamina zu Promotionen bezeichnet. Im Zeitraum von 1979 bis 1992 schwankte die medizinische Promotionsrate in Deutschland zwischen 56 und 79%<sup>164</sup>. Bis zum Jahr 2001 stieg sie sogar auf 85% an. In der Zahnmedizin schien die Promotion eine etwas geringere Rolle zu spielen, denn mit 65% lag die zahnmedizinische Promotionsrate im Jahr 2001 deutlich unter der medizinischen Promotionsrate<sup>165</sup>.

<sup>164</sup> Bergmeyer V: Abbrüche medizinischer Doktorarbeiten - Immanenter Bestandteil der medizinischen Promotion? Görlich & Weiershäuser; Marburg; (1998) 10ff

## 5.2 Die Situation der Frauen



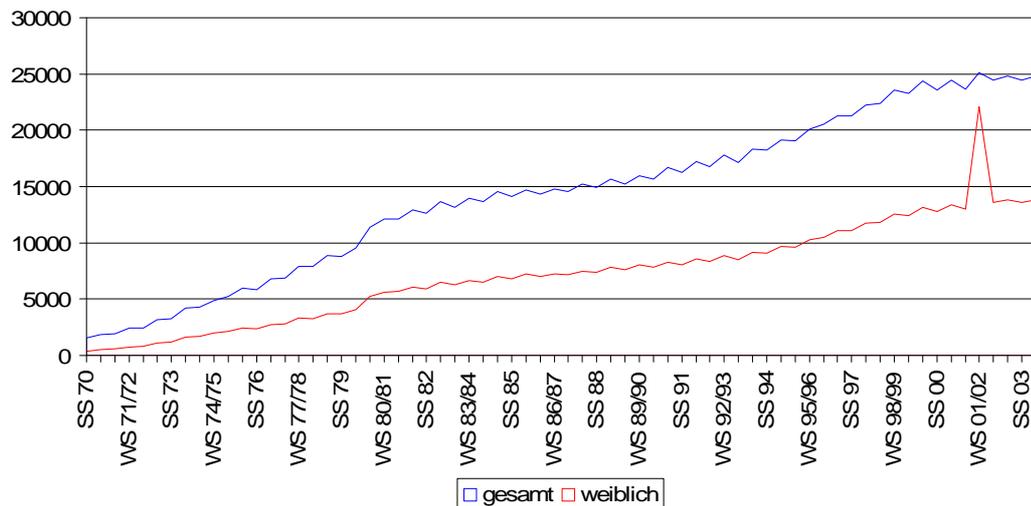
**Abb. 5.2-1: Frauenanteil bei den Promovenden der Medizin und Zahnmedizin.**  
**Quelle: Daten des Akademischen Prüfungsamtes der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

Dass der Frauenanteil unter den zahnmedizinischen Doktoranden seit den 70er Jahren eine steigende Tendenz aufwies, wurde schon in Abb. 4.2-2 gezeigt. Die Daten des Akademischen Prüfungsamtes bestätigten diese Entwicklung für die Zahnmedizin und auch für die Medizin (Abb. 5.2-1). Der Frauenanteil in der Medizin entwickelte sich steigend von 22,3% im Wintersemester 1978/79 bis auf 44,1% im Wintersemester 2003/04. In der Zahnmedizin gab es dabei größere Schwankungen als in der Medizin. Das Wintersemester 1990/91 ist auch in dieser Darstellung mit einem Frauenanteil von 73,8% der zahnmedizinischen Doktoranden bemerkenswert. In Abb. 5.1-1 fiel dieses Semester schon wegen der hohen Anzahl an Promotionen auf.

Der steigende Frauenanteil ist eine Entwicklung, die nicht allein auf die medizinischen Studiengänge beschränkt war. Die Studierendenzahlen der Universität Düsseldorf von 1970 bis 2003 zeigten sowohl eine Erhöhung des Studierendenaufkommens insgesamt, als auch der

<sup>165</sup> Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2003 für die BRD

weiblichen Studenten (Abb. 5.2-2). Im Sommersemester 1970 betrug der Frauenanteil in Düsseldorf 24,6% und stieg bis zum Wintersemester 2003/04 auf 55,6% an. Das Wintersemester 2001/02 stach mit einem Frauenanteil von 87,8% heraus.



**Abb. 5.2-2: Studierendenzahlen und Frauenanteil an der Universität Düsseldorf.**  
Quelle: Daten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen

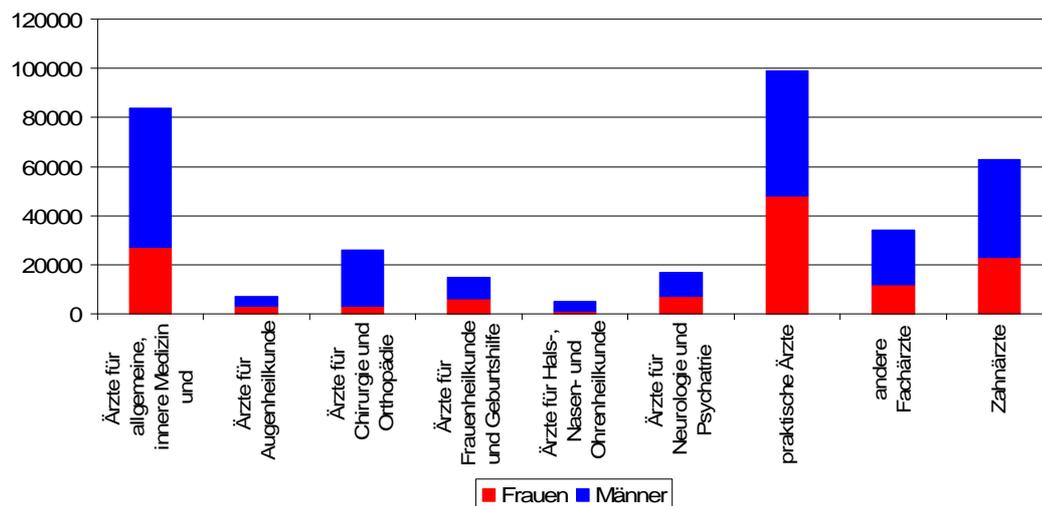
Der Anstieg der Studierendenzahlen wurde als Konsequenz der staatlichen Bildungswerbung in den 60er Jahren gedeutet<sup>166</sup>. Der gleichzeitige Anstieg des Frauenanteils konnte in verschiedenen Ländern Europas (Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich) festgestellt werden. Die Einführung von Gesetzen zur Regelung der Frauenquoten trieb diese Entwicklung voran<sup>167</sup>.

Bei der Betrachtung des Frauenanteils in verschiedenen ärztlichen Berufen waren sehr große Unterschiede festzustellen (Abb. 5.2-3). Mit 48,5% waren Frauen unter den praktischen Ärzten am häufigsten vertreten. In den Bereichen Psychiatrie und Gynäkologie lag der Frauenanteil um 40,0%. Bei den Zahnärzten betrug der Frauenanteil 36,5%. In dem Bereich allge-

<sup>166</sup> Barkowski D: Vorhersage von Studien- und Berufserfolg bei Zahnmedizinern. Profil; München; (1986) 9f

<sup>167</sup> Bronner a. a. O., S. 36f

meine, innere Medizin und Kinderheilkunde waren Frauen mit 32,1% vertreten. Sehr gering waren die Frauenanteile in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde mit 20,0% und in Chirurgie und Orthopädie mit 11,5%.



**Abb. 5.2-3: Männer und Frauen in ärztlichen Berufen in Deutschland im Jahr 2000.**  
Quelle: Daten des Bundesministeriums für Gesundheit

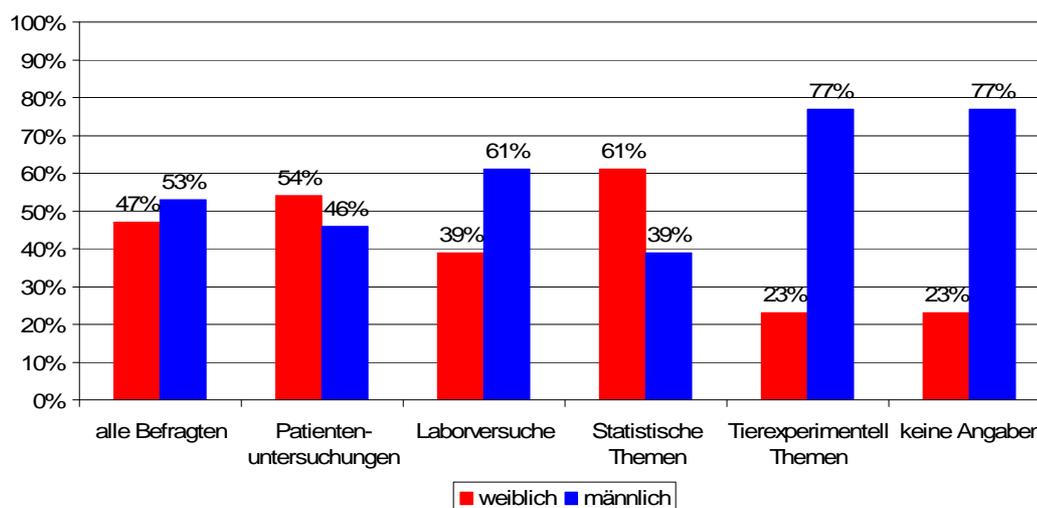
Schon in früheren Zeiten gab die ungleiche Verteilung von Ärztinnen Anlass für Erklärungsversuche. Historisch betrachtet war das gesellschaftliche Frauenbild fast identisch mit der Rolle der Mutter in der Familie. Zu diesem Frauenbild passte der Beruf der Kinderärztin weitaus besser, als der der Chirurgin. Moralisch schien es für Frauen unangemessen, Männer zu behandeln, so dass ein Selbstverständnis als „weibliche Ärztin für weibliche Patienten“ geprägt wurde. Mit dieser Ideologie war die Rolle der Gynäkologin perfekt vereinbar, da die Behandlung von Männern vermieden wurde. Wohl aus diesen Gründen waren drei Viertel der approbierten Ärztinnen am Anfang des 20. Jahrhunderts in diesen beiden Bereichen der Medizin tätig<sup>168</sup>.

<sup>168</sup> Bronner A: Die berufliche Situation von Ärztinnen in sogenannten Männer- und Frauenfächern der Medizin. Medizinische Dissertation, Freie Universität Berlin; (1999) 14

Diese moralisch-ideologischen Anschauungen bilden einen wichtigen historischen Hintergrund, haben aber in den letzten 100 Jahren an Bedeutung verloren und können nicht als alleinige Erklärung für heutige Verhältnisse gelten. Ein anderer Interpretationsansatz macht geschlechtsbezogene Charaktereigenschaften für die Berufswahl verantwortlich. Männern wird eine Präferenz von Fächern mit erhöhtem Maß an technischen Geräten unterstellt (Chirurgie, Neurochirurgie, Orthopädie, Urologie), während Frauen eher Berufe mit hoher Patienteninteraktion vorzögen (Anästhesie, Gynäkologie, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie)<sup>169</sup>. Wendet man diese Theorie auf die vorliegende Untersuchung bezüglich der Studienarten an, so hätten Frauen folgerichtig vermehrt klinische Studien und Männer vermehrt Experimentalstudien durchgeführt haben müssen. So verhielt es sich tatsächlich in einer Studie aus dem Jahr 2003 bei Promovierenden an der Medizinischen Hochschule Hannover (siehe Abb. 5.2-4). Für Düsseldorf bestätigte sich dieses Geschlechterverhältnis in den Studienarten jedoch nicht. In Abb. 4.6-2 konnte gezeigt werden, dass der Frauenanteil in den verschiedenen Studienarten nahezu identisch war. Bei den Literaturstudien war der Frauenanteil geringfügig höher als bei den anderen Studienarten.

---

<sup>169</sup> Bronner a. a. O., S. 40f



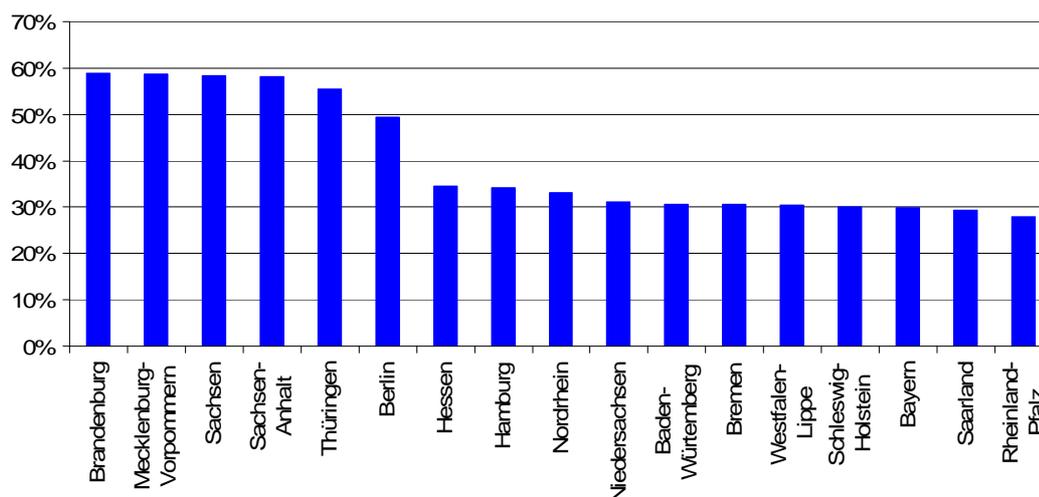
**Abb. 5.2-4: Art der Doktorarbeit in Abhängigkeit vom Geschlecht.**

**Quelle: Wehrauch M, Strate J, Pabst R: Die medizinische Dissertation – kein Auslaufmodell. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128:2584**

Übereinstimmungen mit den o. g. „Männer- und Frauenfächern“ ergaben sich bei den Promotionsfächern. In Abb. 4.2-4 wurde der Frauenanteil an den Promotionen in den verschiedenen Abteilungen im Vergleich zur Gesamtfrauenquote aller Promovenden beurteilt. Die Abteilungen Anästhesiologie, Pädiatrie und Gynäkologie erwiesen sich auch in der vorliegenden Untersuchung als „Frauenfächer“. Als „Männerfach“ bestätigte sich ausschließlich die Urologie. In der Orthopädie promovierten überdurchschnittlich viele Frauen, was der Kategorisierung als „Männerfach“ widersprach. Der geringe Frauenanteil in der Medizinischen Psychologie entsprach dagegen nicht der Einteilung als „Frauenfach“. Die den Männern zugesprochene Chirurgie erwies sich mit einem Frauenanteil nahe der Gesamtfrauenquote als eher neutral. Bei der Auswahl der Promotionsabteilung mögen jedoch andere Kriterien ausschlaggebend sein als bei der Berufswahl. Während bei der Berufswahl auch die Karrierechancen und Vereinbarkeit mit einer etwaigen Familienplanung von Bedeutung sind, ist bei der Auswahl der Promotionsabteilung primär fachliches Interesse entscheidend. Dieses Interesse kann sich im Laufe der Zeit verändern, da es neue Spezialgebiete zu erschließen gibt und Arbeitsinhalte der einzelnen Fächer sich verändern<sup>170</sup>.

<sup>170</sup> Bronner a. a. O., S. 26

Auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind für den Frauenanteil in der Zahnmedizin bedeutsam. Abb. 5.2-5 zeigt die unterschiedlichen Frauenanteile in den Zahnärztekammerbereichen der alten und neuen Bundesländer im wiedervereinigten Deutschland im Jahr 2001. Im Gebiet der ehemaligen DDR war der Frauenanteil mit annähernd 60% fast doppelt so hoch wie im Gebiet der „alten Bundesrepublik“.



**Abb. 5.2-5: Frauenanteil der Zahnärzte in den Kammerbereichen im Jahr 2001.**  
Quelle: Daten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Die Karriere und damit auch die Promotion stehen bei Frauen stärker als bei Männern in Konkurrenz zu familiären Verpflichtungen. Frauen wählen daher öfter Berufe mit der Möglichkeit von Teilzeitarbeit und nehmen geringer bezahlte und weniger aussichtsreiche Anstellungen (z. B. bei Behörden) in Kauf<sup>171</sup>. In den höheren Karrierestufen waren Frauen in den Jahren 2000 – 2002 selten zu finden wie aus der Tabelle 5.2-1 hervorgeht. In Bezug auf die Promotion wurde 1998 in einer Befragung von Medizinstudenten und medizinischen Doktoranden herausgefunden, dass Frauen mit Kindern häufiger auf die Promotion verzichteten als Männer mit Kindern<sup>172</sup>. Doppelt so viele Frauen wie Männer brachen ihre Promotion ab<sup>173</sup>.

