



Die medizinische Promotion als Teil der Ausbildung

Prof. Dr. Dieter Bitter-Suermann

Präsident des Medizinischen Fakultätentages, Hannover

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
meine Damen und Herren!

Um einen kurzen Satz aus der Diskussion an dieser Stelle vorwegzunehmen: Ich stimme vollständig mit den Thesen von Herrn Schölmerich überein und ich kann in Teilen nachvollziehen, was Frau Kaiser aus den Schweizer Erfahrungen vorgestellt hat. Dagegen stimme ich mit den Überlegungen des Wissenschaftsrates für die Promotion in der Medizin überhaupt nicht überein und halte diese Ideen für blauäugig und realitätsfremd.

In keinem wissenschaftlichen Fachgebiet sind der wissenschaftliche Fortschritt und die Umsetzung neuer Erkenntnisse in die Praxis, d. h. die Translation, so schnell wie in der Medizin. Die Kombination der Vermittlung naturwissenschaftlicher Grundlagen mit der Vermittlung medizinischer Fähigkeiten am Patienten ist ein Markenzeichen der deutschen Medizinerbildung, die im eigenen Land oft als "theorielastig" gebrandmarkt wird. Die klinische Praxis läßt sich aber später schnell nachholen, die Theorie dagegen nicht. Im Ausland sind die deutschen Mediziner wegen dieser wissenschaftlichen Grundausbildung, soweit wir die Rückkopplungen erhalten, hoch geschätzt.

Warum wird nun die studienbegleitende medizinische Promotion zum Dr. med. im Reigen der Fakultäten mit ihren unterschiedlichen Graduierungswegen so verteufelt? Die Hauptursache, der Eifer, ja geradezu das Sendungsbewußtsein, den Dr. med. abzuschaffen, und ihn durch einen nach Abschluß des Studiums zu erwerbenden Grad zu ersetzen, kommt entweder aus dem

Hochmut der anderen Doktoren, aus der Unkenntnis über das medizinische Curriculum oder aus einem für Deutschland sehr häufigen "Vereinheitlichungswahn". Die Hauptursache der Diskreditierung des Dr. med. als "Türschild-" oder "pro forma-Forschung" ist die Unkenntnis über die medizinische Ausbildung, die sich anschließende Pflichtweiterbildung zum Facharzt und die lebenslang zu zertifizierende Weiterbildungspflicht.

Die beiden Ausgangsszenarien für einen Ph.D. nach dem Studium oder eine studienbegleitende Doktorarbeit und Verleihung des Dr. med. nach der Approbation sind in Abb. 1 dargestellt.



Abb. 1: Ablauf der medizinischen Aus- und Weiterbildung zum promovierten Arzt und Wissenschaftler; links Modell Ph.D., rechts studienbegleitende Promotion

Nach dem Ph.D.-Modell würde ein Mediziner 18 Jahre nach dem Studienbeginn, das ist bei einem durchschnittlichen Studienanfangsalter von 21,4 Jahren (Statistisches Bundesamt) mit ca. 39 Jahren, die volle Berufsfähigkeit und das Zwischenziel für eine akademische Karriere erreichen. Bei der studienbegleitenden Promotion und gleichem Anfangsalter wären es immer noch 15 Jahre, er würde somit mit ca. 36 Jahren die volle Berufsfähigkeit und die

erste Etappe für eine akademische Karriere erreichen. Das ist die gegenwärtige Situation in Deutschland.

