



Einsichten eines Wissenschaftsnarren (41)

Wozu braucht der Doktor einen Doktor?

Der deutsche „Dr. med.“ taugt in vielfacher Hinsicht nichts. Das weiß man schon lange. Doch die Maßnahmen, daran was zu ändern, taugen bisher leider auch nicht viel.

Der „Dr. med.“ ist eine Anomalie in der Welt der Dissertationen. Also befassen wir uns heute in der närrischen Mini-Serie „Unnütze oder schädliche akademische Grade in der Medizin“ nach der Habilitation (LJ 6/21: 22-23) mit der medizinischen Promotion. Der Narr weiß wahrlich, wovon er spricht. Nicht nur hat er den Titel selbst erworben, er hat sein Studium auch als Promotions-Ghostwriter teilfinanziert. Wie alle (Klein-)Kriminellen kann er sich

»Am Grundproblem, dass studienbegleitend promoviert wird, wird nicht gerüttelt.«

aber heute damit rechtfertigen, dass es ihm allzu leicht gemacht wurde. Womit wir mitten im Thema wären.

Mehr als achtzig Prozent der Medizin-Absolventen promovieren. Die Dissertation kann vor Abschluss des Studiums angefertigt werden, der Titel wird dann gleich nach dem letzten Staatsexamen verliehen. Und das macht die überwiegende Zahl der Mediziner so. Die Einarbeitung ins Thema, die Durchführung der Studie, die Auswertung und das Zusammenschreiben der Ergebnisse – all das findet während des Studiums statt.

Dass dies überhaupt nebenbei möglich ist, wirft natürlich nicht nur Fragen bezüglich des Umfangs und der Qualität solcher Dissertationen auf. Offensichtlich lastet die Aneignung der Inhalte und Fähigkeiten im Rahmen der Ausbildung zum Arzt die Studenten nicht sonderlich aus. Schließlich scheint die Mehrzahl nebenbei nicht nur das selbstständige wissenschaftliche Arbeiten erlernen zu können – sondern kann überdies noch an Studi-

en teilhaben oder aufwendige Experimente durchführen, diese analysieren und interpretieren sowie als Monographie oder als Fachartikel veröffentlichen.

All dies ist hinlänglich bekannt und wird seit vielen Jahren kritisiert. Der Wissenschaftsrat hat sich mehrfach mit dem Thema befasst – und kommt zu dem Schluss, dass „das wissenschaftliche Niveau der studienbegleitenden Doktorarbeiten [...] in der weit überwiegenden Zahl der Fälle nicht den Standards der Doktorarbeiten anderer naturwissenschaftlicher Fächer [entspricht]“. Der European Research Council (ERC) akzeptiert aus diesem Grund Antragsteller mit „Dr. med.“ nur dann, wenn sie belegen können, dass sie mehrere Jahre an ihrer Dissertation geforscht haben. Deutsche Medizinerinnen und Mediziner müssen daher eine Stelle nachweisen können, die eine Ph.D.-Äquivalenz voraussetzt (beispielsweise Postdoc-Fellowship oder Ruf auf eine Professur).

Der ehemalige Vorsitzende des Wissenschaftsrats und Charité-Vorstandsvorsitzende Karl Max Einhäupl formulierte es einmal so: „Überspitzt gesagt, untersuchen manche solcher Dissertationen irrelevante Fragestellungen mit unzulässigen Methoden und erhalten zu guter Letzt noch einen wohlklingenden Titel.“

Das Ganze ist natürlich insbesondere für jene Promovenden bitter, die jahrelang aufwendige und ausgezeichnete Forschungsarbeit geleistet haben – zumal sie diese auch oft erst einige Jahre nach der Approbation abschließen. Auch sie erhalten am Ende nur den „Dr. med.(-ioker)“ – ein Titel, der dem „Dr. rer. nat.“ beziehungsweise dem „Ph.D.“ nicht das Wasser reichen kann, obwohl ihre Arbeiten eigentlich deren Standards entsprechen.

Mir soll es hier aber um mehr gehen als Gerechtigkeit zwischen verschiedenen Disziplinen, Diskriminierung deutscher Antragsteller beim ERC oder Spott von Naturwissenschaftlern über die mangelnden Qualitätsstandards bei medizinischen Titeln. Denn die Kritik am „Dr. med.“ hatte tatsächlich Wirkung. Die meisten medizinischen Fakultäten in Deutschland haben die Diagnose lange akzeptiert, dass

es der medizinischen Dissertation an Qualität mangelt. Bislang wollten sie jedoch am Grundproblem, dass nämlich studienbegleitend promoviert wird, nicht rütteln. Sie wollen den Kuchen essen, ihn aber trotzdem auf dem Teller behalten.