<sup>171</sup> Bronner a. a. O., S. 29

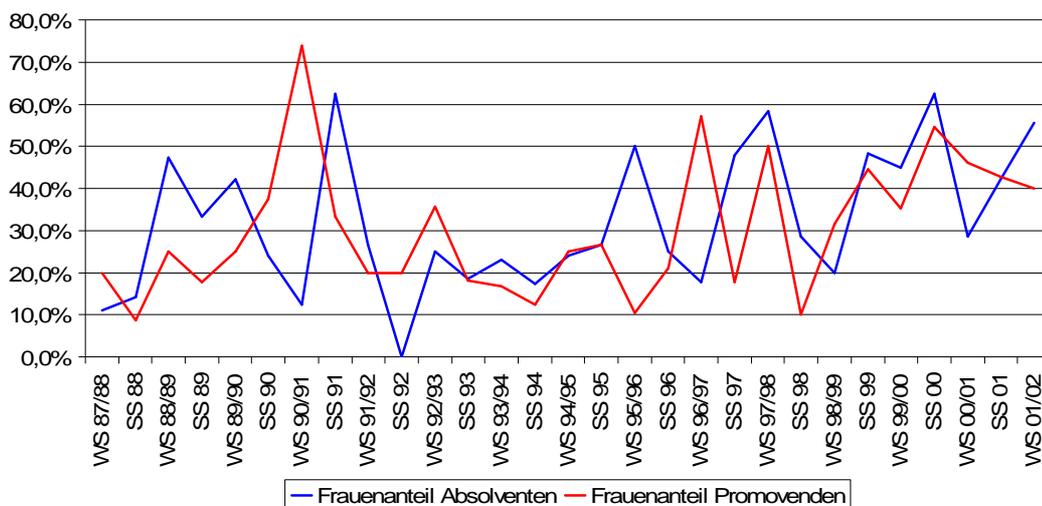
<sup>172</sup> Bergmeyer a. a. O., S.67

<sup>173</sup> Bergmeyer a. a. O., S.101

<b>Frauenanteile in verschiedenen Stadien der akademischen Laufbahn</b>			
<b>Gegenstand der Nachweisung</b>	<b>Frauenanteil in Prozent</b>		
	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Studienanfänger	49,2 %	49,4%	50,6%
Studierende	46,1 %	46,7%	47,4%
Absolventen	44,8 %	46,0%	47,0%
Promotionen	34,3 %	35,3%	36,4%
Habilitationen	18,4 %	17,2%	21,6%
Professoren	10,5 %	11,2%	11,9%
C4-Professoren	7,1 %	7,7%	8,0%
Bevölkerung insgesamt	51,2 %	51,2%	51,1%

**Tabelle 5.2-1: Frauen in der Karriere-Hierarchie**  
**Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, 2003**

Der prozentuale Anteil der Doktorandinnen in Deutschland allgemein (Tabelle 5.2-1) zeigte in den Jahren 2000 – 2002 eine steigende Tendenz. Bei den zahnmedizinischen Doktoranden in Düsseldorf war der Anteil der Frauen zwischen 2000 und 2002 dagegen rückläufig (Abb. 4.2-2). In den 90er Jahren hatte es einen Anstieg der Frauenquote gegeben, der aber im Wesentlichen der verringerten zahnmedizinischen Gesamtdoktorandenzahl zuzuschreiben war (Abb. 4.2-1), denn die durchschnittliche Doktorandinnenanzahl pro Jahr lag in den 90er Jahren mit 22,3 niedriger als in den 80er Jahren mit durchschnittlich 29,8 Doktorandinnen pro Jahr. Die zahnmedizinische Doktorandinnenanzahl unterlag in den 90er Jahren stärkeren Schwankungen, nachdem sie sich in den 60er, 70er und 80er Jahren relativ konstant gehalten hatte. Tabelle 5.2-1 zeigt eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Frauenanteil bei Absolventen (Jahr 2002: 47,0%) und Promovenden (Jahr 2002: 36,4%). Absolventinnen promovieren also seltener als ihre männlichen Kollegen. Dieses Missverhältnis steigert sich noch in den höheren Hierarchiestufen.



**Abb. 5.2-6: Frauenanteil bei Absolventen (blau) und Promovenden (rot) der Zahnmedizin in Düsseldorf.**

**Quelle: Promotionsdaten des Akademischen Prüfungsamtes Düsseldorf; Absolventendaten des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen**

Der Frauenanteil schwankte bei den zahnmedizinischen Absolventen und Promovenden in Düsseldorf zwischen 1988 und 2001 sehr stark (Abb. 5.2-6). Im Wintersemester 1990/91 lag der Frauenanteil der Promovenden beispielsweise bei 73,8% und schon ein Jahr später nur noch bei 20%. Im Mittel lag der Frauenanteil im dargestellten Zeitraum bei den Promovenden mit 30,2% leicht unter dem Frauenanteil der Absolventen von 32,3%.

### 5.3 Alter der Promovierenden

Nicht nur bei den zahnmedizinischen Doktoranden in Düsseldorf ist ein Altersanstieg zu verzeichnen, sondern ebenfalls in der Medizin und in anderen Wissenschaften. Das durchschnittliche Promotionsalter in Deutschland stieg zwischen 1993 und 2000 um 0,9 Jahre, in der Medizin erhöhte es sich um 0,8 Jahre. Im Jahr 2000 lag das durchschnittliche Promoti-

onsalter insgesamt bei 33 Jahren und in der Medizin bei 32 Jahren<sup>174</sup>. In den Sprach- und Kulturwissenschaften wurde die Promotion durchschnittlich erst mit 36,1 Jahren erlangt<sup>175</sup>. In Düsseldorf betrug das durchschnittliche Alter der zahnmedizinischen Promovierenden 31 Jahre im Jahr 2000, doch im Jahr 1999 und auch 2001 betrug es 34 Jahre. Ein Altersanstieg seit 1993 mit durchschnittlich 32 Jahren ist auch in Düsseldorf zu beobachten. Der Altersanstieg ist allerdings kein Phänomen eines bestimmten Zeitraumes, sondern vollzog sich bereits über den gesamten Untersuchungszeitraum (Abb. 4.3-1). Den kontinuierlichen Anstieg des Promotionsalters beurteilt der Wissenschaftsrat als einen kumulativen Effekt und empfiehlt, die Gründe im gesamten Bildungsvorlauf zu suchen:

- Alter bei Erwerb der Hochschulzugangsberechtigung,
- Zeitdauer bis zur Aufnahme des Studiums,
- Studiendauer,
- Zeitspanne bis zur Aufnahme der Arbeit an einer Promotion,
- Bearbeitungsdauer.<sup>176</sup>

Das Alter bei Erwerb der Hochschulzugangsberechtigung beträgt bei regulärem Absolvieren der schulischen Laufbahn 19 Jahre. Seit 1965 unterliegt das Zahnmedizinstudium Zulassungsbeschränkungen (siehe auch unter 5.10). Die Zeitdauer bis zur Aufnahme des Studiums kann durch Wartezeit auf einen Studienplatz verlängert sein. Die Studiendauer beträgt in der Zahnmedizin mindestens 10 Semester<sup>177</sup>. Die Arbeit an der Promotion kann schon während des Studiums begonnen werden. Über die durchschnittliche Bearbeitungsdauer liegen für die Zahnmedizin keine Daten vor, da bislang der Beginn der Arbeit nicht statistisch erfasst wird, sondern nur die Vollendung (siehe auch unter 5.11).

---

<sup>174</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 9

<sup>175</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 9

<sup>176</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 10

<sup>177</sup> Studienordnung für den Studiengang Zahnmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mit dem Abschluss Zahnärztliche Prüfung vom 08.01.2003; §4

## 5.4 Studium und Promotion im Nationalsozialismus

Die Nationalsozialisten griffen bald nach der Machtergreifung am 30. Januar 1933 in den Betrieb der Hochschulen ein. Die Verordnungen und Gesetze dienten dem Zweck, Ausländer, Juden, Kommunisten und Frauen von den Hochschulen zu entfernen und auch künftig fern zu halten. Schon ab April 1933 wurde bei der Immatrikulation ein „Ariernachweis“ verlangt. Das „Gesetz gegen die Überfüllung deutscher Schulen und Hochschulen“ legte ebenfalls im Jahr 1933 „Judenquoten“ fest. Demnach wurde der Anteil der jüdischen Studierenden auf 1,5% der neu immatrikulierten und 5% der Studierenden insgesamt im Deutschen Reich begrenzt. Dies war gleichbedeutend mit der sofortigen Sperrung des Studiengangs Medizin für jüdische Studierende, da ihr Anteil 1933 reichsweit 7,6% betrug<sup>178</sup>. In der Zahnheilkunde wurde die geforderte Quote spätestens im Wintersemester 1934/35 erreicht<sup>179</sup>. In Düsseldorf lag der Anteil von ausländischen und jüdischen Studierenden zwischen 1930 und 1937 mit 0,12 bis 1,63% besonders niedrig<sup>180</sup>. Zur Promotion wurden Juden ab Mai 1937 nicht mehr zugelassen<sup>181</sup> und im November 1938 wurden sie schließlich vollständig vom Studium ausgeschlossen<sup>182</sup>.

Ausländer konnten ab 1933 die medizinische oder zahnmedizinische Promotion nur unter Verzicht auf ihre Staatsangehörigkeit erlangen. Ab 1935 galt dies ebenfalls für ärztliche und zahnärztliche Prüfungen<sup>183</sup>. Dennoch gab es laut Promotionsbuch vier ausländische Doktoranden zwischen 1936 und 1940 (Abb. 4.9-2). Ein chilenischer Doktorand promovierte 1936, zwei polnische Doktoranden 1938 und ein weiterer polnischer Doktorand 1940. In den Jahren 1941 – 1948 gab es formal keine ausländischen Doktoranden, aber bei acht Doktoranden zwischen 1946 und 1948 wurde die Staatsangehörigkeit mit „unbekannt“ angegeben. Der historische Hintergrund lässt vermuten, dass es sich in der frühen Nachkriegszeit um staaten-

---

<sup>178</sup> Esch MG, Griese K, Sparing F, Woelk W: Die Medizinische Akademie Düsseldorf im Nationalsozialismus. Klartext; Essen; (1997) 104f

<sup>179</sup> Guggenbichler N: Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz. Mabuse; Frankfurt a. M.; (1988) 159

<sup>180</sup> Esch a. a. O., S. 105

<sup>181</sup> Guggenbichler a. a. O., S. 162

<sup>182</sup> Esch a. a. O., S. 105

<sup>183</sup> Guggenbichler a. a. O., S. 159ff

lose „Displaced Persons“ handelte, die als Zwangsarbeiter oder Flüchtlinge nach Deutschland gekommen waren<sup>184</sup>. Am schnellsten und striktesten wurden die „kommunistischen“ Studierenden von den Hochschulen verbannt, in dem sie schon im Juni 1933 vom Studium ausgeschlossen wurden<sup>185</sup>.

Der Anteil der studierenden Frauen wurde auf zehn Prozent beschränkt<sup>186</sup>. Diese Beschränkung war umso wirkungsvoller, da die Anzahl der männlichen Studenten durch Einberufung zur Wehrmacht zurückging. Der Verlauf der zahnmedizinischen Doktoranden und Doktorandinnen in Abb. 4.2-1 zeigte den Rückgang der männlichen Doktoranden zwischen 1939 und 1945 und die konstant niedrige Doktorandinnenanzahl. Als Konsequenz stieg der Frauenanteil auf über 40% (Abb. 4.2-2), obwohl die absolute Zahl der Doktorandinnen in diesem Zeitraum unter fünf pro Jahr lag.

In Düsseldorf gab es im Wintersemester 1934/35 noch 950 Medizinstudierende. Dies war eine so große Anzahl, dass Eintrittskarten für die Hörsäle ausgegeben werden mussten. Für das Wintersemester 1936/37 beschränkte das Wissenschaftsministerium die Studierendenzahl auf 650 und sperrte die Medizinische Akademie für Neuimmatrikulationen<sup>187</sup>. Der Zweite Weltkrieg begann am 01. September 1939, also in den Semesterferien. Das folgende Semester konnte nicht wie geplant am 02. November 1939 aufgenommen werden<sup>188</sup>. Stattdessen wurde der akademische Unterricht bis zum Sommersemester 1941 in Trimestern fortgesetzt. Das Sommersemester 1945 wurde nicht gelesen<sup>189</sup>.

---

<sup>184</sup> Vgl. Plassmann M: Ausländische Studierende an der Medizinischen Akademie Düsseldorf nach 1945. In: Plassmann M (Hrsg.): Bewahren und Gestalten. Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf; Düsseldorf; (2002) 39

<sup>185</sup> Guggenbichler a. a. O., S. 159

<sup>186</sup> Esch a. a. O., S. 105

<sup>187</sup> Esch a. a. O., S. 106

<sup>188</sup> Esch a. a. O., S. 305

<sup>189</sup> Schadewaldt H: Universität Düsseldorf. Länderdienst; Berlin; (1966) 110

## 5.5 Ausländische Studierende und Doktoranden in Düsseldorf

Im ersten Nachkriegssemester, dem Wintersemester 1945/46, wurden etwa 70 der bereits o. g. „Displaced Persons“ immatrikuliert. Diese stammten hauptsächlich aus Osteuropa und machten 10% der Studierenden aus. Ihr Anteil ging in den darauf folgenden Jahren schnell zurück und damit auch der Ausländeranteil insgesamt. Für den Wiederaufbau von politischen und wirtschaftlichen Verbindungen förderte die junge Bundesrepublik die Aufnahme ausländischer Studierenden an deutschen Hochschulen. In Düsseldorf „bemühte man sich aktiv“ um die ausländischen Studierenden und versuchte bürokratische Hürden abzubauen<sup>190</sup>. Während der Ausländeranteil an der Medizinischen Akademie in den 50er Jahren sehr gering war, gab es bei den zahnmedizinischen Doktoranden den höchsten Ausländeranteil aller Zeiten (Abb. 4.9-2). Insgesamt 134 schweizerische Zahnmediziner, von denen die meisten (127) nicht in Düsseldorf studiert hatten, promovierten hauptsächlich zwischen 1951 und 1965 in verschiedenen Abteilungen der Medizinischen Akademie (Abb. 4.9-3).

In den 60er Jahren wuchs der Anteil an ausländischen Studierenden an der Medizinischen Akademie auf 15-20% an, die besonders häufig aus arabischen Ländern und dem Iran stammten. Lediglich in der Zahnmedizin sank der Ausländeranteil unter den Studierenden<sup>191</sup>, doch auch bei den zahnmedizinischen Doktoranden fanden sich in den 60er und 70er Jahren häufiger iranische Staatsangehörige, insgesamt waren es 14 (Abb. 4.9-4). Die Anzahl zahnmedizinischer Doktoranden mit ausländischer Staatsangehörigkeit nahm in den 80er Jahren weiter ab. In den 90er Jahren traten ausländische Doktoranden nur noch vereinzelt auf.

Die Gründe für den geringen Anteil ausländischer Promovierender in Deutschland formulierte der Wissenschaftsrat wie folgt:

- Bedeutungsverlust der deutschen Sprache als Wissenschaftssprache,

---

<sup>190</sup> Plassmann a. a. O., S.39ff

<sup>191</sup> Plassmann a. a. O., S.41f

- restriktive arbeits- und aufenthaltsrechtlichen Regelungen,
- fehlende Kompatibilität mit dem angelsächsischen System,
- fehlende international orientierte Ausschreibungen und
- intransparente Rekrutierungsverfahren.

Dennoch bestünde im Ausland durchaus Interesse an einer Promotion in Deutschland, da die deutsche Wissenschaft nach wie vor einen guten Ruf genieße und in Deutschland auf hohe Promotionsgebühren, wie sie beispielsweise in den USA üblich seien, verzichtet werde. Positive Entwicklungen seien aber bereits angestrengt durch die Verbesserung der aufenthaltsrechtlichen Bedingungen, Rekrutierungsprogramme des Bundes zur Gewinnung ausländischer Nachwuchskräfte und eine Vielzahl von Stipendien.<sup>192</sup>

## 5.6 Studienorte der Doktoranden

Seit den 70er Jahren überwog der Anteil der Doktoranden, die ihr gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert haben. Dies liegt einerseits an der Einrichtung des vorklinischen Institutes im Jahr 1965 und der Umwandlung der Medizinischen Akademie, die als Fortbildungsstätte anerkannt war, in eine Universität, die der Ausbildung von Studenten diene und eigenen wissenschaftlichen Nachwuchs hervorbrachte. Auch an anderen Universitäten ist es der Fall, dass die Mehrheit der jungen Mediziner zur Promotion an ihrem ehemaligen Studienort bleibt. Der Wissenschaftsrat sieht die Gründe darin, dass Hochschullehrer versuchten, „ihre besten Absolventen zu halten“, aber auch darin, dass „wettbewerbliche Verfahren“ bei der Vergabe von Promotionsstellen nicht zum Einsatz gelangten, so dass die Betreuungsbeziehung zwischen Student und Hochschullehrer letztlich für die Vergabe einer Promotionsstelle ausschlaggebend sei.<sup>193</sup>

---

<sup>192</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 34f

## 5.7 Der Beitrag der Dissertationen für die Wissenschaft

Wie sich in der Vergangenheit zeigte, stehen die Themen und Ergebnisse der Dissertationen in enger Wechselbeziehung zum Fortschritt in der Wissenschaft. Die neuartigen diagnostischen Verfahren und Apparate, die Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelt wurden (Augenspiegel 1850, Thermometer 1850, Erythrozytenzählung 1852) fanden rege Anwendung in Promotionsarbeiten. Dadurch differenzierten sich die Themen der Dissertationen. Die älteren Doktorarbeiten hatten eher allgemeine Themen, während die neueren sich begünstigt durch neue Methoden mit spezielleren Fragestellungen auseinandersetzten. Diese Themendifferenzierung bewirkte wiederum die Erforschung und Etablierung neuer Spezialgebiete in der Medizin. Der Wechsel der Dissertationssprache vom Lateinischen zum Deutschen im Jahr 1867 begünstigte die Forschungsfreudigkeit zusätzlich<sup>194</sup>.

Eine Studie, die sich mit Dissertationen zahnmedizinischer Thematik vor der Einführung des „Dr. med. dent.“ an der Universität Berlin befasste, stellte fest, dass die zahnmedizinischen Themen zwischen 1884 und 1920 fast ausschließlich von Zahnärzten behandelt wurden. „Hierin zeichnet sich die Entwicklung der Zahnmedizin als eigenständiges, von der Allgemeinmedizin unabhängiges Fach ab“<sup>195</sup>. Bis zu den 60er Jahren war es auch in Düsseldorf der Fall, dass in den zahnmedizinischen Doktorarbeiten zahnmedizinische Themen überwogen. In den 60er Jahren vollzog sich jedoch eine deutliche Trendwende. Seitdem überwogen die zahnmedizinischen Doktorarbeiten, die in anderen Abteilungen als denen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erstellt wurden (Abb. 4.5-2). Die Etablierung der Zahnmedizin als Fach war irreversibel vollzogen, so dass die bis dahin betonte Abgrenzung gegenüber anderen Fächern nicht mehr aufrechterhalten werden musste. Vielmehr galt es nach der Beendigung des Dentisten-Dualismus, den medizinischen Charakter der Zahnheilkunde herauszu-

---

<sup>193</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 12

<sup>194</sup> Münstermann a. a. O., S.110

<sup>195</sup> Münstermann a. a. O., S.127

stellen. Die Forschungsaktivitäten in den verschiedenen medizinischen Disziplinen sprechen für das Selbstverständnis der Zahnärzte als Mediziner.