Die Ausgangshypothese lautet, der Dr. med. sei nicht äquivalent zum Ph.D. oder zum Dr. rer. nat. und müsse deswegen abgeschafft werden. Die Einführung eines Ph.D. über ein Promotionsstudium nach Abschluß der Ausbildung hätte aber die Konsequenz eines Wegbrechens des akademischen medizinischen Nachwuchses, denn nach Abschluß des Studiums sind die familiäre, aber auch die finanzielle Situation wie auch die Angebote, nun endlich kurativ tätig zu werden, um die 6-jährige Weiterbildung zu schaffen, so groß, daß nur noch ganz wenige Bewerber sich auf ein 3-jähriges Promotionsstudium einlassen würden. Nur eine Minderheit der Absolventen entschließt sich in diesem Stadium, noch eine wissenschaftliche Laufbahn anzutreten. Kaum ein junger, approbierter Mediziner wird sich auf ein 3,5-jähriges Promotionsstudium mit unsicherer Finanzierung und fraglicher Perspektive einlassen wollen. DFG-Auslandsstipendien könnten mit dieser Regelung nicht mehr beantragt werden, denn dafür ist die Promotion die Voraussetzung. Weiter würde eine solche Einführung zur dramatischen Abnahme der Zahl der Habilitierten und damit auch des berufbaren akademischen Nachwuchses führen. Die Grundlagenforschung (und -lehre) würde vollständig von Naturwissenschaftlern übernommen werden, die klinische Forschung damit aufhören zu existieren. Insgesamt würde so die Medizin ihre führende Forschungsförderungsposition in der DFG oder beim BMBF einbüßen.

Was spricht für den Dr. med.?

Die Kombination aus den während des Studiums wachsenden Eindrücken, das Eintauchen in die Erkundung der Grenzen des Wissens, der Vielfältigkeit medizinischer Forschung und Fragestellungen hat einen sehr hohen Stellenwert und Reiz. Zwischen dem 3. und 5. Studienjahr gibt es die Option einer medizinischen Promotion. Über die Doktorarbeit kommt es zu einer Prägung, die dazu führen kann, sich für die Weiterbildung mit einer wissenschaftlichen Laufbahn zu entscheiden, an der Medizinischen Fakultät zu bleiben und die Weiterbildung dort zu beginnen. Das ist noch kein endgülti-

ger Weg in die Wissenschaft, denn die Entscheidung fällt im Regelfall erst nach der Facharztphase.

Damit ist der Dr. med. ein für das medizinische Wissenschaftsgebiet spezifischer und zwingender akademischer Titel, der unter der Meßlatte "Erfolg" keinen Vergleich mit anderen akademischen Titeln anderer Fakultäten scheuen muß. Die Zahl der gebietsspezifischen Doktoren, die sich nach ihrer Arbeit nie wieder wissenschaftlich betätigen, aber durch die Promotion zumindest einmalig sich mit der Wissenschaft auseinandersetzen, ist in allen Fachgebieten und auch den anderen Fakultäten etwa gleich groß.

Im Folgenden soll der Erfolg der medizinischen Promotionen an Hand der Fördermaßnahmen der DFG – stellvertretend für alle anderen Wissenschaftsförderorganisationen in Deutschland – dargestellt werden.

Betrachtet man die Zahlen und Summen der Einzelförderungsmaßnahmen und koordinierten Programme der DFG (Abb. 2), so fördert sie mit etwa 1,9 Milliarden Euro die Einzelförderungen und koordinierten Programme.

	In 2010 laufende Programme und Projekte		
	Anzahl Programme	Anzahl Projekte	für 2010 bewilligte Summe ¹⁾ (Mio. €)
Einzelförderung		15 327	894,4
Einzelanträge ³⁾		13 694	786,4
Forschungsstipendien ⁴⁾		905	15,6
Forschungsstipendien		869	15,4
Rückkehrstipendien		36	0,2
Emmy Noether-Programm		361	68,9
Heisenberg-Programm		340	17,7
Heisenberg-Stipendien		243	9,7
Heisenberg-Professuren		97	8,0
Reinhard Koselleck-Projekte		27	5,8
Koordinierte Programme	864	13 536	1 068,7
Forschungszentren	6	6	41,4
Sonderforschungsbereiche	256	4 664	546,8
Sonderforschungsbereiche	197	3 583	415,4
Transregios	58	1 070	130,7
Forschungskollegs	1	11	0,7
Schwerpunktprogramme	113	3 381	192,6
Schwerpunktprogramme	108	3 021	174,2
Infrastruktur-Schwerpunktprogramme	5	360	18,4
Forschergruppen	252	2 445	150,0
Forschergruppen	214	2 081	129,2
Klinische Forschergruppen	38	364	20,8
Graduiertenkollegs ⁵⁾	237	3 040	137,9
Graduiertenkollegs	177	2 332	105,0
Internationale Graduiertenkollegs	60	708	32,9