Um Abhilfe zu schaffen, definierte man daher an vielen Fakultäten durchaus wohlmeinend erhöhte Qualitätsstandards für den „Dr. med.“. Dazu wurden Promotionsvereinbarungen eingeführt und strukturierte Ausbildungsangebote gemacht. Und als Pièce de Résistance wurde das Desiderat formuliert, dass medizinische Promotionsarbeiten nach Peer Review in möglichst internationalen wissenschaftlichen Journalen erscheinen sollen. Natürlich mit den Promovenden als Erstautoren.

»Die Regeln führen dazu, dass der Druck zu publizieren noch höher ist als ohnehin schon.«

Die Publikationspromotion soll also die Regel sein und die Monographie überflüssig machen. Die Letztere verstaubt ja ohnehin nur im Bücherschrank der Großeltern, die das alles mitfinanziert hatten. Und ein gehobenes Prädikat ist mit so einer Monographie mittlerweile ja auch gar nicht mehr zu erreichen.

Ist damit nun das Ziel erreicht? Dient die Promotion damit „dem Nachweis der Befähigung zu vertiefter wissenschaftlicher Arbeit durch eine eigene, selbstständige und originäre Forschungsleistung, die zum Erkenntnisgewinn im Fachgebiet beiträgt“? So formuliert es etwa die aktuelle Promotionsordnung der Charité.

Ich fürchte: Nein! Das Ganze hat das Problem sogar verschärft. Denn am Grundübel – dem studienbegleitenden Promovieren – hat sich rein gar nichts geändert. Neben einem anspruchsvollen Studium samt Praktika und Prüfungen – sowie manchmal sogar noch einem Job, um all das zu finanzieren – soll also weiterhin Kompetenz in wissenschaft-

licher Methodik oder Studiaauswertung erworben werden.

Dabei sollen sich Studenten in diese Methoden so einarbeiten, dass sie robuste und relevante Ergebnisse erzielen, die es wert sind, der Fachwelt in einer Publikation präsentiert zu werden. Weil diese den Peer Review passieren soll, muss die Arbeit nach dem Zusammenschreiben auch noch eingereicht und begutachtet werden, vermutlich noch eine oder mehrere Revisionen durchlaufen, im Fall der Ablehnung nochmals bei einem anderen Journal eingereicht werden *et cetera*. Dies bedeutet, dass in der Regel „Least Publishable Units“ erzeugt werden müssen und die Story bei den Gutachtern möglichst wenig anecken darf.

Und hier liegt der Hase im Pfeffer: Auf diese Weise führen die neuen Regeln dazu, dass der Druck noch höher als ohnehin schon ist, in einem vorgegebenen Zeitraum publizierbare Ergebnisse zu erzeugen. Damit wächst auch die Versuchung, Resultate selektiv auszuwählen, in der statistischen Auswertung signifikante p-Werte durch multiple, aber nicht vorher festgelegte oder dafür korrigierte Vergleiche zu erzeugen, Hypothesen nach Auswertung der Ergebnisse zu modifizieren oder gar auszutauschen, ohne dies in der Arbeit kundzutun, und so weiter. Das volle Programm

nicht offengelegter „wissenschaftlicher Freiheiten“ eben.

Dazu darf man nicht vergessen, dass Medizindoktoranden in der Regel von Klinikern angeleitet werden, die den größeren Teil ihres Arbeitstags am Patientenbett, im Hörsaal oder auf Kongressen verbringen – und daher häufig nicht die optimalen Betreuer sind. Dies unter anderem auch deswegen, weil die meisten von ihnen auf dieselbe Weise in der Wissenschaft sozialisiert wurden – und sie sich ihre eigene Methoden- und Statistik-Kompetenz „on the job“ angeeignet haben. Daher übernimmt ja auch häufig das technische Assistenzpersonal die Betreuung, oder gleich andere, etwas seniorere Studenten.

Auch das Problem der mangelnden Vergleichbarkeit der Promotionen wird durch die neuen Anforderungen nicht gelöst. Nach wie vor wird der Titel von vielen im Schnelldurchgang erworben – während andere wie schon bisher Forschungsarbeiten abliefern, die einem Ph.D. oder Dr. rer. nat. absolut äquivalent sind. Auch hier wurde also nichts gewonnen.