Die Zahnmedizin befand sich in der Vergangenheit und befindet sich teilweise auch heute noch auf einem schmalen Grad zwischen der Vereinnahmung durch andere medizinische Fachgebiete und der Verbannung von den Universitäten. Im Jahr 2002 befassten sich politische Überlegungen erneut mit einer Verlagerung des Zahnmedizinstudiums an die Fachhochschulen: „Wenn sich die Forschungstätigkeit in den zahnmedizinischen Polikliniken ausschließlich auf ausgewählte angewandte Fragestellungen konzentriert, ist eine solche Überlegung an sich berechtigt. Die Studiengänge an Fachhochschulen zeichnen sich durch eben diese Profilsetzungen aus.“<sup>196</sup> Die vorliegende Studie beweist, dass sich die Forschungstätigkeit der Zahnmediziner durchaus nicht ausschließlich auf „angewandte Fragestellungen konzentriert“, womit wohl die in dieser Untersuchung als Experimentalstudien bezeichneten Forschungsarbeiten gemeint sind. Seit 1995 gingen Experimental- und Literaturstudien (Abb. 4.6-6 und Abb. 4.6-8) zugunsten der klinischen Studien (Abb. 4.6-4) stark zurück. Mit 27,5% entstanden die meisten klinischen Studien in der „Kiefer- und Gesichtschirurgie“ und auch die prothetische und die konservierende Abteilung befanden sich unter den fünf Abteilungen mit den meisten klinischen Studien (Abb. 4.6-3).

Politische Äußerungen der oben zitierten Art erwecken den Anschein, dass die zahnärztliche Tätigkeit auf konservierende und prothetische Maßnahmen reduziert sei und dass Materialien und Techniken zur Füllungs- und Prothesenherstellung im Zentrum der Forschungstätigkeit stünden. Doch das Gegenteil ist der Fall. Die Forschungstätigkeit der Zahnmediziner bleibt nicht auf den zahnmedizinischen Bereich beschränkt, sondern umfasst auch Gebiete der Allgemeinmedizin, die mit der Zahnprothesenherstellung gar nichts zu tun haben (siehe Abb. 4.5-5). Seit dem Jahr 1979 entstanden jährlich mehr zahnmedizinische Dissertationen in medizinischen Abteilungen als in zahnmedizinischen (Abb. 4.5-2), was die Verbundenheit von Zahnmedizin und Medizin und die Gleichwertigkeit der Dissertationen beweist. Das Zitat verdeutlicht ferner den hohen Stellenwert der Forschungstätigkeit, die darüber ent-

---

<sup>196</sup> Schipanski D (Thüringer Ministerin für Wissenschaft, Forschung und Kunst; CDU) in einem Interview anlässlich des 6. Thüringer Zahnärztetages am 22./23. Nov. 2002 in Erfurt. Thüringer Zahnärzteblatt 11/2002, S.7

scheidet, ob ein Fach an einer Universität gelehrt wird. Diese schon historische Diskussion über ihre Wissenschaftlichkeit haftet der Zahnmedizin offensichtlich immer noch an, obwohl der wissenschaftliche Nutzen der zahnmedizinischen Dissertationen sowohl für die Zahnmedizin als auch für die Medizin unbestreitbar ist. Diese Untersuchung untermauert die Forschungstätigkeit mit konkreten Daten und bildet ein starkes Argument für die Wissenschaftlichkeit der Zahnmedizin.

In Düsseldorf wurde die größte Anzahl von zahnmedizinischen Dissertationen in den ersten 15 Jahren nach Ende des Zweiten Weltkrieges in der Abteilung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erstellt (Abb. 4.5-3). Erneut zeigte sich der Zusammenhang der Promotionen mit einem neuen wissenschaftlichen Spezialgebiet, diesmal der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Der Gründer der Westdeutschen Kieferklinik, Prof. Dr. med. dent. h. c. Christian Bruhn, hatte sich stets leidenschaftlich für die Kieferheilkunde als Spezialgebiet eingesetzt. In seiner Klinik hatte er als Zahnarzt in Zusammenarbeit mit Chirurgen wie August Lindemann unter anderem die Kieferverletzten des Ersten Weltkrieges behandelt. An seiner Forderung, die Kieferheilkunde sei als medizinisches Sonderfach zu etablieren, scheiterte der erste Versuch der Angliederung der Westdeutschen Kieferklinik an die Akademie für praktische Medizin im Jahr 1918<sup>197</sup>. Mit seiner Forderung stand Bruhn nicht allein. In Breslau verfolgte Partsch dasselbe Ziel<sup>198</sup>. Durch die Erfolge des Teams aus Chirurg und Zahnarzt bei der Behandlung von Verletzungen, Erkrankungen und Anomalien der Kiefer gelangte Bruhn zu der Überzeugung, dass die Zukunft einen Mund- und Kieferarzt brauchte, der zugleich Arzt und Zahnarzt in einer Person war<sup>199</sup>. Die nationalsozialistischen Machthaber förderten später Chirurgie und Prothetik als „kriegswichtige Disziplinen“<sup>200</sup> und auch die Entwicklung der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie<sup>201</sup>.

In dem neuen Spezialgebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sammelten die Ärzte erste Erfahrungen während und nach dem Ersten Weltkrieg. Eine Zusammenfassung von

---

<sup>197</sup> Mayer a. a. O., S.25

<sup>198</sup> Bruhn C: Die Westdeutsche Kieferklinik und ihre Wirksamkeit. Düsseldorf; (1922) 6

<sup>199</sup> Bruhn C: Gedanken über Sinn und Notwendigkeit der stomatologischen Spezialisierung. Dtsch Med Wochenschr (1932), 58 (17): 668

<sup>200</sup> Abendroth W: Universitäten im Faschismus. In: Kirchhoff W (Hrsg.): Zahnmedizin und Faschismus; Arbeiterbewegung und Gesellschaftswissenschaft; Marburg; (1987) 83

Behandlungsmethoden und Erfolge lag noch nicht vor. Es musste herausgefunden werden, inwieweit sich Erkenntnisse aus der allgemeinen Chirurgie und der Gesamtmedizin auf dieses Spezialgebiet übertragen ließen oder wie sie umgewandelt werden mussten<sup>202</sup>. Für Doktoranden bot die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie also ein weites Betätigungsfeld. Lindemann bescheinigte 1953, dass in der Nachkriegszeit fleißig gearbeitet worden sei, was hervorginge aus der Tatsache, „daß fast 200 Promotionsarbeiten von Studierenden der Medizin und Zahnheilkunde fertiggestellt wurden und fast 100 wissenschaftliche Arbeiten größeren und kleineren Umfanges aus der Klinik hervorgingen“<sup>203</sup>. 1953 wurde eine kieferchirurgische Abteilung mit 90 Betten eingerichtet und 1960 erfolgte die Teilung der Westdeutschen Kieferklinik in eine Poliklinik und Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und eine Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie<sup>204</sup>. Ab 1960 ging die Anzahl der Dissertationen jedoch stark zurück. Eine jährliche Anzahl von 5 Dissertationen wurde nicht mehr überschritten, im Jahr 1952 hatte es dagegen 70 Dissertationen gegeben (Abb. 4.5-3).

## 5.8 Unvollendet abgebrochene Doktorarbeiten

In der vorliegenden Untersuchung wurden Dissertationen betrachtet, die nach ihrer Vollen- dung zur Promotion des Verfassers führten und zur Veröffentlichung gelangten. Doch viele Dissertationen, die von Doktoranden begonnen werden, erreichen nicht dieses Stadium, sondern werden vorher abgebrochen. Die Abbruchquote ist schwierig zu bestimmen, denn erst mit der Einreichung zum Promotionsverfahren wird die Dissertation erstmalig offiziell er- fasst. Eine Studie aus dem Jahr 1998 untersuchte die Abbrüche medizinischer Doktorarbei- ten des Fachbereiches Medizin der Philipps-Universität Marburg anhand einer Befragung von Studierenden und Anleitern. In dieser Studie betrug die Abbruchquote bei der ersten Doktorarbeit 24%. Nach Abbruch der ersten Doktorarbeit begann mit 89% der größte Anteil

---

<sup>201</sup> Jonczyk a. a. O., S.64

<sup>202</sup> Gerke J: Die Chronik der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf. Düsseldorf; (1953) 15

<sup>203</sup> Lindemann A: Von der Entwicklung und Bedeutung der Westdeutschen Kieferklinik. Zahnärztl Welt (1953), 8 (17): 411

<sup>204</sup> Schadewaldt H: Universität Düsseldorf. Länderdienst; Berlin; (1966) 159

der Kandidaten eine zweite Doktorarbeit. Bei der zweiten Doktorarbeit betrug der Anteil der Abbrüche 2,6%<sup>205</sup>.

Die Abbruchhäufigkeit war in den verschiedenen Arbeitsphasen unterschiedlich. 38,9% der Arbeiten wurden in der Vorbereitungsphase abgebrochen. Über die Hälfte der abgebrochenen Arbeiten befand sich in der experimentellen bzw. empirischen Phase (52,8%). In fortgeschritteneren Arbeitsphasen wurden dagegen kaum noch Doktorarbeiten abgebrochen. 8,3% der abgebrochenen Arbeiten in Marburg befanden sich in der Auswertungsphase. Keine der Arbeiten wurde in der Phase des Schreibens abgebrochen<sup>206</sup>. Durchschnittlich betrug der Bearbeitungszeitraum bis zum Abbruch 1-2 Semester<sup>207</sup>. Eine zweite Doktorarbeit wurde durchschnittlich zwei Semester nach der ersten begonnen<sup>208</sup>.

Die o. g. Studie bezog sich ausschließlich auf Doktorarbeiten von medizinischen Doktoranden, die sich im Studium befanden. Die Autorin schätzt die Abbruchquote nach Beendigung des Studiums noch wesentlich höher ein als während des Studiums. Die Doktoranden sind nach dem Ende des Studiums für Studien schwierig zu erreichen, daher kann die Gesamtprozentzahl abgebrochener Doktorarbeiten nur geschätzt werden. Die Autorin der Marburger Studie schätzt die Gesamtabbruchquote deutlich oberhalb von 24% ein. Das bedeutet, dass mindestens jede vierte Doktorarbeit abgebrochen wird. Vor diesem Hintergrund müssen die 1985 in Düsseldorf erstellten zahnmedizinischen Doktorarbeiten betrachtet werden. Die Studie aus dem Jahr 1998 bildet eine Momentaufnahme und die erhaltene Abbruchquote kann nicht auf den gesamten Untersuchungszeitraum von 68 Jahren der vorliegenden Studie angewendet werden. Dennoch wird deutlich, dass weitaus mehr Doktorarbeiten begonnen werden als zum offiziellen Promotionsverfahren eingereicht werden.

In der Marburger Studie wurde eine ähnliche Einteilung der Studienarten vorgenommen wie in der vorliegenden Untersuchung. Vier verschiedene Arten wissenschaftlicher Fragestellungen wurden unterschieden. „Experimentelle Fragestellungen“ bezeichneten Doktorarbeiten

---

<sup>205</sup> Bergmeyer a. a. O., S.50

<sup>206</sup> Bergmeyer a. a. O., S. 55f

<sup>207</sup> Bergmeyer a. a. O., S. 90

<sup>208</sup> Bergmeyer a. a. O., S. 69

mit naturwissenschaftlicher Orientierung, die im Labor durchgeführt wurden. „Klinische Studien“ befassten sich mit der Untersuchung von Patienten und der Auswertung von Krankenakten. „Empirische Studien“ basierten auf Fragebögen und Interviews, während „Literaturstudien“ die reine Literaturlauswertung umfassten<sup>209</sup>. Die genannte Einteilung unterscheidet sich von der der vorliegenden Untersuchung. Während die Definition der „Experimentalstudien“ übereinstimmt, wurden hier ausschließlich Studien am lebenden Patienten als „Klinische Studien“ bezeichnet. Die Auswertungen von Krankenakten wurden ebenfalls wie Fragebogen- und Interviewuntersuchungen als „Literaturstudien“ eingestuft. Zusätzlich zu der Einteilung der Vergleichsuntersuchung wurde die Studienart „Tierversuchsstudie“ an lebenden Tieren unterschieden. Die Marburger Studie kommt ohne die Rubrik „unklar“ aus, da die Doktoranden in einer Fragebogenaktion die Zuordnung ihrer Arbeit selbst vornahmen.

Es stellte sich heraus, dass 54% der Doktoranden bei ihrer ersten Doktorarbeit eine „Experimentelle Fragestellung“ wählten. „Experimentelle“ und „Empirische“ Arbeiten wurden in Marburg etwas häufiger abgebrochen als „Klinische Studien“<sup>210</sup>. Die „Klinischen Studien“ dominierten bei den eingereichten Arbeiten in Düsseldorf mit 47% (Abb. 4.6-1). Die vorliegende Untersuchung kann keine Aussage darüber treffen, ob die eingereichte Dissertation die erste, zweite oder dritte begonnene Arbeit eines Doktoranden ist. Bei dem Vergleich verschiedener Hochschulen sind die jeweils spezifischen Bedingungen zu berücksichtigen. In Düsseldorf nahm die Entwicklung der Kiefer- und Gesichtschirurgie Einfluss auf das Promotionsverhalten. In dieser Abteilung entstanden allein 27,5% der klinischen Studien (Abb. 4.6-3).

---

<sup>209</sup> Bergmeyer a. a. O., S. 53

<sup>210</sup> Bergmeyer a. a. O., S. 54

## 5.9 Kritische Betrachtung der Ergebnisse bezüglich Aussagefähigkeit und Fehlerquellen

Die Zuordnung der Dissertationen zu Studienarten erfolgte durch die Angaben im Titel der Dissertationen. Wenn der Titel keine Zuordnung zuließ, wurde die Arbeit als „Studienart unklar“ eingestuft. Von insgesamt 1985 Dissertationen wurden 1275 einer bestimmten Studienart zugeordnet. Die nicht zu geordneten 714 Dissertationen machten einen Anteil von 35,8% aus. Etwas mehr als ein Drittel der Dissertationen blieb also bei der Analyse der Studienartenverteilung unberücksichtigt. Die Zuordnung über Angaben im Titel kann als weitgehend zuverlässig angesehen werden. Der hohe Anteil nicht zugeordneter Dissertationen entstand, weil im Zweifelsfall Dissertationen als „unklar“ eingeordnet wurden, um die Verteilung nicht durch falsche Zuordnung zu verzerren.

Für die Datenerhebung der Jahre 1935 und 1936 wurden die Bestände an medizinischen und zahnmedizinischen Dissertationen der Medizinischen Abteilung der Universitäts- und Landesbibliothek durchsucht. Möglicherweise könnten Dissertationsschriften in der Zwischenzeit verloren gegangen sein, so dass die Aufzeichnungen letztlich unvollständig wären. In den Jahren 1937 und 1938 wurden Zahnmediziner in den Promotionsbüchern mit einem „Z“ in Bleistiftschrift gekennzeichnet. Es ist nicht mehr nachvollziehbar, ob diese Kennzeichnung zeitgleich bei der Eintragung der Kandidaten oder nachträglich zu einem späteren Zeitpunkt vorgenommen wurde. Bei dem Vergleich der Promotionsbucheinträge mit dem Bestand der Medizinischen Abteilung wurde festgestellt, dass sieben Dissertationen nicht aufzufinden waren. Bei den übrigen Dissertationen bestätigte sich die Bezeichnung als zahnmedizinische Dissertationen. Deshalb erschien es sinnvoll, auch jene sieben Arbeiten in die Datenbank aufzunehmen, obwohl die Dissertationsschriften nicht zur faktischen Bestätigung verfügbar waren. Alle sieben Dissertationsthemen waren zahnmedizinischer Art.

Von 1939 bis 1943 waren zahnmedizinische Dissertationen im Promotionsbuch durch ein „Z“ in Tinte geschrieben gekennzeichnet. Aus diesem Zeitraum waren zehn Dissertationsschriften in der Bibliothek nicht verfügbar. Die Themen waren ebenfalls zahnmedizinisch.

Auch diese Dissertationen wurden in die Auswertungen einbezogen. Bei der Durchsicht der zahnmedizinischen und medizinischen Dissertationsschriften wurden keine zusätzlichen zahnmedizinischen Dissertationen gefunden, die nicht im Promotionsbuch aufgeführt und gekennzeichnet waren. Es ist daher anzunehmen, dass die Promotionsbücher vollständige Aufzählungen bieten.

Um Fehler bei der Dateneingabe aufzuspüren und zu korrigieren, wurden Kontrollmechanismen in das Datenbankprogramm integriert. Diese Kontrollmechanismen wurden im Kapitel Material und Methoden unter 3.3 näher erläutert.

## **5.10 Der Zugang zum Zahnmedizinstudium**

Im Jahr 1788 führte Preußen als erstes deutsches Land das Abitur als schulische Reifeprüfung ein. 1812 wurden das Prüfungsverfahren und die Prüfungsanforderungen vereinheitlicht und die Schulen, welche die Reifeprüfung abnehmen durften, wurden als Gymnasien bezeichnet. Die Gymnasien hatten eigene dreijährige Vorschulen. Für den Zugang zu den Universitäten wurde das Abitur 1834 notwendige Voraussetzung. 1920 wurden die Vorschulen ersetzt durch eine einheitliche vierjährige Grundschule. Es entwickelten sich verschiedene Formen des Gymnasiums mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Die Nationalsozialisten beendeten die Vielfalt der Schultypen, indem sie vier neue Schulformen definierten. Es gab die Oberschule für Mädchen mit einem hauswirtschaftlichen und einem sprachlichen Zweig in der Oberstufe, die Oberschule für Jungen mit einem sprachlichen und einem mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig in der Oberstufe, das humanistische Gymnasium für Jungen und die Aufbauschulen. In der Zeit des Nationalsozialismus wurden jedoch Zulassungsbeschränkungen für verschiedene Bevölkerungsgruppen erlassen, so dass das Abitur nicht mehr allein die Berechtigung zum Hochschulstudium bildete. Nach der Gründung der Bundesrepublik bildeten sich erneut verschiedene Schultypen aus. Zur Vereinheitlichung und zur besseren Vorbereitung der Schüler auf ein Universitäts-Studium wurde 1972 die

gymnasiale Oberstufe reformiert und ein Kurssystem mit Wahl- und Pflichtbereichen eingeführt.<sup>211</sup>

Die Zulassung zum Studium wurde seit den 60er Jahren staatlich geregelt. Infolge der Bildungswerbung Anfang der 60er Jahre stieg die Nachfrage nach höheren Bildungsabschlüssen. Die Möglichkeiten, eine Hochschulzulassungsberechtigung zu erwerben, wurden erweitert<sup>212</sup>. Die Zahl der Gymnasiasten und Abiturienten nahm so schnell zu, dass der Ausbau der Hochschulen nicht mit der steigenden Nachfrage nach Studienplätzen Schritt halten konnte<sup>213</sup>. Die demographische Entwicklung und die Zunahme der Studiendauer verstärkten die Überfüllung der Hochschulen<sup>214</sup>. Seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges war die Regelung der Zulassung zum Studium der Autonomie der Hochschulen überlassen worden, die einen Numerus Clausus für besonders gefragte Fächer mit knappen Ausbildungskapazitäten eingeführt hatten, obwohl die rechtliche Grundlage dafür noch fehlte<sup>215</sup>. Die Zulassungsbedingungen waren an den einzelnen Hochschulen sehr unterschiedlich.

