Stellungnahme zum Aufsatz von C.-F. Vahl „Überlegungen zur Bewertung von Forschung, zur wissenschaftlichen Schwerpunktbildung und zur Forschungsförderung“

Ein Bären dienst für die forschende Chirurgie

Zum Artikel „Überlegungen zur Bewertung von Forschung, zur wissenschaftlichen Schwerpunktbildung und zur Forschungsförderung“ von Prof. C.-F. Vahl, Mainz, erschienen in Z Herz- Thorax- Gefäßchir 2007 21:236–242 erreichte uns als Leserbrief eine Erwidern des Vorsitzenden des Gesundheitsforschungsrats des BMBF, Prof. Guido Adler, Ulm

Der Titel des Artikels von C.-F. Vahl klingt viel versprechend, da er wichtige aktuelle Diskussionsfelder der Hochschulmedizin benennt, zu denen weiterführende Überlegungen erwünscht sind. Haben wir es hier doch mit Entscheidungsprozessen zu tun, die sich kaum als grundsätzlich gültig und uneingeschränkt „richtig“ objektivieren lassen. Um bei so ungesicherten Handlungsvoraussetzungen zu rationalen und allgemein akzeptierten Vergleichen und Entscheidungen zu kommen, braucht man zuverlässige Indikatoren und objektive Verfahrensweisen. Somit könnten die im Titel genannten Themen die wissenschaftspolitische Diskussion sehr bereichern.

Der Aufsatz von C.-F. Vahl leistet dazu allerdings keinen Beitrag. Er zeichnet das Bild eines die Wissenschaft beherrschenden Impact-Imperialismus, in dem die

Wissenschaftsleistungen der Chirurgen in der Ressourcenverteilung und Forschungsförderung nicht nur nicht wahrgenommen, sondern auch systematisch beschnitten werden. Der Aufsatz ist eher geeignet, negative Urteile gegenüber Chirurgen und ihren Forschungsleistungen hervorzurufen, als dazu beizutragen, das Fach Chirurgie in der klinischen Forschungslandschaft realistisch zu verorten oder besser noch Perspektiven zur Stärkung seiner Forschung aufzuzeigen. Dieser Bären dienst, den der Autor seinem Fach hier leistet, ergibt sich aus den wenig schlüssigen und vielfach auch unrichtigen Darstellungen:

- Es ist unbestritten, dass es unterschiedliche Karrierebedingungen und Veröffentlichungschancen zwischen der Grundlagen- und der klinischen Forschung und hier insbesondere der patientenorientierten Forschung gibt (3). Das ist aber kein Sonderproblem der Chirurgie und ist zudem nicht auf eine angebliche Dominanz bibliometrischer Verfahren als Indikatoren für Leistungsbewertungen zurückzuführen. Auch sind die Förderchancen zwischen den Fächergruppen sicher nicht einheitlich, weil es z.B. für klinische Studien bis vor einigen Jahren nur wenige öffentliche Förderangebote gab.

Inzwischen haben aber auch die Forschungsförderer – das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) – mit verbesserten Förderangeboten für klinische Forschung und klinische Studien reagiert. Seit 2003 gibt es gemeinsam von DFG und BMBF ein Förderprogramm für klinische Studien. In dieser Fördermaßnahme ist die Erfolgsquote der chirurgischen Anträge deutlich besser als der Gesamtdurchschnitt der nicht chirurgischen Fächer: In den ersten drei Aufrufen sind zusammen 56 Skizzen von chirurgischen Fächern eingegangen; davon konnte nach dem zweistufigen Begutachtungsprozess jede 8. gefördert werden. Bei den 756 Skizzen aller anderen Fächer war nur knapp jede 15. Skizze in der Begutachtung erfolgreich. Zumindest nach dieser Auswertung scheint die Unterdrückung der Chirurgen durch das „Impactsystem“ doch nicht so dramatisch zu sein. Diese Diskussionen und Entwicklungen scheint der Autor gar nicht zu kennen, zumindest geht er mit keinem Wort darauf ein.

- Macht die Chirurgie zu wenig Forschung, weil sie dafür zu wenig Ressourcen hat, oder hat sie zu wenig Ressourcen, weil sie zu wenig Forschung macht? Der Autor hat keinen Zweifel, dass es den Chirurgen nur an

den Ressourcen infolge des Impact-Imperialismus mangelt. Dies führt dazu, dass „auf die Universität Mainz bezogen, Forschung an mehr als 50 % der an einer Universität stationär erkrankten Patienten von der akademischen Förderung ausgeschlossen wird.“ Hat der Autor diese Behauptung schon einmal in einer Sitzung der medizinischen Fakultät der Universität Mainz vorgebracht? Bei der fakultätsinternen Verteilung der Landeszuführungsbeträge gehörten die operativen Fächer wegen ihrer hohen Bedeutung in der Versorgung eher zu den Gewinnern. An den meisten Standorten der Universitätsmedizin sind diese historisch gewachsenen Budgets für Forschung heute noch gültig. Derzeit werden erst Bruchteile der Zuführungsbeträge der Länder nach Leistung in Forschung und Lehre verteilt und die gescholtenen Impactpunkte bilden dabei auch nur einen Leistungsindikator unter anderen. Wenn in der Mainzer Chirurgie ein signifikanter Anteil der zahlreichen Patienten in qualitativ gute klinische Studien einbezogen würde und wenn deren Ergebnisse auch in guten Journalen veröffentlicht würden, dann müsste man sich dort über fehlende Impactpunkte keine Sorgen machen.