Abb. 2: Laufende und neue Projekte in 2010, Quelle: DFG- Jahresbericht 2010

Bricht man diese Summen auf die einzelnen Wissenschaftsgebiete herunter, so ergibt sich der jeweils größte Anteil für die Lebenswissenschaften (Abb. 3) mit 766,9 Mio. Euro gleich 39,1 % der Gesamtsumme.

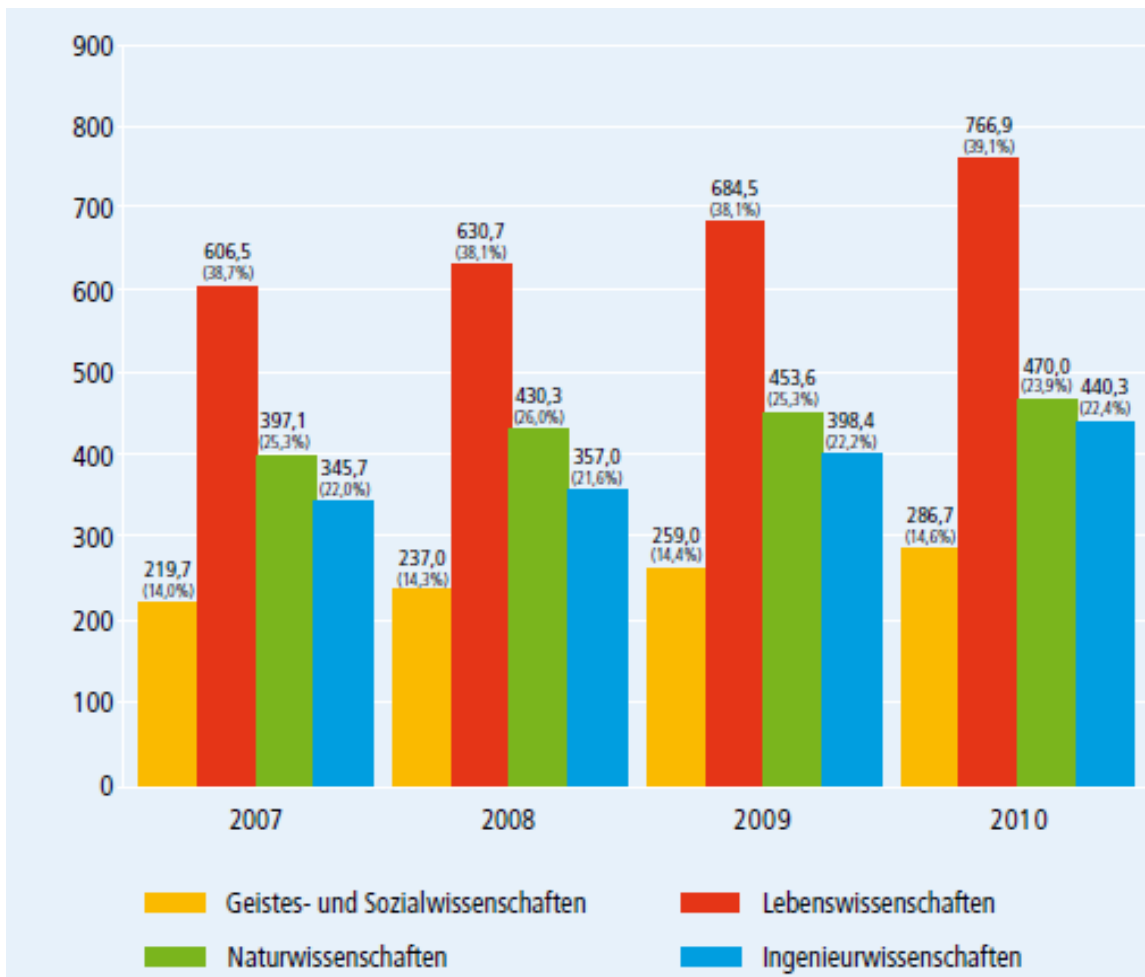


Abb. 3: Jahresbezogene Bewilligungen auf der Basis der Summen in der Einzelförderung und den koordinierten Programmen für laufende Projekte je Wissenschaftsbereich 2007 bis 2010 in Mio. Euro und %