In den Studiengängen Medizin und Zahnmedizin war das Verhältnis von Bewerbern zu Studienplätzen besonders ungünstig. Um die vorhandenen Ausbildungskapazitäten optimal auszunutzen und die Zulassungsbedingungen zu vereinheitlichen, wurde die Zulassung zuerst für diese beiden Studiengänge staatlich geregelt. 1965 richtete die Westdeutsche Rektorenkonferenz in Bonn die „Zentrale Registrierstelle für die Zulassung zum Studium der Medizin und Zahnmedizin“ ein<sup>216</sup>. Ab 1967 kamen andere Fächer hinzu, wie Architektur, Biologie, Chemie, Pharmazie, Psychologie und Tiermedizin. Das Bundesverfassungsgericht erklärte in einem Urteil vom 18. Juli 1972<sup>217</sup>, dass auf der Grundlage von Art. 12 GG<sup>218</sup> jeder hoch-

---

<sup>211</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Reform des Hochschulzugangs. Berlin; (2004), 64ff

<sup>212</sup> Barkowski D: Vorhersage von Studien- und Berufserfolg bei Zahnmedizinern. Profil; München; (1986), 9

<sup>213</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Reform des Hochschulzugangs. Berlin; (2004), 68

<sup>214</sup> Barkowski D: Vorhersage von Studien- und Berufserfolg bei Zahnmedizinern. Profil; München; (1986), 10

<sup>215</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Reform des Hochschulzugangs. Berlin; (2004), 68

<sup>216</sup> Barkowski D: Vorhersage von Studien- und Berufserfolg bei Zahnmedizinern. Profil; München; (1986), 10

<sup>217</sup> BVerfGE 33, 303 (1972)

<sup>218</sup> Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Art.12:

(1) Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden. [...]

schulreife Staatsbürger Anspruch auf Zutritt zu einer staatlichen Bildungseinrichtung seiner Wahl habe<sup>219</sup>. Die Verteilung der Studienplätze aufgrund der Durchschnittsabiturnote mit einer Numerus-clausus-Regelung erklärte das Bundesverfassungsgericht für verfassungsgemäß. Die Bundesländer schlossen im Oktober 1972 den „Staatsvertrag über die Vergabe von Studienplätzen“ und so wurde 1973 die „Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen“ (ZVS) in Dortmund gegründet<sup>220</sup>.

Der Zulassungsmodus für die medizinischen Studiengänge wurde 1976 erneut geändert. Mit dem Hochschulrahmengesetz vom 26.01.1976 wurde das „besondere Auswahlverfahren“ eingeführt, in dem fachbezogene Fähigkeiten der Bewerber ermittelt wurden, die bei der Studienplatzvergabe gewichtet wurden, so dass die Durchschnittsabiturnote nicht mehr alleiniges Zulassungskriterium war. Das Bundesverfassungsgericht entschied am 08.02.1977 ebenfalls, dass ein anderes Auswahlverfahren einzuführen sei, da die Wartezeiten für zulassungsbeschränkte Studiengänge durch den anhaltenden Bewerberüberhang unzumutbar hoch geworden seien<sup>221</sup>. Nach längerer Erprobungsphase wurde der „Test für medizinische Studiengänge“ (TMS), der so genannte „Medizinertest“, im Wintersemester 1986/87 für die Bewerber verpflichtend eingeführt<sup>222</sup>. Die Bewerberauswahl sollte durch den Test gerechter gestaltet werden, und man versprach sich einen besseren Studienerfolg durch eine höhere fachspezifische Qualifikation der Studienanfänger, die man aus der Durchschnittsabiturnote nicht ableiten zu können glaubte. Nach elf Jahren wurde der Medizinertest wieder abgeschafft, da sich herausstellte, dass der Prognosewert des Tests bezüglich des Studienerfolgs fast gleichzustellen war mit dem der Durchschnittsnote. „Die Evaluation des elf Jahre lang durchgeführten Medizinertests hat ergeben, dass Testergebnis und Abiturnote im Hinblick auf ihren Zusammenhang mit dem Erfolg in der Ärztlichen Vorprüfung sehr nahe beieinander liegen. [...] Angesichts des enormen Aufwandes und des marginalen Erkenntniszugewin-

---

<sup>219</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Reform des Hochschulzugangs. Berlin; (2004), 72

<sup>220</sup> Barkowski D: Vorhersage von Studien- und Berufserfolg bei Zahnmedizinern. Profil; München; (1986), 10

<sup>221</sup> BVerfGE 43, 291 (1977)

<sup>222</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Reform des Hochschulzugangs. Berlin; (2004), 82

nes wurde deshalb der Test 1997 eingestellt.<sup>223</sup> Auswirkungen der Zulassungsregelung auf die Promotionszahlen waren nicht zu erkennen.

## 5.11 Zukunft der Promotion

Die medizinische Promotion durch die Anfertigung einer Dissertation und Absolvieren eines Rigorosums bzw. einer Disputation wurde aktuell kontrovers diskutiert. Der Wissenschaftsrat empfahl für Ärzte die Einführung der Berufsbezeichnung „Medizinischer Doktor (MD)“, die für eine nicht-experimentelle Abschlussarbeit, welche am Ende des Medizinstudiums erstellt werden solle, zusammen mit der Approbation verliehen würde.<sup>224</sup> „Dieser Titel wäre im rechtlichen Sinne kein Doktor-Titel, sondern ein Studienabschlussgrad entsprechend einem Diplom oder einem Master-Abschluss. Dadurch ließe sich für angehende Ärzte der Anreiz verringern, die Promotion lediglich aus Statusgründen anzustreben.“<sup>225</sup> Als Vorbild diene die im angelsächsischen Raum gebräuchliche Bezeichnung „Medical-Doktor (MD)“. Der Titel „Dr. med.“ solle nur noch für wissenschaftliche Leistungen vergeben werden, die das Ergebnis einer strukturierten Doktorandenausbildung seien, welche „ausschließlich forschungsorientierten Absolventen des Medizinstudiums, die bereits während des Studiums ein wissenschaftliches Begleitstudium mit Erfolg absolviert haben, offen stehen [sollte].“<sup>226</sup> Der Wissenschaftsrat strebe damit eine Qualitätsverbesserung der Forschungsarbeit an. Studienbegleitend angefertigte Arbeiten entsprächen nicht dem Anforderungsprofil einer Dissertation und glichen nach Umfang und wissenschaftlicher Qualität eher einer Studienabschlussarbeit.<sup>227</sup>

---

<sup>223</sup> Hinneberg H: Die Erfahrungen mit Auswahlgesprächen sind enttäuschend. (Jan. 2004); <http://www.uni-ulm.de/uui/2004/nr266.htm>; Zugriff-Datum: 20.06.2004

<sup>224</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin. Drs. 5913/04; Berlin; (2004), 97

<sup>225</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 60f

<sup>226</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin. Drs. 5913/04; Berlin; (2004), 98

<sup>227</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 5

Dieses Verfahren würde mit dem „Medizinischen Doktor“ einen Doktor-Titel zweiter Klasse schaffen. Die Exklusivität des „Dr. med.“ soll damit erhöht werden. Es ist zu erwarten, dass die Anzahl der Doktorarbeiten stark zurückgehen würde. Dabei spielen einerseits die vom Wissenschaftsrat angeführten nicht mehr gegebenen Statusgründe eine Rolle. Der Anteil der Doktoranden, die den Dokortitel zu Beginn ihrer Arbeit aus Statusgründen anstreben, liegt einer Studie aus dem Jahr 1998 zufolge bei etwa 70%<sup>228</sup>. Ein Grund dafür ist die synonyme Verwendung der Bezeichnungen „Arzt“ und „Doktor“ in der Bevölkerung, woraus sich die Notwendigkeit der medizinischen Promotion für die gesellschaftliche Anerkennung als Arzt ergibt<sup>229</sup>. Der Doktor-Titel kann außerdem die Position des Arztes im Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt positiv beeinflussen<sup>230</sup>. Von den genannten 70% ändern etwa 20% ihre Meinung im Verlauf der Arbeit<sup>231</sup> und erkennen andere Vorteile in der Erstellung ihrer Dissertation. In einer Erhebung aus dem Jahr 2003 äußerten sogar 91% der befragten Doktoranden, dass das Schreiben der Doktorarbeit für sie persönlich sinnvoll gewesen sei.<sup>232</sup>

Andererseits würde der zeitliche Aufwand für das Erstellen einer wissenschaftlichen Arbeit, der vom Wissenschaftsrat mit etwa drei Jahren in Vollzeitarbeit nach dem Studium angesetzt wird, und damit auch der finanzielle Aufwand erhöht werden. Es ist anzunehmen, dass eine geringe Vergütung durch die Universitäten für die Doktoranden als wissenschaftliche Mitarbeiter geleistet wird. Dennoch werden angehende Mediziner aus wirtschaftlich schwächeren Familien den finanziellen Aufwand verglichen mit einer praktizierenden Tätigkeit scheuen. Vor allem aber würde es für Frauen nahezu unmöglich sein, eine derartige Doktorandenausbildung zu absolvieren, wenn die Gründung einer Familie in der Lebensplanung berücksichtigt werden muss. Dadurch würden wirtschaftliche und soziale Faktoren Einfluss auf die Festlegung eines Arztes auf einen wissenschaftlichen bzw. praktischen Weg in der Medizin nehmen.

---

<sup>228</sup> Bergmeyer V: Abbrüche medizinischer Doktorarbeiten – Immanenter Bestandteil der medizinischen Promotion? Görlich & Weiershäuser, Marburg; (1998), 85

<sup>229</sup> Bengeser G: Doktorpromotion in Deutschland. Begriff, Geschichte, gegenwärtige Gestalt. Hochschuldienst Raabe; Bonn; (1965), 70

<sup>230</sup> Bergmeyer a. a. O., S.10f

<sup>231</sup> Bergmeyer a. a. O., S.85

<sup>232</sup> Weihrauch M, Strate J, Pabst R: Die medizinische Dissertation – kein Auslaufmodell. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128:2585

Es ist zu befürchten, dass sich die Kenntnisse der jungen Medizinerschaft – insgesamt betrachtet - über wissenschaftliche Methoden durch die reduzierte Anzahl an Doktoranden eher verschlechtern würden. Denn die Vermittlung wissenschaftlicher Kenntnisse ist der wesentliche Aspekt der Doktorandenausbildung. Wie bereits in der Einleitung ausgeführt, bestätigt die Promotion die Befähigung des Kandidaten zu wissenschaftlichem Arbeiten und eigenständiger Forschung in Bezug auf ein Spezialgebiet<sup>233</sup>. Eine nicht-experimentelle Abschlussarbeit kann diese Kenntnisse nicht vermitteln. Ferner ist anzunehmen, dass „die Anzahl derer, die erst durch das intensive wissenschaftliche Beschäftigen im Rahmen ihrer Dissertation den Weg in die Wissenschaft gefunden hat, [...] beträchtlich sein [dürfte]“.<sup>234</sup> Dafür spricht der oben bereits erwähnte Umstand, dass etwa ein Fünftel der Doktoranden den persönlichen Nutzen aus ihrer Dissertation erst im Verlauf der Arbeit erkennt.<sup>235</sup> Dies würde einen Verlust an wissenschaftlichem Nachwuchs bedeuten, bedingt dadurch, dass eine Orientierungsphase vor der Entscheidung zwischen Wissenschaft und Praxis fehlt. Ohnehin ist eine so strikte Trennung der beiden Bereiche in der Medizin nicht vorteilhaft. Um eine adäquate Behandlung der Bevölkerung sicherzustellen, ist die Fortbildung der Mediziner unerlässlich. Für die Fortbildung ist wiederum das Verständnis der wissenschaftlichen Methoden grundlegend, um neue Forschungsergebnisse selbst interpretieren zu können.

Der wissenschaftliche Nutzen der Doktorarbeiten muss in ihrer Gesamtheit betrachtet werden. Es ist fraglich, ob eine geringe Anzahl von hervorragenden Arbeiten den wissenschaftlichen Nutzen einer großen Anzahl von Arbeiten eines gewissen Qualitätsspektrums erreichen kann. Denn nicht nur die Doktoranden ziehen Vorteile aus dem Erstellen ihrer Dissertationen, sondern auch die Betreuer der Arbeiten verfolgen Ziele. Die häufigste Motivation eines Betreuers zur Vergabe eines Dissertationsthemas ist die Unterstützung eigener Forschungsvorhaben, aber auch die Ausbildung junger Wissenschaftler und die Rekrutierung von aussichtsreichen Assistenten spielen eine Rolle<sup>236</sup>. Auch die Bereicherung durch Ideen

---

<sup>233</sup> Krämer KL, Müller J, Linse RM: Paper, Poster und Projekte. Novartis; Nürnberg; (1998), 49

<sup>234</sup> M, Strate J, Pabst R: Die medizinische Dissertation – kein Auslaufmodell. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128:2586

<sup>235</sup> Bergmeyer V: Abbrüche medizinischer Doktorarbeiten – Immanenter Bestandteil der medizinischen Promotion? Görlich & Weiershäuser, Marburg; (1998), 85

<sup>236</sup> Bergmeyer a. a. O., S.88

der Doktoranden wird von den Betreuern als Grund angegeben. Finanzielle Gründe wurden selten für die Vergabe von Doktorarbeiten angegeben<sup>237</sup>, obwohl diese durchaus vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion Erwähnung finden sollen. Denn in der Medizin befinden sich nur 7% der Doktoranden in einem Beschäftigungsverhältnis, was etwa achtfach seltener ist als bei anderen Naturwissenschaften<sup>238</sup>. Die Institute können also auf diesem Weg Personalkosten einsparen<sup>239</sup>.

Die Qualität der einzelnen Arbeit schlägt sich in der Bewertung der Arbeit nieder, ist aber am Doktor-Titel nicht zu erkennen. Es ist unbestritten, dass es auch derzeit hervorragende Dissertationen gibt. Dem vom Wissenschaftsrat erhobenen Vorwurf einer zu geringen Qualität wegen der Anfertigung der Dissertation zum Teil parallel zum Studium steht der Umstand entgegen, dass etwa jeder dritte Promovierende aufgrund des Schreibens seiner Dissertation das Examen um ein bis zwei Semester verschiebt<sup>240</sup>. Eine weitere Qualitätssteigerung kann erreicht werden, indem zunächst die gegebenen Möglichkeiten ausgeschöpft werden. Ein geeignetes Mittel bietet die Benotung und ggf. die Ablehnung von Arbeiten mit zu geringem wissenschaftlichem Anspruch. Die Qualitätssicherung muss ein Anliegen der Universitäten sein, da das Promotionsrecht „das zentrale Alleinstellungsmerkmal der Universitäten gegenüber allen anderen wissenschaftlichen Einrichtungen“<sup>241</sup> ist.

Der vom Wissenschaftsrat empfohlenen Institutionalisierung der Doktorandenausbildung kann auch im Bezug auf die Qualitätssicherung der medizinischen Promotion nur zugestimmt werden. Nach dem Beispiel von den USA, Frankreich, Großbritannien und den Niederlanden solle sich auch in Deutschland „ein Wechsel von einer stark personengebundenen, auf den einzelnen Hochschullehrer und Institutsleiter zugeschnittenen Gestaltung zu einer kooperativen und klar institutionalisierten Verantwortung für die Doktorandenausbildung

---

<sup>237</sup> Bergmeyer a. a. O., S.88

<sup>238</sup> Kersting N: Promotionsstudium im Vergleich. Reihe: Marburger Meinungsbilder. Marburg; (2000), 16

<sup>239</sup> Weihrauch M, Strate J, Pabst R: Die medizinische Dissertation – kein Auslaufmodell. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128:2586

<sup>240</sup> Weihrauch et al a. a. O., S.2586

<sup>241</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 3

[vollziehen].<sup>242</sup> Der Wissenschaftsrat empfahl die Einführung von Promotionskollegs, wobei ein Zusammenschluss von Hochschullehrern die Ausbildung und Betreuung der Promovierenden in Form von Seminaren, Praktika etc. gemeinsam übernehme. Die Grundlage der Doktorandenausbildung bliebe aber weiterhin die personengebundene Betreuungsbeziehung zwischen Promovierendem und seinen ein oder zwei Hauptbetreuern. Der Informationsaustausch zwischen den Promovierenden würde dadurch verbessert werden.

Mit der fünften Novellierung des Hochschulrahmengesetzes wurden die Voraussetzungen für einen einheitlichen Doktorandenstatus an deutschen Hochschulen geschaffen. Dadurch wird die Doktorandenausbildung auch vor dem Zeitpunkt der Einreichung der Dissertation zum offiziellen Promotionsverfahren transparent. Es werden künftig genauere Angaben über die Anzahl von Promovierenden und auch Abbrüchen von Doktorarbeiten möglich sein, die bisher nur geschätzt werden können. Die statistische Erfassung der Doktoranden wird jedoch erst nach der entsprechenden Novellierung des Hochschulstatistikgesetzes möglich sein.<sup>243</sup>

---

<sup>242</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 43

<sup>243</sup> Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002), 50f

## 6 Zusammenfassung

Die Anzahl der zahnmedizinischen Doktoranden in Düsseldorf war am höchsten nach dem Zweiten Weltkrieg, da durch die Behandlung der Kriegsverletzten in der Kiefer- und Gesichtschirurgie ein hoher Forschungsbedarf entstand. Eine leicht rückläufige Entwicklung der Doktorandenzahlen war am Ende des Untersuchungszeitraums zu beobachten. In den 1990er Jahren wurden 60 Doktoranden weniger promoviert als in den 80er Jahren. In den 70er und 80er Jahren kamen vereinzelt Gemeinschaftsarbeiten vor.