Eine besondere Tragik der bundesweiten Versuche, den Standard des „Dr. med.“ zu heben, liegt darin, dass die „neue Promotionsordnung [...] weltweite Anstrengungen reflektiert, die Robustheit, Reproduzierbarkeit und Werthaltigkeit biomedizinischer Forschung zu verbessern“. So jedenfalls formuliert es die Charité, typisch für viele medizinische Fakultäten in Deutschland. In der Praxis läuft man damit jedoch eher Gefahr, das Gegenteil von robusten und reproduzierbaren Forschungsergebnissen zu erhalten. Und vielmehr noch trägt man verstärkt zu dem Tsunami von wissenschaftlichen Publikationen bei, die bestenfalls kleine inkrementelle Beiträge liefern, allzu oft jedoch die Literatur lediglich weiter mit Wertlosem verdünnen. Zwar werden diese Publikationen zum Glück häufig gar nicht gelesen, auf jeden Fall erschweren sie aber die Evidenzsynthese in systematischen Reviews und Metaanalysen.

Aber warum wollen über achtzig Prozent der Medizinstudenten den „Dr. med.“ überhaupt erwerben? Zum einen geht es ihnen dabei häufig schlichtweg um den Titel, sodass der „Herr Doktor“ auch tatsächlich einen „Doktor“ hat! Manch andere Studenten wollen hingegen herausfinden, ob „Wissenschaft“ etwas für sie ist und ob sie gar Karriere in der akademischen Medizin machen wollen. Beide Anliegen sind nachvollziehbar und legitim. Das gegenwärtige Verfahren ist dafür aber ungeeignet.

Den Titelerwerb könnte man stattdessen wie beispielsweise in Österreich gestalten. Der akademische Grad wird dort bei Studienabschluss nach Verfassen einer einfachen Diplomarbeit verliehen. In Deutschland darf

dieser Grad deshalb nur mit Zusatz als „Dr. med. univ.“ geführt werden. Für die Frage, ob Wissenschaft für jemanden als berufliche Perspektive in Frage kommt, eignen sich dagegen andere Formate viel besser – wie etwa Hausarbeiten, Hospitationen, dafür zugeschnittene Kurse und Seminare. Die strukturierten Ausbildungsangebote, die mancherorts gerade im Zuge der Reform des „Dr. med.“ aufgebaut werden, wären dafür bereits sehr tauglich.

Auch wären sie eine gute Grundlage für die Ausbildung derer, die nach dem Medizinstudium mit einer „echten“, Ph.D.-äquivalenten Promotion methodische Kompetenz erwerben wollen. Dazu gibt es an vielen Unis mit medizinischer Fakultät bereits Graduiertenkollegs und andere Programme, in denen Mediziner und Naturwissenschaftler in den Lebenswissenschaften ausgebildet werden und einen soliden „Ph.D.“ oder „Dr. rer. nat.“ erwerben können.

Das Rad muss also nicht nochmals neu erfunden werden. Aber obwohl dieses Modell – also eine Art „Dr. med. univ.“ fürs Praxisschuld und der „Ph.D.“ für die Forschungsinteressierten – relativ einfach und zeitnah umzusetzen wäre, wagen sich einzelne Fakultäten dennoch nicht daran. Hauptgrund ist die Furcht vor einem Konkurrenznachteil, wenn sie den „Dr. med.“ gar nicht mehr anbieten – die anderen Unis aber schon. Die Sache müsste also

»Das Dilemma wäre leicht zu lösen: Man müsste nur die Habilitation abschaffen.«

so bundesweit umgesetzt werden. Doch das geht vielen zu weit – also machen alle weiter wie bisher.

Ein Argument bleibt noch: nämlich, dass durch eine Promotionsphase *nach* dem Studium sowie anschließendem Facharzt und Habilitation die armen Mediziner ihre Ausbildung ja erst kurz vor der Berentung abschließen könnten. Da ist sogar was dran. Doch das Dilemma wäre leicht zu lösen: Man müsste nur die Habilitation abschaffen, die der Narr ja ohnehin schon in einer früheren Folge dieser Kolumne als unnützes Jodeldiplom entlarvt hat (LJ 6/2021: 22-23).

Die Abschaffung des „Dr. med.“ würde allerdings auch die Ghostwriter medizinischer Promotionen brotlos machen. Googeln Sie mal danach – Sie werden sehen, das ist immer noch ein florierendes Geschäft!

Weiterführende Literatur und Links finden sich wie immer unter: <http://dirnagl.com/lj>.



Foto: BIH/Thomas Rafalzyk

Ulrich Dirnagl

leitet die Experimentelle Neurologie an der Berliner Charité und ist Gründungsdirektor des QUEST Center for Transforming Biomedical Research am Berlin Institute of Health. Für seine Kolumne schlüpft er in die Rolle eines „Wissenschaftsnarren“ – um mit Lust und Laune dem Forschungsbetrieb so manche Nase zu drehen.