Wenn nun die Lebenswissenschaften weiter in ihre Fachgebiete gegliedert werden, ergeben sich die in Abb. 4 dargestellten Summen. Hier wird deutlich, daß die Medizin den maximalen Anteil auf sich vereinen kann.

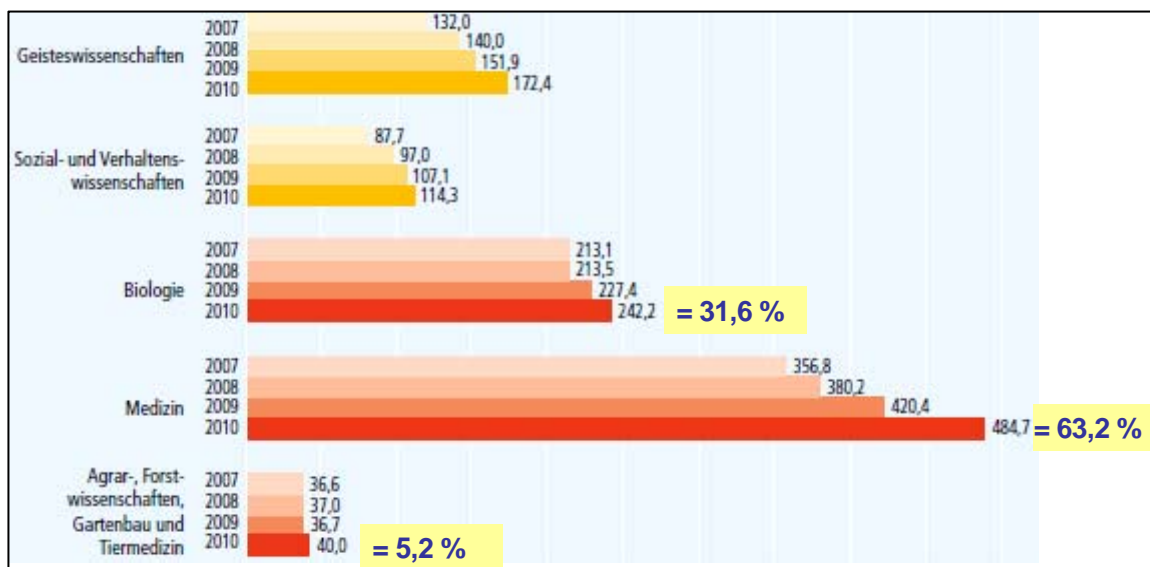


Abb. 4: Jahresbezogene Bewilligungen für laufende Projekte je Fachgebiet 2007 bis 2010 in Mio. Euro

Bei einer weiteren Unterteilung ergibt sich schließlich, daß die Medizin innerhalb der Koordinierten Programme ebenfalls führende Plätze einnimmt (Abb. 5).

Wissenschaftsbereich / Fachgebiet	Sonderforschungsbereiche			Graduiertenkollegs			Schwerpunktprogramme			Forschergruppen		
	lfd. Pro-grammenahmen	Einzel-maß-nahmen	Mio €	lfd. Pro-grammenahmen	Einzel-maß-nahmen	Mio €	lfd. Pro-grammenahmen	Einzel-maß-nahmen	Mio €	lfd. Pro-grammenahmen	Einzel-maß-nahmen	Mio €
Lebenswissenschaften	112	2 142	249,2	71	875	39,3	25	623	42,6	118	1 237	75,7
Biologie	39	757	87,4	31	388	17,5	9	259	20,5	26	322	20,0
Medizin	70	1 322	156,1	35	427	19,2	15	328	20,9	79	792	47,6
Agrar-, Forstwiss., Gartenbau u. Tiermedizin	3	63	5,7	5	60	2,6	1	36	1,2	13	123	8,1
			62,5 %			48,6 %			49,6 %			62,8 %