In den 60er Jahren vollzog sich ein Wechsel zwischen der früheren Dominanz von zahnmedizinischen Abteilungen zu einer Dominanz der medizinischen Abteilungen bei der Entstehung zahnmedizinischer Doktorarbeiten. Auf den gesamten Untersuchungszeitraum bezogen überwogen immer noch die zahnmedizinischen Abteilungen. Bei den zahnmedizinischen Abteilungen entstanden die meisten Dissertationen in der Kiefer- und Gesichtschirurgie und in der Prothetik. Bei den medizinischen Abteilungen überwogen Arbeiten aus den Fächern Hygiene und Anatomie. Die meisten Tierversuchsstudien entstanden in der Hygiene während der 80er Jahre. Die meisten klinischen Studien entstanden in der Kiefer- und Gesichtschirurgie. Seit 1995 gingen Experimental- und Literaturstudien zugunsten der klinischen Studien leicht zurück.

Das Alter der Doktoranden stieg vom Jahr 1935 bis 2002 um 6 Jahre an. In den 70er Jahren stieg der Anteil der Doktoranden, die ihr gesamtes Studium in Düsseldorf absolviert hatten, als Folge der Einrichtung eines vorklinischen Institutes im Jahr 1965. Die Anzahl ausländischer Doktoranden war in den 50er und 60er Jahren am höchsten. Die meisten von ihnen besaßen die schweizerische oder die iranische Staatsangehörigkeit. Der Frauenanteil entwickelte sich seit den 80er Jahren steigend. Die höchsten Frauenanteile bei den zahnmedizinischen Promotionen gab es in den medizinischen Abteilungen Diabetes-Forschungsinstitut, Kinderheilkunde und Pharmakologie, während bei den zahnmedizinischen Abteilungen die Kieferorthopädie den höchsten Frauenanteil aufwies.

## 7 Anhang

### 7.1 Anhang A: Vertrag zur Gründung der „Medizinischen Akademie in Düsseldorf“

#### V e r t r a g .

Zwischen dem Preußischen Staat, vertreten durch den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung, und der Stadt Düsseldorf, vertreten durch den Oberbürgermeister, wird nachstehender Vertrag geschlossen:

#### § 1

Die Stadt Düsseldorf verpflichtet sich, die Akademie für praktische Medizin so auszugestalten, daß Studierende der Medizin, welche die ärztliche Vorprüfung bestanden haben, an ihr die weiteren medizinischen Studien bis zur ärztlichen Schlußprüfung vollenden können. Der Ausbau der Akademie hat nach dem Maßstabe der medizinischen Fakultät einer mittleren Universität zu erfolgen und allen Anforderungen zu entsprechen, die sich für den medizinischen Unterricht aus der jetzigen und künftigen Prüfungsordnung für Ärzte ergeben.

#### § 2

Die Akademie ist mit den städtischen Krankenanstalten verbunden. Es sind vorhanden:

- eine chirurgische Klinik,
- eine medizinische Klinik,
- eine Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
- eine Klinik für Kinderheilkunde,
- eine Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- eine Klinik für Augenheilkunde,
- eine Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
- ein Institut für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie,
- ein Institut für Hygiene,
- ein Institut für Physiologie und Biochemie,
- ein Institut für Pharmakologie.

Die Stadt Düsseldorf wird errichten:

ein Institut für topographische Anatomie in Übereinstimmung mit den Anforderungen der geltenden und künftigen Prüfungsordnung für Ärzte.

Die Stadt Düsseldorf stellt diese sämtlichen Anstalten und Einrichtungen mit den zugehörigen notwendigen Gebäulichkeiten der Akademie zur Verfügung. Das Eigentum an den Einrichtungen, Gebäulichkeiten und Anstalten verbleibt der Stadt Düsseldorf.

- 2 -

Der Oberbürgermeister der Stadt Düsseldorf, ermächtigt durch Beschluß des Provinzial-Ausschusses vom 8. Mai 1923 und Schreiben des Landeshauptmann vom 8. Mai 1923 stellt ferner die Provinzial-Irrenanstalt in Düsseldorf-Grafenberg der Akademie zur Verfügung.

## § 3.

Die Stadt Düsseldorf verpflichtet sich die im folgenden aufgeführten Neubauten und Anschaffungen, die zur Einrichtung eines ordnungsmäßigen Lehrbetriebes im Sinne des § 1 dieses Vertrages erforderlich sind, auszuführen:

1. Anschaffung von mindestens je 10 weiteren Mikroskopen für die medizinische Klinik und das hygienische Institut,
2. Ankauf eines Röntgenapparates für Tiefenbestrahlung,
3. Beschaffung einer ausreichenden Demonstrationssammlung für das hygienische Institut,
4. Ausbau eines Hörsaales (nebst Vorbereitungs- und Nebenräume) für 80 Hörer bei der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten..... Der Bau ist im Jahre 1922 zu beginnen.
5. Schaffung eines pharmakologischen Instituts mit Sammlungs- und Arbeitsräumen, den notwendigen Instrumenten und Unterrichtsmitteln. Sollte das bisherige Institut für Physiologie und Biochemie in ein pharmakologisches Institut umgewandelt werden, so verpflichtet sich die Stadt zur Errichtung eines physiologischen Instituts mit allen erforderlichen Ausstattungsgegenständen für den Fall, daß die neue Prüfungsordnung für Ärzte die Physiologie zum Prüfungsfach im medizinischen Staatsexamen erklärt, das physiologische Institut muß im Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Prüfungsordnung in Benutzung genommen werden können.
6. Anschaffung einer Sammlung für gerichtliche und soziale Medizin. Die Errichtung eines besonderen Instituts für dieses Lehrfach ist in Aussicht zu nehmen.

- 3 -

7. Erbauung eines großen Hörsaales (mit etwa 120 Plätzen) und einer Ambulanz für die medizinische Klinik. Die Stadt verpflichtet sich außerdem zur Erbauung einer neuen Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, mit deren Ausführung im Jahre 1922 zu beginnen ist.
8. Die Stadt wird den Bau einer neuen medizinischen Klinik in Aussicht nehmen, sobald es ihre finanziellen Verhältnisse und die Lage auf dem Bauplatz gestatten.
9. Bau einer Aufnahmestation für Geistes- und Nervenkranken mit etwa 30 Betten.

Bei der Ausführung von Neu- und Umbauten sind die zur Aufnahme von Kranken bestimmten Räume schalldicht anzulegen.

## § 4

Die Stadt Düsseldorf verpflichtet sich, alle Stiftungen, Anstalten, Vereine und Einrichtungen, welche die Stadt geldlich oder anderweitig unterstützt oder auf die sie ausreichenden Einfluß hat, auf Wunsch des Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung zu veranlassen, daß sie ihre Einrichtungen zu Zwecken des Unterrichts den Studierenden zugänglich machen, soweit nicht wichtige Gründe dagegen sprechen oder erhebliche Mehrkosten entstehen.

## § 5

Die Akademie wird hinsichtlich der Ordnung der Rechtsverhältnisse und der Staatsaufsicht eine Veranstaltung im Sinne der §§ 1, 22, 67 ff. II 12 des Allgemeinen Landrechts sein. Sie wird die Rechte einer juristischen Person des öffentlichen Rechts erhalten und in ihren Verhältnissen durch Satzung des Staatsministeriums geregelt werden.

## § 6

Die Preußische Staatsregierung wird beim Reichsrat dafür eintreten, daß den Medizin-Studierenden die nach abgelegter ärztlicher Vorprüfung an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf verbrachten Semester in gleicher Weise auf das

- 4 -

Studium angerechnet werden, wie die an den medizinischen Fakultäten der Universitäten verbrachten Semester, sowie dafür, daß die Studierenden an der Akademie die ärztliche Schlußprüfung ablegen können. In den hierzu einzusetzenden Prüfungsausschuß sind die Lehrkräfte an der Akademie berufen.

§ 7

Das Gleiche gilt für den Fall, daß die Stadt Düsseldorf der Akademie die nötigen Einrichtungen (Lehrstühle, Anstalten, Unterrichtsmaterial usw.) zur Ausbildung von Studierenden der Zahnheilkunde, welche die zahnärztliche Vorprüfung abgelegt haben, zur Verfügung stellt.

§ 8

Zur Verwaltung der Akademie ist neben den sonstigen bei medizinischen Fakultäten der Universitäten vorhandenen Organen das Kuratorium der Akademie berufen. Das Staatsministerium kann die der Unterrichtsverwaltung zustehenden Befugnisse durch einen von dem Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung zu ernennenden Kommissar oder dessen Stellvertreter ausüben lassen.

§ 9

Das Kuratorium umfaßt folgende Mitglieder:

1. Als ersten Vorsitzenden den Oberbürgermeister der Stadt Düsseldorf oder seinen allgemeinen Amtsvertreter,
2. einen zweiten geschäftsführenden Vorsitzenden, der alljährlich vom Oberbürgermeister nach Anhörung der Stadtverordneten-Versammlung aus dem Lehrkörper ernannt wird,
3. 6 von der Stadtverordneten-Versammlung auf 3 Jahre gewählte Mitglieder,
4. den Vorsitzenden des Lehrkörpers und dessen Stellvertreter,
5. höchstens 3 aus der Zahl der Stifter von Vermögenswerten für die Akademie durch den Oberbürgermeister zu ernennende Mitglieder,

- 5 -

6. den Vorsitzenden des Krankenhaus-Ausschusses sowie ein von dem Krankenhaus-Ausschuß alljährlich zu wählendes Mitglied desselben.

Der von dem Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung zu ernennende Kommissar ist zu den Sitzungen des Kuratoriums einzuladen. Ihm oder seinem Vertreter ist auf Wunsch das Wort zu erteilen.

## § 10

Das Kuratorium hat

1. den Haushaltsplan festzustellen im Rahmen der von der Stadtverordneten-Versammlung vertragsgemäß zu bewilligenden Mittel,
2. die Verwaltung der Medizinischen Akademie in Vermögensangelegenheiten nach Maßgabe des Haushaltsplanes zu führen, wobei nicht verbrauchte Summen des Rechnungsjahres in einen Ausgleichsstock zur Verfügung des Kuratoriums fließen,
3. über den An- und Verkauf von Grundeigentum und den Erwerb und die Veräußerung dinglicher Rechte an Grundstücken zu beschließen,
4. den Akademie-Sekretär und die für die Verwaltung erforderlichen sonstigen Angestellten und Beamten anzustellen,
5. die sonstigen von dem Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung ihm überwiesenen Akademiegeschäfte zu führen.

Die jährliche Rechnungsentlastung erfolgt durch eine Kommission, die aus dem Kommissar des Ministers für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung oder dessen Stellvertreter, dem Oberbürgermeister oder seinem Vertreter und 2 von der Stadtverordneten-Versammlung jährlich gewählten Mitgliedern besteht.

## § 11

Der Vorsitzende vertritt das Kuratorium gerichtlich und außergerichtlich, insbesondere bei Abgabe und Entgegennahme von Erklärungen für die Akademie. Öffentliche Ausfertigung von Urkunden sind von ihm zu unterschreiben und mit dem Siegel des Kuratoriums zu versehen. Der geschäftsführende Vorsitzende hat die Beschlüsse des Kuratoriums vorzubereiten und auszuführen.

- 6 -

Soweit der erste Vorsitzende nicht die Entscheidung vorbehält, verhandelt der geschäftsführende Vorsitzende im Namen des Kuratoriums mit Behörden und Privatpersonen und führt den Schriftwechsel.

## § 12

Die Stadt Düsseldorf übernimmt dem Preußischen Staat gegenüber die Verpflichtung, die für den Betrieb und die Erhaltung der Medizinischen Akademie im Rahmen der §§ 1 und 2 erforderlichen Mittel einschließlich der Besoldung der Professoren sowie der sonstigen Beamten und Angestellten bereit zu stellen, soweit die von anderer Seite der Akademie zufließenden Mittel nicht ausreichen. Die Inanspruchnahme staatlicher Mittel für die Zwecke der Medizinischen Akademie ist ausgeschlossen. Sollte die Finanzlage der Stadt Düsseldorf die Fortführung der Akademie in dem durch die §§ 1 - 3 festgelegten Rahmen nicht mehr gestatten, so verpflichtet sich die Stadt Düsseldorf den Lehrbetrieb, soweit er sich auf die Ausbildung der Medizin-studierenden bezieht, einzustellen.

## § 13

Sämtliche planmäßigen Professoren und Dozenten ernennt der Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung, die ordentlichen Professoren namens des Preußischen Staatsministeriums. Vor der Besetzung einer Professur wird dem Professorenkollegium der Akademie Gelegenheit gegeben, gutachtliche Personalvorschläge in der üblichen Zahl zu machen. Diese Vorschläge werden zur Vorlage an den Minister dem Kuratorium eingereicht. Dieses kann etwaige Bedenken äußern. Auf Wunsch eines Mitgliedes des Lehrkörpers oder des Kuratoriums sind auch abweichende Minderheitsäußerungen beizufügen. Ist ein Lehrstuhl durch eine Stiftung dotiert, so hat das Kuratorium bei der Beratung den Vorschlag der Besetzung dieses Lehrstuhles ein Mitglied des Stiftungs-Vorstandes nach dessen Wahl mit Stimmrecht zuzuziehen, wenn dies in der Satzung der Stiftung bestimmt worden ist.

- 7 -

Die Stellungnahme des Vertreters der Stiftung zu dem Vorschlag ist, falls er es wünscht, dem Minister mitzuteilen.

## § 14

Es werden zunächst folgende Lehrstühle errichtet:

- für Chirurgie,
- für innere Medizin,
- für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- für Kinderheilkunde,
- für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- für Augenheilkunde,
- für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
- für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie,
- für Hygiene und soziale Medizin,
- für Physiologie und Biochemie,
- für Pharmakologie,
- für topographische Anatomie,
- für Psychiatrie,
- für gerichtliche Medizin.

## § 15

Das Gehalt der Professoren wird nach Maßgabe der jeweiligen staatlichen Besoldungsordnung durch den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung festgesetzt und ist aus den von der Stadt und von anderer Seite der Akademie zugewendeten Mitteln zu zahlen. Eine Überschreitung des Normalmaximums ist nur möglich, wenn das Kuratorium die erforderlichen Mittel dafür bereit gestellt hat. Die Höhe und der Bezug der Vorlesungshonorare richten sich nach den bei den medizinischen Fakultäten der Universitäten jeweils bestehenden Grundsätzen.

Die Versorgung der Hinterbliebenen der Professoren richtet sich ebenfalls nach den staatlichen Grundsätzen und liegt der Stadt ob.

- 8 -

Das Gehalt der sonstigen Beamten und Angestellten der Akademie sowie deren Pensions- und Hinterbliebenenbezüge richtet sich nach der jeweiligen Besoldungsordnung usw. der Stadt Düsseldorf

## § 16

Soweit Professoren und Dozenten, die noch nicht dauernd übernommen werden die Leitung von städtischen Kliniken und Instituten haben, behalten sie dies für die nach ihren bisherigen Anstellungsbedingungen vorgesehenen Dauer. Von den an der bisherigen Akademie für praktische Medizin tätigen Professoren und Dozenten werden diejenigen übernommen, die der Oberbürgermeister dem Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung bezeichnet und zwar in noch zu vereinbarenden Stellungen.

## § 17

Die Übertragung der Leitung der der Akademie zur Verfügung gestellten klinischen Anstalten und medizinischen Institute sowie auch der Widerruf der Übertragung erfolgt durch den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung mit Zustimmung des Oberbürgermeisters. Für die Leitung einer Klinik oder eines Instituts erhält der Inhaber einer Professur kein besonderes Gehalt.

Die Assistenten, welche die Leiter der Kliniken, Institute und Anstalten unterstützen, werden auf Vorschlag des Direktors vom Oberbürgermeister ernannt. Sie sind städtische Angestellte.

## § 18

Die Stadt Düsseldorf behält als Eigentümerin der der Akademie zur Verfügung gestellten klinischen Anstalten und Institute die gesamte äußere Verwaltung und Betriebsführung dieser Anstalten und Institute und setzt in einer für alle Beteiligten bindenden Weise ihre Ausgaben und Einnahmen, so auch Pflegesätze und Kostentarife fest.

Insbesondere behält sich die Stadt Düsseldorf unbeschadet der Verpflichtung des § 1 die Bestimmung über die Erweiterung und den Umfang der der Akademie zur Mitbenutzung zu überweisenden Anstalten und Institute sowie die für alle

- 9 -

Beteiligten bindenden Regelung und Handhabung der Wirtschaftsführung, der Hausordnung, der Wirtschaftskontrolle und des Aufnahmedienstes vor.

Die Erfüllung der Lehraufgabe ist mit aller erforderlichen Rücksicht auf die Kranken durchzuführen, insbesondere darf eine Vorführung der Kranken zu Demonstrationszwecken nicht gegen ihren oder ihren Angehörigen Willen vorgenommen werden.

Bei der Aufnahme und Entlassung der Kranken der städtischen Krankenanstalten sind wie bisher die Interessen des städtischen Krankendienstes und die Rücksichtnahme auf die Finanzen der Stadt maßgebend. In erster Linie sind Düsseldorf'se Kranken nach dem Grade ihrer ärztlichen und sozialen Bedürftigkeit aufzunehmen. Sollte aus wissenschaftlichen Gründen Ausnahmen hiezu erwünscht sein, so bedarf es dazu der Genehmigung des Vorsitzenden der Krankenhaus-Depotation.

## § 19

Professoren und Dozenten der Medizinischen Akademie, die nicht eine städtische Stelle bekleiden, bedürfen zur Benutzung, der wirtschaftlichen Einrichtungen der Akademie der Einwilligung des für die Leitung der Anstalt verantwortlichen Professors, die dieser nach Zustimmung des Kuratoriums erteilt.

Im Streitfall entscheidet der Minister.

Wollen sie auch sonstige Krankenhaus - Einrichtungen oder die Kranken der städtischen Krankenanstalten in Anspruch nehmen, so bedürfen sie der Genehmigung der Krankenhaus-Depotation.

## § 20

Die Gültigkeit dieses Vertrages ist abhängig von der im § 6 erwähnten Abänderung der Prüfungsordnung für Ärzte, die die Preussische Staatsregierung beim Reichsrat beantragt hat.

- 10 -

## § 21

Die Bezeichnung der Akademie wird künftig lauten: "Medizinische Akademie in Düsseldorf". Die beiden Vertragsparteien sind sich darüber einig, daß die Akademie das Promotionsrecht und die Bezeichnung als Fakultät nicht erhalten kann. Außerdem erklärt die Stadt Düsseldorf, daß der weitere Ausbau der in Düsseldorf bestehenden Hochschulmäßigen Einrichtungen zu einer Universität oder Hochschule ausgeschlossen bleibt.

Düsseldorf, den 16. Juni 1922

Der Oberbürgermeister.

(L.S.)

In Vertretung:

gez. Schmid.

Vorstehender Vertrag wird mit der Maßgabe abgeschlossen, daß Satz 3 des § 11: "Der geschäftsführende Vorsitzende hat die Beschlüsse des Kuratoriums vorzubereiten und auszuführen" in Wegfall kommt und daß der in Absatz 4 des § 2 erwähnten Beschluß des Provinzialausschusses über die Bereitstellung der Provinzialirrenanstalt in Düsseldorf-Grafenberg beigebracht wird.

Berlin, den 24. Februar 1923.

Der Preußische Minister für Wissenschaft,  
Kunst und Volksbildung

gez. Boelitz.

(L.S.)

U I Nr. 545. 1.

Düsseldorf, den 25. April 1923.

Der Oberbürgermeister

(L.S.)

In Vertretung

gez. Dr. Kocernicke.

Abb. 7.1-1: Vertrag vom 24. Februar 1923, durch den die „Akademie für praktische Medizin“ in die „Medizinische Akademie“ übergang und erstmals das Recht zur klinischen Ausbildung von Studenten erhielt. Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 842.

## 7.2 Anhang B: Vereinbarung über die Promotion zwischen Düsseldorf und Münster

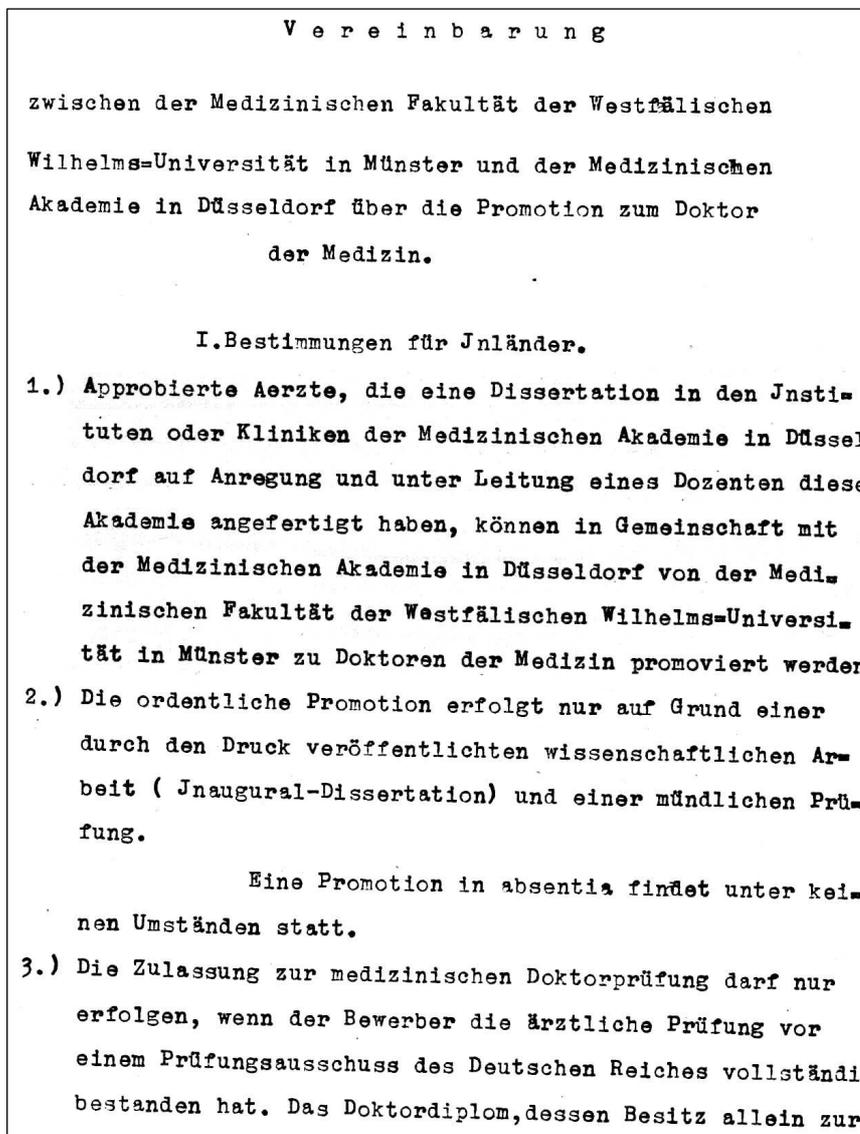


Abb. 7.2-1: Vereinbarung vom 28. Juli 1927 über die Promotionsmöglichkeit an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf in Kooperation mit der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster. Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 346.

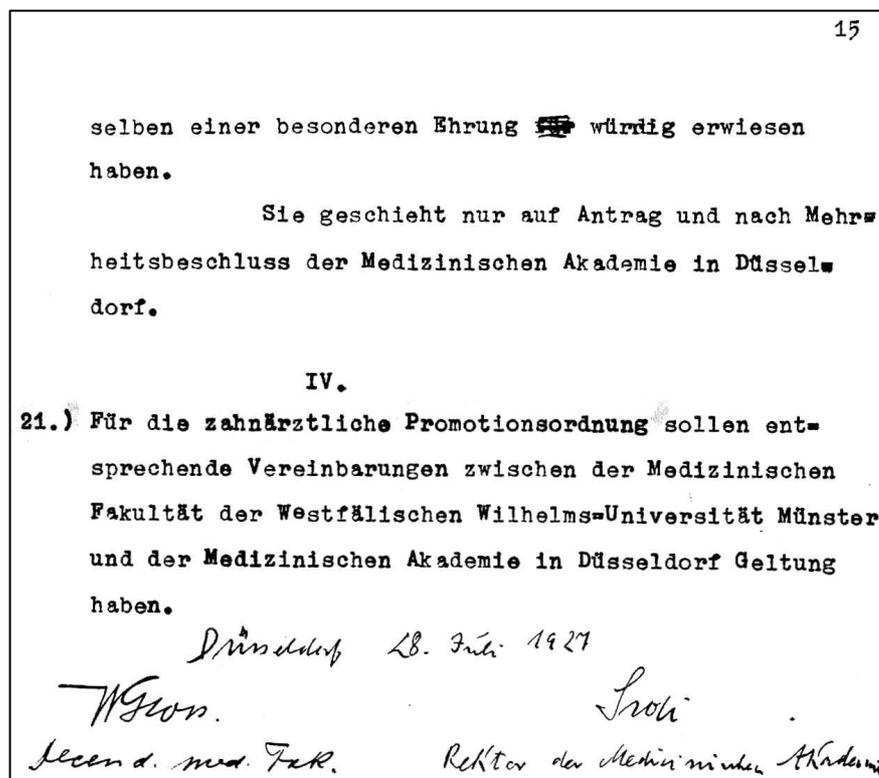
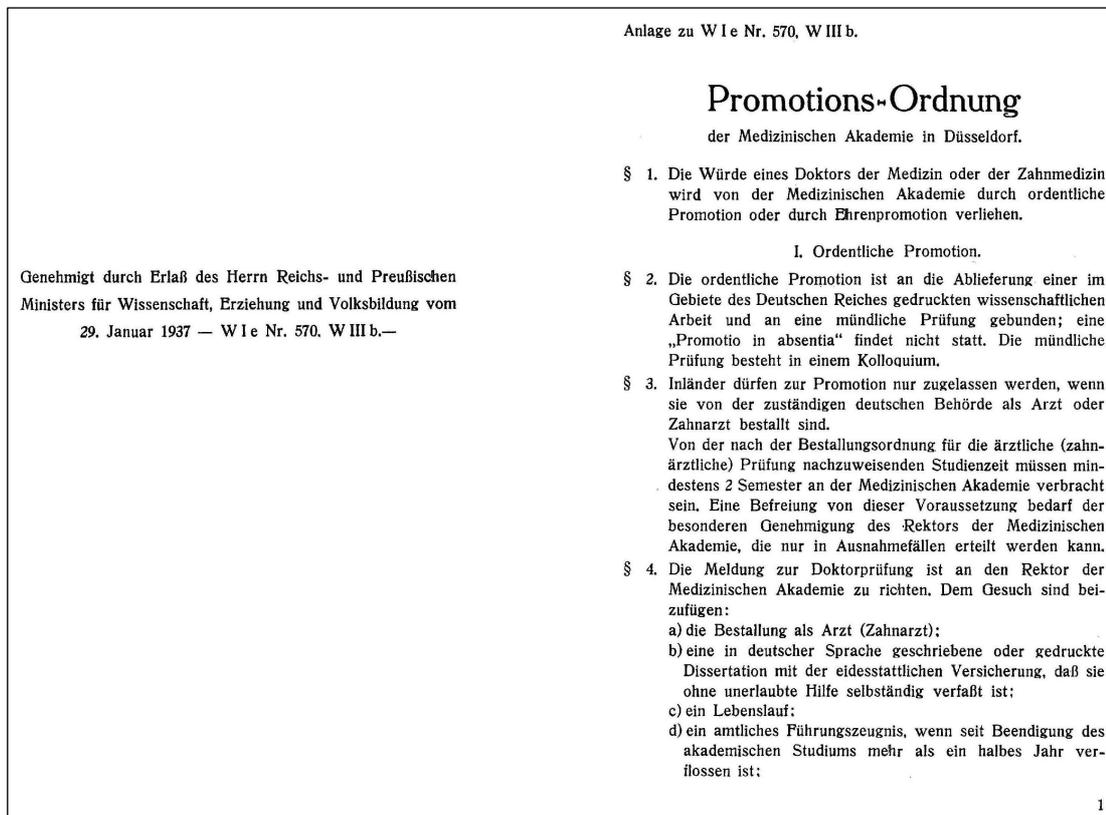


Abb. 7.2-2: Im letzten Absatz der Vereinbarung findet die zahnmedizinische Promotion Erwähnung.

## 7.3 Anhang C: Promotionsordnung der Medizinischen Akademie



**Abb. 7.3-1: Seite 1 der Promotionsordnung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf vom 29. Januar 1937. Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf CULT G 2533.**



## 7.5 Anhang E: Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde

Vom 31. März 1952 (BGBl. I S. 221) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), zuletzt geändert durch Art.1 Nr.1 des Gesetzes zur Anpassung des EWR-Ausführungsgesetzes vom 27.09.1993 (BGBl. I S. 1666)

### I. Die Approbation als Zahnarzt

#### § 1

[Voraussetzung für die Berufsausübung]

(1) Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes die Zahnheilkunde dauernd ausüben will, bedarf einer Approbation als Zahnarzt nach Maßgabe dieses Gesetzes oder als Arzt nach bundesgesetzlicher Bestimmung. Die Approbation berechtigt zur Führung der Bezeichnung als "Zahnarzt" oder "Zahnärztin". Die vorübergehende Ausübung der Zahnheilkunde bedarf einer jederzeit widerruflichen Erlaubnis.

(2) Zahnärzte, die Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, dürfen den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieses Gesetzes ohne Approbation als Zahnarzt oder ohne Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde ausüben, sofern sie vorübergehend als Erbringer von Dienstleistungen im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages im Geltungsbereich dieses Gesetzes tätig werden. Sie unterliegen jedoch der Anzeigepflicht nach diesem Gesetz.

(3) Ausübung der Zahnheilkunde ist die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnis gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen.

(4) Die Ausübung der Zahnheilkunde ist kein Gewerbe.

(5) Approbierte Zahnärzte können insbesondere folgende Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung wie zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarztthelferin, Prophylaxehelferin oder Dental-Hygienikerin delegieren: Herstellung von Röntgenaufnahmen, Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen, Füllungspolituren, Legen und Entfernen provisorischer Verschlüsse, Herstellung provisorischer Kronen und Brücken, Herstellung von Situationsabdrücken, Trockenlegen des Arbeitsfeldes relativ und absolut, Erklärung der Ursache von Karies und Parodontopathien, Hinweise zu zahngesunder Ernährung, Hinweise zu häuslichen Fluoridierungsmaßnahmen, Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene, Demonstration und praktische Übungen zur Mundhygiene, Remotivation, Einfärben der Zähne, Erstellen von Plaque-Indizes, Erstellung von Blutungs-Indizes, Kariesrisikobestimmung, lokale Fluoridierung z.B. mit Lack oder Gel, Versiegelung von kariesfreien Fissuren.

(6) In der Kieferorthopädie können insbesondere folgende Tätigkeiten an zahnmedizinische Fachhelferinnen, weitergebildete Zahnarztthelferinnen oder Dental-Hygienikerinnen delegiert

werden: Ausligieren von Bögen, Einligieren von Bögen im ausgeformten Zahnbogen, Auswahl und Anprobe von Bändern an Patienten, Entfernen von Kunststoffresten und Zahnpolitur auch mit rotierenden Instrumenten nach Bracketentfernung durch den Zahnarzt.

## § 2

### [Erteilung der Approbation als Zahnarzt]

(1) Die Approbation als Zahnarzt ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller

1. Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes, Staatsangehöriger eines der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder heimatloser Ausländer im Sinne des Gesetzes über die Rechtsstellung heimatloser Ausländer ist,
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs ergibt,
3. nicht wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs unfähig oder ungeeignet ist,
4. nach einem mindestens fünfjährigen Studium der Zahnheilkunde an einer wissenschaftlichen Hochschule die zahnärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden hat.

Eine in einem der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum abgeschlossene zahnärztliche Ausbildung gilt als Ausbildung im Sinne der Nummern 4 und 5, wenn sie durch Vorlage eines nach dem 27. Januar 1980 ausgestellten, in der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten zahnärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises eines der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines in der Anlage zu diesem Gesetz aufgeführten, nach dem 31. Dezember 1992 ausgestellten zahnärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum nachgewiesen wird. Bei zahnärztlichen Diplomen, Prüfungszeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen von nach dem 20. Dezember 1976 der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft beigetretenen Mitgliedstaaten gilt das Datum des Beitritts oder, bei abweichender Vereinbarung, das hiernach maßgebende Datum, bei zahnärztlichen Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, mit dem eine besondere Vereinbarung zum Zeitpunkt der Geltung der Verpflichtungen aus den Richtlinien 78/686/EWG und 78/687/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 (ABl. EG Nr. L 233 S. 1 und S. 10) getroffen worden ist, das hiernach maßgebende Datum. Der Bundesminister für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, die Anlage zu diesem Gesetz späteren Änderungen des Artikels 3 der Richtlinie 78/686/EWG vom 25. Juli 1978 (ABl. EG Nr. L 233 S. 1) anzupassen. Wurde die Ausbildung vor dem nach Satz 2 oder 3 für die Anerkennung der zahnärztlichen Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstigen Befähigungsnachweise der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum jeweils maßgebenden Datum aufgenommen und genügt sie nicht allen Mindestanforderungen des Artikels 1 der Richtlinie 78/687/EWG, so kann die zuständige Behörde zusätzlich zu den in der Anlage zu Satz 2 aufgeführten zahnärztlichen Diplomen, Prüfungs-

zeugnissen oder sonstigen Befähigungsnachweisen die Vorlage einer Bescheinigung des Heimat- oder Herkunftsstaates verlangen, aus der sich ergibt, daß der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung mindestens drei Jahre den zahnärztlichen Beruf ununterbrochen und rechtmäßig ausgeübt hat. Gleichwertig den in Satz 2 genannten zahnärztlichen Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen sind nach dem in Satz 2 oder 3 genannten Zeitpunkt von einem der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ausgestellte Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise des Zahnarztes, die den in der Anlage zu Satz 2 für den betreffenden Staat aufgeführten Bezeichnungen nicht entsprechen, aber mit einer Bescheinigung der zuständigen Behörde oder Stelle dieses Staates darüber vorgelegt werden, daß sie eine Ausbildung abschließen, die den Mindestanforderungen des Artikels 1 der Richtlinie 78/687/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 entspricht, und daß sie den für diesen Staat in der Anlage zu Satz 2 aufgeführten Nachweisen gleichstehen.

(2) Ist die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 nicht erfüllt, so ist die Approbation als Zahnarzt zu erteilen, wenn der Antragsteller

1. eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeschlossene Ausbildung für die Ausübung des zahnärztlichen Berufs erworben hat und die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist oder

2. in der Bundesrepublik Deutschland eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes bis zum Abschluß des Hochschulstudiums durchgeführte, hierdurch jedoch nicht vollständig abgeschlossene zahnärztliche Ausbildung mit einer Tätigkeit auf Grund einer Erlaubnis nach § 13 Abs. 4 abgeschlossen hat und die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist. Absatz 1 Satz 2 bis 6 bleibt unberührt.

(3) Ist die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 nicht erfüllt, so kann die Approbation als Zahnarzt in besonderen Einzelfällen oder aus Gründen des öffentlichen Gesundheitsinteresses erteilt werden. Sofern der Antragsteller zugleich die Voraussetzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 nicht erfüllt, ist die Erteilung der Approbation nur zulässig, wenn er eine außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgeschlossene Ausbildung für die Ausübung des zahnärztlichen Berufs erworben hat und die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes gegeben ist.

Satz 2 bis 6 bleibt unberührt.

(4) Soll die Erteilung der Approbation wegen Fehlens einer der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 abgelehnt werden, so ist der Antragsteller oder sein gesetzlicher Vertreter vorher zu hören.

(5) Ist gegen den Antragsteller wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet, so kann die Entscheidung über den Antrag auf Erteilung der Approbation bis zur Beendigung des Verfahrens ausgesetzt werden.

### § 3

#### [Approbationsordnung für Zahnärzte]

(1) Der Bundesminister für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Approbationsordnung für Zahnärzte unter Berücksichtigung von Artikel 1 der Richtlinie 78/687/EWG des Rates die Mindestanforderungen an das Studium der Zahnmedizin, das Nähere über die staatliche zahnärztliche Prüfung und die Approbation. Die

Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung darf vom Bestehen höchstens zweier Vorprüfungen abhängig gemacht werden. Für die Meldung zu den Prüfungen und zu den Vorprüfungen sind Fristen festzulegen. In der Rechtsverordnung ist ferner die Anrechnung von Hochschulbildungen und Prüfungen, die innerhalb oder außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes abgelegt werden, zu regeln.

(2) In der Rechtsverordnung sind das Verfahren bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3 bei Antragstellern, die Staatsangehörige eines der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind, und die Frist für die Erteilung der Approbation als Zahnarzt an solche Personen zu regeln, insbesondere die Vorlage der vom Antragsteller vorzulegenden Nachweise und die Ermittlung durch die zuständigen Behörden entsprechend Artikel 9 bis 15 der Richtlinie 78/686/EWG des Rates.