Abb. 5: DFG-Jahresbericht 2010: Laufende Programme und Projekte in Koordinierten Programmen 2010

Anzahl laufender Forschungsstipendien 2010

• Summe gesamt:	869
- davon Geistes- u. Sozialwissenschaften	94 (10,8 %)
- davon Ingenieurwissenschaften	41 (4,7 %)
- davon Naturwissenschaften	202 (23,3 %)
- davon Lebenswissenschaften	532 (61,2 %)

Anzahl laufender Emmy Noether-Nachwuchsgruppen 2010

• Summe gesamt:	361
- davon Geistes- u. Sozialwissenschaften	44 (12,2 %)
- davon Ingenieurwissenschaften	60 (16,6 %)
- davon Naturwissenschaften	130 (36,0 %)
- davon Lebenswissenschaften	127 (35,2 %)

Anzahl neu bewilligten Heisenberg-Professuren 2010

• Summe gesamt:	26
- davon Geistes- u. Sozialwissenschaften	5 (19,2 %)
- davon Ingenieurwissenschaften	2 (7,7 %)
- davon Naturwissenschaften	7 (26,9 %)
- davon Lebenswissenschaften	12 (46,2 %)

Abb. 6: Zahlen für Förderungsmaßnahmen (Stipendien, Nachwuchsgruppen, Professuren) der DFG 2010

Betrachtet man schließlich die Forschungsstipendien (Abb. 6), so wird auch dort deutlich, daß die Lebenswissenschaften und darin die Medizin einen hohen Anteil haben. Gleiches gilt für die Emmy-Noether-Programme und die Heisenberg-Professuren.

Faßt man die Daten zusammen, so betrug die DFG-Fördersumme des Jahres 2010 für Einzelverfahren und Koordinierte Programme 1.963,9 Millionen Euro. Davon entfielen auf die Naturwissenschaften 470,0 Mio. Euro (23,9 %) und auf die Lebenswissenschaften 766,9 Mio. Euro (39,1 %). Die Anteile der Lebenswissenschaften gliedern sich in Biologie 242,2 Mio. Euro (31,6 %) und Medizin 484,7 Mio. Euro (63,2 %).

Rechnet man diese Zahlen nun auf eine wirkliche Universität in Deutschland um – und ich nutze nun die eigenen Daten – so ergibt sich ein sehr deutliches Bild:

An der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) sind 1.635 Wissenschaftler als Vollkraftstellen tätig. Davon entfallen auf den Ärztlichen Dienst 1.249 Stellen (76,4 %) und auf die sonstigen Wissenschaftler 386 Stellen (23,6 %). Extrapoliert man die Zahlen der MHH, so bedeutet das, daß 23,6 % (114,4 Mio. Euro) der DFG-Fördersumme im Bereich der Medizin in Höhe von 484,7 Mio. Euro von Nicht-Medizinern und Naturwissenschaftlern eingeworben werden. Somit würden 370,3 Mio. Euro von „echten“ Medizinern eingeworben werden, das sind 48 % der DFG-Fördersumme für die Lebenswissenschaften und die mit Abstand höchste Summe aller Fakultäten.

Lassen Sie mich bitte anmerken, daß alle diese Mediziner den Titel eines Dr. med. studienbegleitend erworben haben – wie sollte man wissenschaftliche Qualität noch anders darstellen, als mit solchen Fakten?! Auch wenn man annimmt, daß nur etwa 10 % der medizinischen Doktoranden an den Universitäten wissenschaftlich tätig sind, so ist diese Zahl auch für die übrigen Fakultäten zutreffend. Nicht alle Naturwissenschaftler, die den Dr. rer. nat. erworben haben, sind in der Wissenschaft erfolgreich tätig.