## § 4

### [Rücknahme und Widerruf der Approbation]

(1) Die Approbation ist zurückzunehmen, wenn bei ihrer Erteilung die zahnärztliche Prüfung nicht bestanden oder bei einer vor Wirksamwerden des Beitritts erteilten Approbation das an einer Ausbildungsstätte in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet oder das in einem Fall des § 20 Abs. 1 Satz 2 oder in einem Fall des § 2 Abs. 4 Satz 1 erworbene Studium der Zahnheilkunde nicht abgeschlossen war oder die Ausbildung nach § 2 Abs. 1 Satz 2 oder 6 oder § 2 Abs. 2 oder 3 oder die nach § 20a nachzuweisende Ausbildung nicht abgeschlossen war. Sie kann zurückgenommen werden, wenn bei ihrer Erteilung eine der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 nicht vorgelegen hat. Eine nach § 2 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 oder 3 erteilte Approbation kann zurückgenommen werden, wenn die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nicht gegeben war.

(2) Die Approbation ist zu widerrufen, wenn nachträglich die Voraussetzung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 weggefallen ist. Sie kann widerrufen werden, wenn nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 weggefallen ist.

## § 5

### [Ruhe der Approbation]

(1) Das Ruhe der Approbation kann angeordnet werden, wenn 1. gegen den Zahnarzt wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet ist, 2. nachträglich eine der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 weggefallen ist, 3. Zweifel bestehen, ob die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 noch erfüllt sind und der Zahnarzt sich weigert, sich einer von der zuständigen Behörde angeordneten amts- oder fachärztlichen Untersuchung zu unterziehen.

(2) Die Anordnung ist aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

(3) Der Zahnarzt, dessen Approbation ruht, darf den zahnärztlichen Beruf nicht ausüben.

## **§ 6**

(weggefallen)

## **§ 7**

[Verzicht auf die Approbation]

Auf die Approbation kann durch schriftliche Erklärung gegenüber der zuständigen Behörde verzichtet werden. Ein Verzicht, der unter einer Bedingung erklärt wird, ist unwirksam.

## **§ 7a**

[Erlaubniserteilung vor erneuter Approbation]

Bei einer Person, deren Approbation wegen Fehlens oder späteren Wegfalls einer der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 zurückgenommen oder widerrufen worden ist oder die gemäß § 7 auf die Approbation verzichtet hat und die einen Antrag auf Wiedererteilung der Approbation gestellt hat, kann die Entscheidung über diesen Antrag zurückgestellt und zunächst eine Erlaubnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs nach § 13 Abs. 1 bis zu einer Dauer von zwei Jahren erteilt werden.

# **II. Eingliederung der Dentisten**

## **§ 8**

[Erteilung der Approbation an staatlich anerkannte Dentisten]

(1) Wer bei Inkrafttreten dieses Gesetzes die staatliche Anerkennung als Dentist besitzt, erhält die Approbation als Zahnarzt, wenn er an einem Fortbildungskursus über Mund- und Kieferkrankheiten sowie Arzneimittellehre erfolgreich teilgenommen hat. Der Fortbildungskursus ist an einem der zugelassenen Lehrinstitute für Dentisten durchzuführen.

(2) Die für das Gesundheitswesen zuständige oberste Landesbehörde des Landes, in dem der Antragsteller seinen Wohnsitz hat, entscheidet im Einzelfall darüber, ob einem Dentisten, der eine ausländische Bestallung als Zahnarzt besitzt, die Bestallung als Zahnarzt unter Befreiung von der Teilnahme an einem Fortbildungskursus erteilt werden kann.

## **§ 9**

[Erteilung der Approbation an Personen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes Dentistenassistenten waren]

(1) Dentistenassistenten, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes ein zugelassenes Lehrinstitut für Dentisten besuchen oder die Voraussetzungen zum Besuch erfüllen, erhalten die Approbation als Zahnarzt, wenn sie innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes die staatliche Anerkennung als Dentist erworben und an einem Fortbildungskursus nach § 8 teilgenommen haben.

(2) In besonderen Fällen kann die in Absatz 1 bezeichnete Frist verlängert werden.

## § 10

[Erteilung der Approbation an Personen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes Dentistenanwärter waren]

(1) Anwärter des Dentistenberufs, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes die ordnungsmäßige Ausbildung begonnen haben, erhalten die Approbation als Zahnarzt, wenn sie die Voraussetzungen für den Besuch eines Lehrinstituts für Dentisten erfüllt und nach einer viersemestrigen Ausbildung an einem zugelassenen Institut die Prüfung vor einer staatlichen Prüfungskommission bestanden haben.

(2) Die Prüfungsordnung erläßt der Bundesminister für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung.

## § 11

[Weitere Voraussetzungen für die Approbation in den Fällen der §§ 8 bis 10]

Die Approbation als Zahnarzt darf in den Fällen der §§ 8 bis 10 nur erteilt werden, wenn der Bewerber das 25. Lebensjahr vollendet hat und kein Versagungsgrund nach § 3 vorliegt.

## § 11a

[Beschränkte Anwendbarkeit der §§ 8 bis 11]

Die §§ 8 bis 11 sind nur noch auf Anträge von Personen anwendbar, die alle in diesen Vorschriften vorgesehenen besonderen Voraussetzungen für eine Erteilung der Approbation als Zahnarzt am 27. Januar 1980 erfüllt hatten.

# III. Sonderbestimmungen

## § 12

[Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde]

(1) Die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde kann auf Antrag Personen erteilt werden, die eine abgeschlossene zahnärztliche Ausbildung nachweisen.

(2) Die Erlaubnis kann auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen beschränkt werden. Sie darf nur widerruflich und nur bis zu einer Gesamtdauer der zahnärztlichen Tätigkeit von höchstens drei Jahren im Geltungsbereich dieses Gesetzes erteilt oder verlängert werden. Eine weitere Erteilung oder Verlängerung der Erlaubnis ist für den Zeitraum möglich, der erforderlich ist, damit der Antragsteller eine unverzüglich nach Erteilung der Erlaubnis begonnene zahnärztliche Weiterbildung abschließen kann, die innerhalb von drei Jahren aus von ihm nicht zu vertretenden Gründen nicht beendet werden konnte. Die weitere Erteilung oder Verlängerung ist nur zulässig, wenn die Gewähr dafür gegeben ist, daß die Weiterbildung innerhalb dieses Zeitraumes abgeschlossen wird; sie darf den Zeitraum von einem Jahr nicht überschreiten.

(3) Eine Erlaubnis darf ausnahmsweise über die in Absatz 2 genannten Zeiträume hinaus erteilt oder verlängert werden, wenn es im Interesse der zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung liegt oder wenn der ausländische Antragsteller

1. unanfechtbar als Asylberechtigter anerkannt ist,

2. die Rechtsstellung nach § 1 des Gesetzes über Maßnahmen für im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen aufgenommene Flüchtlinge vom 22. Juli 1980 (BGBl. I S. 1057) genießt,
3. mit einem Deutschen im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes verheiratet ist, der seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat,
4. im Besitz einer Einbürgerungszusicherung ist, der Einbürgerung jedoch Hindernisse entgegenstehen, die der Antragsteller nicht selbst beseitigen kann.

(4) In Ausnahmefällen kann eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde auf Antrag auch Personen erteilt werden, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes eine zahnärztliche Ausbildung erworben, diese Ausbildung aber noch nicht abgeschlossen haben, wenn

1. der Antragsteller auf Grund einer das Hochschulstudium abschließenden Prüfung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes die Berechtigung zur beschränkten Ausübung des zahnärztlichen Berufs erworben hat und
2. die auf Grund der Erlaubnis auszuübende Tätigkeit zum Abschluß einer zahnärztlichen Ausbildung erforderlich ist.

Die Erlaubnis ist in diesen Fällen auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen zu beschränken. Die Erlaubnis kann mit der Auflage verbunden werden, daß die vorübergehende Ausübung der Zahnheilkunde unter Aufsicht eines Zahnarztes, der die Approbation oder die Erlaubnis nach Absatz 1 besitzt, erfolgt. Sie darf nur unter dem Vorbehalt des Widerrufs und nur bis zu einer Gesamtdauer der zahnärztlichen Tätigkeit erteilt werden, deren es zum Abschluß der Ausbildung bedarf. Sie soll in der Regel an Personen, die weder Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes noch Staatsangehörige eines der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum noch heimatlose Ausländer sind, nur erteilt werden, wenn es sich um Angehörige eines Staates handelt, der auf Grund von Vereinbarungen mit der Bundesrepublik Deutschland im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes die Möglichkeit gibt, in seinem Land entsprechend tätig zu werden und der die in der Bundesrepublik Deutschland auf Grund einer Erlaubnis im Sinne dieser Vorschrift abgeleitete zahnärztliche Tätigkeit auf eine nach seinem Recht vorgesehene Ausbildung anrechnet.

(5) Personen, denen eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde erteilt worden ist, haben im übrigen die Rechte und Pflichten eines Zahnarztes.

## § 13a

### [Erbringen von Dienstleistungen]

(1) Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, die zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs in einem der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum auf Grund einer nach deutschen Rechtsvorschriften abgeschlossenen zahnärztlichen Ausbildung oder auf Grund eines in der Anlage zu § 2 Abs. 1 Satz 2, in § 2 Abs. 1 Satz 6 oder in § 20a genannten zahnärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises berechtigt sind, dürfen als Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages vorübergehend den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausüben.

(2) Ein Dienstleistungserbringer im Sinne des Absatzes 1 hat das Erbringen der Dienstleistung der zuständigen Behörde vorher anzuzeigen. Sofern eine vorherige Anzeige wegen der

Dringlichkeit des Tätigwerdens nicht möglich ist, hat die Anzeige unverzüglich nach Erbringen der Dienstleistung zu erfolgen. Bei der Anzeige sind Bescheinigungen des Herkunftsstaates darüber vorzulegen, daß der Dienstleistungserbringer

1. den zahnärztlichen Beruf im Herkunftsstaat rechtmäßig ausübt und
2. ein zahnärztliches Diplom, Prüfungszeugnis oder einen sonstigen zahnärztlichen Befähigungsnachweis im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 besitzt.

Die Bescheinigungen dürfen bei ihrer Vorlage nicht älter als zwölf Monate sein.

(3) Der Dienstleistungserbringer hat beim Erbringen der Dienstleistung im Geltungsbereich dieses Gesetzes die Rechte und Pflichten eines Zahnarztes. Verstößt ein Dienstleistungserbringer gegen diese Pflichten, so hat die zuständige Behörde unverzüglich die zuständige Behörde des Herkunftsstaates dieses Dienstleistungserbringers hierüber zu unterrichten.

(4) Einem Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, der im Geltungsbereich dieses Gesetzes den zahnärztlichen Beruf auf Grund einer Approbation als Zahnarzt oder einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde ausübt, sind auf Antrag für Zwecke der Dienstleistungserbringung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Bescheinigungen darüber auszustellen, daß er

1. den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieses Gesetzes rechtmäßig ausübt und
2. den erforderlichen Ausbildungsnachweis besitzt.

## § 14

[Ausübung der Zahnheilkunde in Grenzgemeinden]

Für die Ausübung der Zahnheilkunde in Grenzgebieten durch Zahnärzte, die im Geltungsbereich dieses Gesetzes keine Niederlassung haben, gelten die hierfür abgeschlossenen zwischenstaatlichen Verträge.

## § 15

[Gebührenordnung für Zahnärzte]

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.

## IV. Zuständigkeiten

### § 16

[Zuständigkeiten]

(1) Die Approbation erteilt in den Fällen des § 2 Abs. 1 Satz 1 die zuständige Behörde des Landes, in dem der Antragsteller die zahnärztliche Prüfung abgelegt hat. In den Fällen des §

20 Abs. 4 Satz 1 wird die Approbation von der zuständigen Behörde des Landes erteilt, in dem der Antragsteller sein Studium der Zahnheilkunde erfolgreich abgeschlossen hat.  
(2) Die Entscheidungen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2, 6, Abs. 2 oder Abs. 3, nach den §§ 8 bis 10 , 13 , 20 Abs. 2 Satz 2 und § 20a trifft die zuständige Behörde des Landes, in dem der zahnärztliche Beruf ausgeübt werden soll. Die Entscheidungen nach den §§ 4 und 5 trifft die zuständige Behörde des Landes, in dem der zahnärztliche Beruf ausgeübt wird oder zuletzt ausgeübt worden ist. Satz 2 gilt entsprechend für die Entgegennahme der Verzichtserklärung nach § 7 .

(3) Die Entscheidungen nach § 7a trifft die zuständige Behörde des Landes, das nach den Absätzen 1 oder 2 für die Erteilung der Approbation zuständig ist.

(4) Die Anzeige nach § 13a Abs. 2 nimmt die zuständige Behörde des Landes entgegen, in dem die Dienstleistung erbracht werden soll oder erbracht worden ist. Die Unterrichtung des Herkunftsstaates gemäß § 13a Abs. 3 Satz 2 erfolgt durch die zuständige Behörde des Landes, in dem die Dienstleistung erbracht wird oder erbracht worden ist. Die Bescheinigung nach § 13a Abs. 4 stellt die zuständige Behörde des Landes aus, in dem der Antragsteller den zahnärztlichen Beruf ausübt.

(5) Die Entscheidungen über die Erteilung oder Versagung einer Approbation nach § 2 Abs. 1 Satz 2 oder 6, § 2 Abs. 2 oder 3 sowie über die Rücknahme einer nach diesen Vorschriften erteilten Approbation nach § 4 Abs. 1 Satz 1 oder 3 sollen im Benehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit getroffen werden.

(6) Die zur Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden bestimmen sich nach Landesrecht.

## § 17

[Verordnung zur Durchführung des § 8 Abs. 1]

Der Bundesminister für Gesundheit erläßt mit Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung die zur Durchführung von § 8 Abs. 1 erforderlichen Bestimmungen.

## V. Straf-, Übergangs- und Schlussbestimmungen

### § 18

[Strafbestimmungen]

Mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe wird bestraft,

1. wer die Zahnheilkunde ausübt, ohne eine Approbation als Zahnarzt oder als Arzt zu besitzen oder nach § 1 Abs. 1 Satz 3, § 13 Abs. 2 Satz 1 oder Abs. 4 Satz 2, § 1 Abs. 2, § 7a, § 14 oder § 19 zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigt zu sein,
2. wer die Zahnheilkunde ausübt, solange durch vollziehbare Verfügung das Ruhen der Approbation angeordnet ist.

## § 19

### [Ausübung der Zahnheilkunde ohne Approbation als Zahnarzt oder Arzt]

Wer vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes die Zahnheilkunde ausgeübt hat, ohne im Besitz einer Bestallung als Arzt oder Zahnarzt zu sein, darf sie im bisherigen Umfange weiter ausüben. Die §§ 4 und 5 sind entsprechend anzuwenden.

## § 20

### [Nach früherem Recht erteilte Approbationen, Bestellungen und Erlaubnisse - Einigungsvertrag]

(1) Eine Approbation oder Bestallung, die beim Wirksamwerden des Beitritts im bisherigen Geltungsbereich dieses Gesetzes zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs berechtigt, gilt als Approbation im Sinne dieses Gesetzes. Das gleiche gilt für eine Approbation, die am Tage vor dem Wirksamwerden des Beitritts in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs berechtigt, soweit sie nicht durch eine zu diesem Zeitpunkt geltende Anordnung nach § 13 der Approbationsordnung für Zahnärzte vom 13. Januar 1977 (GBl. I Nr. 5 S. 34) in der Fassung der Anordnung Nr. 2 vom 24. August 1981 (GBl. I Nr. 29 S. 346) eingeschränkt worden ist. Die Berechtigung zur weiteren Führung einer im Zusammenhang mit der Anerkennung als Fachzahnarzt verliehenen Bezeichnung durch Inhaber einer in Satz 2 genannten Approbation, die am Tage vor dem Wirksamwerden des Beitritts eine solche Bezeichnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet führen dürfen, richtet sich nach Landesrecht.

(2) Eine in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet am Tage vor dem Wirksamwerden des Beitritts zur Ausübung des zahnärztlichen Berufs berechtigende, jedoch durch eine zu diesem Zeitpunkt geltende Anordnung nach § 13 der Approbationsordnung für Zahnärzte vom 13. Januar 1977 (GBl. I Nr. 5 S. 34) in der Fassung der Anordnung Nr. 2 vom 24. August 1981 (GBl. I Nr. 29 S. 346) eingeschränkte Approbation als Zahnarzt gilt als Erlaubnis nach § 13 Abs. 1 dieses Gesetzes. Der Inhaber einer solchen Approbation erhält auf Antrag eine Approbation als Zahnarzt im Sinne dieses Gesetzes, wenn er die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 erfüllt.

(3) Eine beim Wirksamwerden des Beitritts gültige Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde und eine am Tage vor dem Wirksamwerden des Beitritts in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet gültige staatliche Erlaubnis zur Ausübung stomatologischer Tätigkeiten gemäß § 8 Abs. 3 der Approbationsordnung für Zahnärzte vom 13. Januar 1977 (GBl. I Nr. 5 S. 34) in der Fassung der Anordnung Nr. 2 vom 24. August 1981 (GBl. I Nr. 29 S. 346) gelten mit ihrem bisherigen Inhalt als Erlaubnis nach § 13 Abs. 1 dieses Gesetzes.

(4) Studierende der Zahnheilkunde, die nach dem Wirksamwerden des Beitritts ein vorher begonnenes Studium der Zahnheilkunde an Universitäten oder Medizinischen Akademien in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet fortsetzen, schließen das Studium nach den bisher für dieses Gebiet geltenden Rechtsvorschriften ab, sofern dies bis zum 31. Dezember 1997 geschieht. Der erfolgreiche Studienabschluß steht dem Abschluß des Studiums der Zahnheilkunde durch die bestandene zahnärztliche Prüfung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 gleich. Für Studierende, die im September 1991 und später ein Studium der Zahnheilkunde an den in Satz 1 genannten Ausbildungsstätten aufnehmen, gelten die Vorschriften der aufgrund des § 3 dieses Gesetzes erlassenen Approbationsordnung für Zahnärzte. In dieser Verordnung soll bis zum 31. Dezember 1992 geregelt werden, daß das Studium der Zahn-

heilkunde künftig eine Pflichtunterrichtsveranstaltung in der Kinderzahnheilkunde zu umfassen und sich die zahnärztliche Prüfung auf dieses Fach zu erstrecken hat.