Auch die Daten aus der Exzellenzinitiative verdeutlichen die führende Position der Medizin (Abb. 7). Bei den Graduiertenschulen und den Exzellenzclustern entfällt jeweils fast 1/3 auf die Lebenswissenschaften und auch dort hat die Medizin einen Anteil von etwa 60 %.

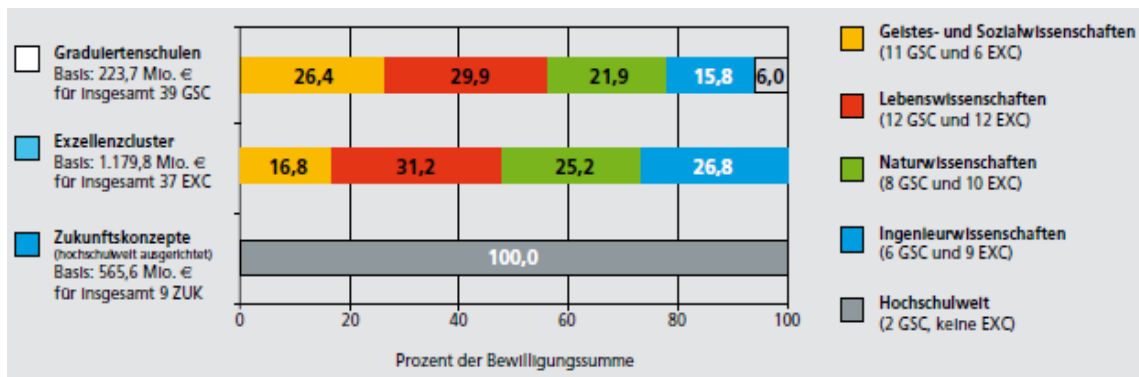


Abb. 7: Bewilligungen nach Wissenschaftsbereichen je Förderlinie, Quelle DFG-Jahresbericht 2010

Frau Prof. Dr. rer. nat. Ulrike Beisiegel, Mitglied des Medizinausschusses des Wissenschaftsrates, hat in der Zeitschrift "Forschung & Lehre" 7/2009 folgende Aussage getroffen: „Eine sich an das Studium anschließende Promotionsphase ermöglichte es dann, sich wissenschaftlich gezielt weiter zu qualifizieren. Die derzeit übliche ‚Türschildforschung‘ wäre in diesem Modell nicht mehr notwendig und die deutsche Universitätsmedizin wäre im internationalen Forschungsfördersystem wieder konkurrenzfähig.“

Dieses Zitat verkennt die Ergebnisse und die Position, die die Medizin bei der DFG errungen hat und spiegelt in diesem Punkt den Realitätsverlust des Wissenschaftsrates wider.

Die Promotion zum Dr. med., die in einem strukturierten Promotionsprogramm durchaus verbesserungsfähig ist, hat einen hohen wissenschaftlichen Erfolg. Er lässt sich in der Medizin nur im Studium erreichen. Seine Abschaffung bzw. sein Ersatz durch einen Ph.D. nach dem Studium würde zu einer Verödung der wissenschaftlichen Landschaft in der Hochschulmedizin führen. Es gibt in Deutschland etwa 2.800 berufene Medizin-Professoren der Besoldungsgruppen W1 bis W3/C4. Diese Professoren haben alle den Dr. med. erworben. An der MHH haben bei 800 Promotionen zum Dr. med. innerhalb der Jahre 2006 bis 2009 nur fünf Doktoranden anschließend eine Promotion zum Ph.D. gemacht, niemand promovierte an der MHH in unserer erfolgreichen Graduiertenschule zum Ph.D., ohne den Dr. med. erworben zu haben. Der Dr. med. ist somit das Initialstadium, um die Option für

eine wissenschaftliche Karriere begleitend zur Facharztbildung zu wahren und danach auch an der Universität zu bleiben.

Vielen Dank!