## § 20a

### [Prüfung in einem Mitgliedstaat der EWG]

Antragstellern, die die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 erfüllen und eine Approbation als Zahnarzt auf Grund der Vorlage eines vor dem nach § 2 Abs. 1 Satz 2 oder 3 für die Anerkennung jeweils maßgebenden Datum ausgestellten zahnärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises eines der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum beantragen, ist die Approbation als Zahnarzt ebenfalls zu erteilen. In den Fällen, in denen die zahnärztliche Ausbildung des Antragstellers den Mindestanforderungen des Artikels 1 der Richtlinie 78/687/EWG des Rates nicht genügt, kann die zuständige Behörde die Vorlage einer Bescheinigung des Heimat- oder Herkunftsstaates des Antragstellers verlangen, aus der sich ergibt, daß der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung mindestens drei Jahre ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig den zahnärztlichen Beruf ausgeübt hat. In Italien, in Spanien und in Österreich ausgestellte ärztliche Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise werden als Nachweis einer Ausbildung im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 4 anerkannt, wenn ihnen eine Bescheinigung der zuständigen Behörde des betreffenden Staates darüber beigefügt ist, daß sich der Antragsteller während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig sowie hauptsächlich den in Artikel 5 der Richtlinie 78/687/EWG genannten Tätigkeiten gewidmet hat und daß er berechtigt ist, diese Tätigkeiten unter denselben Bedingungen auszuüben wie die Inhaber eines von dem betreffenden Staat ausgestellten und in der Anlage zu § 2 Abs. 1 Satz 2 aufgeführten zahnärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises. Diese Regelung erfaßt jedoch nur ärztliche Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstige Befähigungsnachweise, die für ärztliche Ausbildungen ausgestellt worden sind, bei denen das Universitätsstudium vor einem bestimmten Zeitpunkt aufgenommen worden ist, und zwar

- in Italien vor dem 27. Januar 1980,
- in Spanien vor dem 1. Januar 1986,
- in Österreich vor dem 1. Januar 1993.

Sie gilt für die in Österreich ausgestellten ärztlichen Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise von dem Zeitpunkt an, zu dem in Österreich die ersten zahnärztlichen Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstigen Befähigungsnachweise über eine in Österreich abgeschlossene, den Mindestanforderungen des Artikels 1 der Richtlinie 78/687/EWG entsprechende zahnärztliche Ausbildung ausgestellt werden. Den Nachweis der in Satz 3 genannten dreijährigen zahnheilkundlichen Tätigkeit brauchen Antragsteller nicht zu erbringen, die ein nach Erwerb des ärztlichen Diploms, Prüfungszeugnisses oder sonstigen Befähigungsnachweises erfolgreich abgeleitetes Universitätsstudium nachweisen können, dessen Gleichwertigkeit mit einem Studium der Zahnmedizin nach Artikel 1 der Richtlinie 78/687/EWG von der zuständigen Stelle bescheinigt ist.

**§ 21**

(aufgehoben)

**§ 22**

(vollzogene Änderungsvorschrift)

**§ 23****[Außerkräfttreten entgegenstehender Vorschriften]**

Alle entgegenstehenden Vorschriften, insbesondere die §§ 29 , 40 , 53 , 54 und 147 der Gewerbeordnung treten insoweit außer Kraft, als sie sich auf Zahnärzte und Dentisten beziehen.

**§ 24**

(Inkräfttreten)

**Anlage (zu § 2 Abs. 1 Satz 2)**

**Zahnärztliche Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstige Befähigungsnachweise der übrigen Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum**

a) Belgien

"diplôme légal de licencié en science dentaire/wettelijk diploma van licentiaat in de tandheelkunde" (zahnärztliches Diplom), ausgestellt von den medizinischen Fakultäten einer Universität oder vom Hauptprüfungsausschuß oder von den staatlichen Prüfungsausschüssen für Hochschulen;

b) Dänemark

"bevis for tandlaegeeksamen (kandidateksamen)" (Zeugnis über das zahnärztliche Examen), ausgestellt von den Schulen für zahnärztliche Ausbildung, in Verbindung mit der von dem "sundhedsstyrelsen" (Staatliches Gesundheitsamt) ausgestellten Bescheinigung, daß der Betreffende eine Assistententätigkeit von vorgeschriebener Dauer ausgeübt hat;

c) Finnland

"todistus hammaslääketieteen lisensiaatin tutkinnosta/bevis om odontologi licentiat examen" (Zeugnis über das zahnärztliche Examen), ausgestellt von der medizinischen Fakultät einer Hochschule, sowie eine Bescheinigung über eine praktische Ausbildung, ausgestellt von der nationalen Gesundheitsbehörde;

d) Frankreich

1. "diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste" (staatliches Diplom eines Zahnarztes), ausgestellt bis 1973 von der medizinischen oder medizinisch-pharmazeutischen Fakultät einer Universität;

2. "diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire" (staatliches Diplom eines Doktors der Dentalchirurgie), ausgestellt von einer Universität;

e) Griechenland

„πτυχιο οδοντιατρική των πανεπιστημίου“;

## f) Irland

Diplom eines

- "Bachelor in Dental Science (B. Dent. Sc.)"

- "Bachelor of Dental Surgery (BDS)" oder

- "Licentiate in Dental Surgery (LDS)",

ausgestellt von einer Universität oder dem "Royal College of Surgeons in Ireland";

## g) Island

"próf frá tannlaeknadeild Háskóla Íslands" (Diplom der zahnmedizinischen Fakultät der Universität Islands);

## h) Italien

"diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentaria" (Diplom eines Doktors der Zahnheilkunde) in Verbindung mit dem "diploma di abilitazione all'esercizio dell'odontoiatria e protesi dentaria" (Diplom über die Befähigung zur Ausübung der Zahnheilkunde und Zahnprothetik), ausgestellt von der staatlichen Prüfungskommission;

## i) Liechtenstein

Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstige Befähigungsnachweise des Zahnarztes, die in den Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und in den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ausgestellt werden, zusammen mit einer Bescheinigung über eine abgeschlossene praktische Ausbildung, ausgestellt von den zuständigen Behörden;

## j) Luxemburg

"diplôme d'Etat de docteur en médecine dentaire" (staatliches Diplom eines Doktors der Zahnheilkunde), ausgestellt von dem staatlichen Prüfungsausschuß;

## k) Niederlande

"universitair getuigschrift van een met goed gevolg afgelegd tandartsexamen" (Universitätszeugnis über die bestandene zahnärztliche Prüfung);

## l) Norwegen

"bevis for best-tt odontologisk embetseksamen" (Diplom über die Verleihung des Grads cand. odont.), ausgestellt von der zahnmedizinischen Fakultät einer Universität;

## m) Österreich

Diplom noch nicht vorhanden. Es wird innerhalb von sechs Jahren nach Inkrafttreten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eingeführt (Artikel 30i . V. m. Anhang 7 Nr. 10b des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum);

## n) Portugal

"carta de curso de licenciatura em medicina dentaria" (Prüfungszeugnis für das Studium der Zahnmedizin), ausgestellt von einer Fachhochschule;

## o) Schweden

"tandläkarexamen" (Hochschulabschluß in Zahnheilkunde), ausgestellt von Zahnheilkundeinstituten, zusammen mit einer Bescheinigung über den Abschluß einer praktischen Ausbildung, ausgestellt von der nationalen Gesundheitsbehörde;

## p) Spanien

Spanien teilt die Bezeichnung des Diploms noch mit. Es ist auf Grund der Beitrittsakte verpflichtet, eine zahnärztliche Ausbildung einzuführen, die es bisher dort nicht gibt;

q) Vereinigtes Königreich

Diplom eines

- "Bachelor of Dental Surgery (BDS oder BChD)"

oder

- "Licentiate in Dental Surgery (LDS)",

ausgestellt von einer Universität oder einem "Royal College".

## 8 Literaturverzeichnis

Abendroth W: Universitäten im Faschismus. In: Kirchhoff W (Hrsg.): Zahnmedizin und Faschismus; Arbeiterbewegung und Gesellschaftswissenschaft; Marburg; (1987)

Barkowski D: Vorhersage von Studien- und Berufserfolg bei Zahnmedizinern. Profil; München; (1986)

Bengeser G: Doktorpromotion in Deutschland. Begriff, Geschichte, gegenwärtige Gestalt. Hochschuldienst Raabe; Bonn; (1965)

Bergmeyer V: Abbrüche medizinischer Doktorarbeiten – Immanenter Bestandteil der medizinischen Promotion? Görlich & Weiershäuser; Marburg; (1998)

Billig AH: Dorothea Christiana Erxleben – die erste deutsche Ärztin. Medizinische Dissertation, Universität München; (1966)

Brockhaus – Die Enzyklopädie: in 24 Bänden. 20. Aufl.; Mannheim; (1996)

Bronner A: Die berufliche Situation von Ärztinnen in sogenannten Männer- und Frauenfächern der Medizin. Medizinische Dissertation, Freie Universität Berlin; (1999)

Bruhn C: Die Westdeutsche Kieferklinik in Düsseldorf und ihre Wirksamkeit. Bergmann, München; (1922)

Bruhn C: Gedanken über Sinn und Notwendigkeit der stomatologischen Spezialisierung. Dtsch Med Wochenschr (1932), 58 (17): 668

BVerfGE 33, 303 (1972)

BVerfGE 43, 291 (1977)

Eckart WU: 100 Jahre Frauenstudium – Baden lag an der Spitze. Medizinische Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg; (1999), [http://med.uni-hd.de/sonstiges/timeline/frauen\\_baden.html](http://med.uni-hd.de/sonstiges/timeline/frauen_baden.html), Zugriff-Datum: 21.05.2004

Erstes Promotionsbuch der Medizinischen Akademie. Universitätsarchiv Düsseldorf 1/1

Esch MG, Griese K, Sparing F, Woelk W: Die Medizinische Akademie Düsseldorf im Nationalsozialismus. Klartext; Essen; (1997)

Geister A-A: Die Westdeutsche Kieferklinik. In: Engelbrecht J, Looz-Corswarem C von (Hrsg.): Krieg und Frieden in Düsseldorf; Veröffentlichungen aus dem Stadtarchiv Düsseldorf, Band 10, Grupello, Düsseldorf; (2004)

- Geister A-A: Zur Geschichte der Westdeutschen Kieferklinik. Veröffentlichungen aus dem Stadtarchiv Düsseldorf, Band 11, Selbstverlag des Stadtarchivs, Düsseldorf; (2004)
- Gerke J: Die Chronik der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf. Düsseldorf; (1953)
- Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde
- Vom 31. März 1952 (BGBl. I S.221) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S.1225), zuletzt geändert durch Art.1 Nr.1 des Gesetzes zur Anpassung des EWR-Ausführungsgesetzes vom 27.09.1993 (BGBl. I S.1666)
- Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde wird 50. Zahnärztl Mitt 92, 24 (7/2002)
- Groß D: Die schwierige Professionalisierung der deutschen Zahnärzteschaft (1867 – 1919). Lang; Frankfurt am Main, Berlin; (1994)
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
- Guggenbichler N: Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz. Mabuse; Frankfurt a. M.; (1988)
- Hinneberg H: Die Erfahrungen mit Auswahlgesprächen sind enttäuschend. (Jan. 2004); <http://www.uni-ulm.de/uui/2004/nr266.htm>
- Hoffmann-Axthelm W: Die Geschichte der Zahnheilkunde. 2.Aufl.; Quintessenz; Berlin; (1985)
- Jonczyk Y: Die Westdeutsche Kieferklinik Düsseldorf in den Jahren 1917 – 1962. Zahnmedizinische Dissertation, Universität Düsseldorf; (1999)
- Kersting N: Promotionsstudium im Vergleich. Reihe: Marburger Meinungsbilder. Marburg; (2000)
- Krämer KL, Muller J, Linse RM: Paper, Poster und Projekte. Novartis; Nürnberg; (1998)
- Künzel W: Medizin und Gesellschaft – Die Stomatologie in der DDR. Volk und Gesundheit; Berlin; (1987)
- Labisch A: Medizin. I. Historisch. In: Lexikon für Theologie und Kirche; Siebter Band; Herder; Freiburg; (1998)
- Lehmann zit. n.: Universität Köln: Geschichte der Zahnmedizin, <http://www.uni-koeln.de/medfak/zahn/vorklinik/allgemein/index.shtml>, Zugriff-Datum: 25.04.2004
- Lindemann A: Von der Entwicklung und Bedeutung der Westdeutschen Kieferklinik. Zahnärztl Welt (1953), 8 (17): 411

- Mack C: Henriette Hirschfeld-Tiburtius (1834 – 1911) – Das Leben der ersten selbständigen Zahnärztin Deutschlands. In: Tröhler U von, Leven KH (Hrsg.): Medizingeschichte im Kontext; Band 2; Lang; Frankfurt am Main, Berlin; (1999)
- Mayer S-M: Professor Dr. med. dent. h.c. Christian Bruhn und die Begründung der Westdeutschen Kieferklinik. Zahnmedizinische Dissertation, Universität Düsseldorf; (1967)
- Münstermann C: Medizinische Ausbildung und Zahnmedizin an der Berliner Universität 1811 – 1920. Zahnmedizinische Dissertation, Freie Universität Berlin; (1992)
- Personen- und Vorlesungsverzeichnis der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, WAZ, Sommersemester 2002, Chronik der Universität, 17-19
- Plassmann M: Ausländische Studierende an der Medizinischen Akademie Düsseldorf nach 1945. In: Plassmann M (Hrsg.): Bewahren und Gestalten. Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf; Düsseldorf; (2002)
- Plassmann M: Der lange Weg der Medizinischen Akademie Düsseldorf zur Universität. In: Plassmann M (Hrsg.): Bewahren und Gestalten; Schriften der Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf; Düsseldorf; (2002)
- Promotionsordnung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf vom 29. Januar 1937. Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf CULT G 2533
- Ratsversammlung Düsseldorf: Niederschrift über die 9. öffentliche Sitzung des Rates der Landeshauptstadt Düsseldorf in seiner 13. Wahlperiode am Donnerstag, 15. Juni 2000, 14.00Uhr, Rathaus, Plenarsaal
- Schadewaldt H: Universität Düsseldorf. Länderdienst; Berlin; (1966)
- Schadewaldt H: Von der Medizinischen Akademie zur Universität Düsseldorf 1923 – 1973. Länderdienst; Berlin; (1973)
- Schalenberg M: Das Humboldtsche Bildungsideal und die raue Wirklichkeit des 21. Jahrhunderts. [http://www.uni-jena.de/content\\_skin\\_print\\_page\\_5791.html](http://www.uni-jena.de/content_skin_print_page_5791.html), Zugriff-Datum: 04.08.2004
- Schipanski D in einem Interview anlässlich des 6. Thüringer Zahnärztetages am 22./23. Nov. 2002 in Erfurt. Thüringer Zahnärzteblatt 11/2002, 7
- Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 2003 für die BRD
- Strömgen HL: Die Zahnheilkunde im achtzehnten Jahrhundert. Levin & Munksgaard; Kopenhagen; (1935)
- Strübig W: Geschichte der Zahnheilkunde. Deutscher Ärzte-Verlag; Köln; (1989)

Studienordnung für den Studiengang Zahnmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mit dem Abschluss Zahnärztliche Prüfung vom 08.01.2003

Universität Graz; <http://www.kfunigraz.ac.at/phywww/kenner/stellungnahmen/kenner8.htm>;  
Zugriff-Datum: 25.05.2004

Universität Kiel; <http://www.zsb.uni-kiel.de/infoblaetter/magisterinfo.htm>; Zugriff-Datum:  
25.05.2004

Vereinbarung zwischen der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster und der Medizinischen Akademie in Düsseldorf über die Promotion zum Doktor der Medizin. 28. Juli 1927, Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 346, Punkt IV.21

Vertrag zwischen dem Preußischen Staat und der Stadt Düsseldorf vom 24. Feb. 1923. Universitätsarchiv Düsseldorf 1/2, 842

Weihrauch M, Strate J, Pabst R: Die medizinische Dissertation – kein Auslaufmodell. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128:2583-2587

Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin. Drs. 5913/04; Berlin; (2004)

Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Doktorandenausbildung. Drs. 5459/02; Saarbrücken; (2002)

Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Reform des Hochschulzugangs. Drs. 5920/04 Berlin; (2004)

Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) vom 28. Mai 1957 (BGBl I S.582), zuletzt geändert durch Artikel 314 der Achten Zuständigkeitsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl I vom 27. November 2003 S. 2343) gültig ab 1. Januar 2004

## 9 Lebenslauf

Am 09. Juni 1979 wurde ich, Martina Klöser, als Tochter der Kaufleute Helga und Peter Klöser in Krefeld geboren. Von 1989 bis 1998 besuchte ich das Gymnasium am Stadtpark in Krefeld-Uerdingen, wo ich im Juni 1998 die Allgemeine Hochschulreife erwarb. Zum Wintersemester 1998/99 nahm ich an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf das Studium der Zahnmedizin auf. Im November 2003 legte ich ebenfalls an der Heinrich-Heine-Universität das Staatsexamen mit der Note „gut“ ab. Seit Dezember 2003 bin ich als Vorbereitungsassistentin in einer zahnärztlichen Praxis tätig.

## 10 Danksagung

Ich danke Prof. Dr. Hugger für die Überlassung des Themas und die ausgezeichnete Betreuung durch alle Phasen der Entstehung dieser Arbeit.

Den Mitarbeitern des Akademischen Prüfungsamtes unter der Leitung von Herrn Beil gebührt Dank für ihr freundliches Entgegenkommen während der Datenerhebung und ihre zahlreichen Anregungen. Auch den Mitarbeitern der Medizinischen Abteilung der Universitäts- und Landesbibliothek sei an dieser Stelle für ihre Unterstützung gedankt. Ferner möchte ich den Mitarbeitern des Institutes für Geschichte der Medizin danken, wo mir besonders Frau Götz bei der Literaturrecherche mit ihrem kompetenten Rat zur Seite stand. Ausdrücklich bedanke ich mich bei dem Leiter des Universitätsarchivs, Dr. Plassmann, für sein Interesse an meiner Arbeit und die Unterstützung bei der Dokumentensammlung.

Ich danke Marc Schumacher für seine Hilfe bei der Programmierung der Datenbank und die damit verbundenen vielen gemeinsamen Arbeitsstunden am Computer. Bei meinen Eltern möchte ich mich für ihre tägliche Unterstützung bedanken, die mir die Konzentration auf meine Dissertation erleichtert hat und für die Ermutigung, die ich durch sie bekam.