- Die Unterstellung, dass nur die Impactpunkte über die „akademische Förderung“ entscheiden, ist weder für die leistungsorientierte Mittelverteilung (LOM) in Mainz zutreffend (2) noch in irgendeiner Weise für die öffentliche Forschungsförderung. Es bleibt der Eindruck, dass hier maßgeblich Ursache und Wirkung verwechselt werden. Und indem der Autor hier gleich die „Auffassung aller Chirurgen“ kund tut, heftet er dem ganzen Fach diese falsche Entschuldigung an.
- Völlig im Text unterschlagen wird auch die Tatsache, dass es zum Ausgleich unterschiedlicher Chancen beim Erwerb von Impactpunkten nach Fächern gewichtete Bewertungen gibt (1).
- Erschreckend sind die Aussagen unter der Überschrift „Fachspezifischer

wissenschaftlicher Horizont“. Nach Meinung des Autors konzentriert sich in den konservativen Fächern alles auf die wissenschaftliche Karriere, „während der junge Chirurg seine manuellen Fertigkeiten verfeinert und sich (...) als chirurgische Persönlichkeit entwickeln muss“. Ich bin sicher, dass diese forschungsfeindliche Einstellung nicht von der Mehrzahl der Chirurgen an deutschen Universitätskliniken geteilt wird.

- Sehr problematisch wird es, wenn der Autor unter der Überschrift „Persönlichkeit“ darlegt, wie die „Impactpunktwelt“ und die „Wissenschaftsindustrie“ auch noch den Charakter verderben. Nach Meinung des Autors sind diese Wissenschaftler in Gefahr, „ein Leben zu führen, das schrittweise von all jenen Elementen entleert wird, die ein Leben glücklich und lebenswert machen“. Und natürlich macht sich diese Entleerung dann auch negativ bei Begutachtungen geltend, weil „Gefühle wie Vertrauen in die Phantasie und Leistungsfähigkeit des zu Begutachtenden“ bei solch deformierten „Gutachterwissenschaftlern“ möglicherweise nicht mehr aufkommen. Eine solche ideologisierende Herabwürdigung anderer Fächer und Wissenschaftler ist wohl einmalig und kann so nicht einmal bestehende Vorurteile bedienen. Hier ist der Autor offensichtlich originär, indem er als selbsternannter Sprecher für sein Fach neue negative Maßstäbe zu setzen bereit ist.

Ohne auf alle Irrtümer und Ungereimtheiten einzugehen, muss auf wesentliche Verdrehungen und Verzerrungen, die die Vergabe von Drittmitteln und die Verfahren der Begutachtung betreffen, reagiert werden. Folgende Argumente sind hier besonders bemerkens- und kommentierenwert:

- Der Autor sieht bereits die Verfahren der Begutachtung und Auswahl von Forschungsprojekten durch die Fächer korrupt, die die Impactpunktebesitzer sind. Dafür sei schon die Auswahl der Gutachter entscheidend: „Hinterlegt man die Kriterien der Impactpunkte zur Gutachterselektion,

dürfte es schwer fallen, für Chirurgen überhaupt die Grundlagen eines fairen Begutachtungsverfahrens zu schaffen.“ Die hiermit getroffenen Unterstellungen sind einfach falsch. Wer in Gutachtergremien insbesondere der DFG und für das Gesundheitsforschungsprogramm des BMBF gesessen hat, wird belegen können, dass die entscheidenden Kriterien eine angemessene Fachkompetenz entsprechend der thematischen Ausrichtung der Forschungsanträge und ausreichende Forschungserfahrung sind. Eine Auswahl an Hand von Impactfaktoren findet dabei mit Sicherheit nicht statt. Alle Förderorganisationen besetzen die Begutachtungsgremien mehr und mehr mit Persönlichkeiten aus dem Ausland, um mögliche Interessendivergenzen weitgehend auszuschließen und um ausgewiesene Fachleute gerade für sehr fachspezifische Themen (z. B. bei seltenen Krankheiten) zu haben. Die findet man aber nicht über Impactpunkte, sondern über Inhalte einschlägiger Veröffentlichungen.

- Bei der Auswahl der Gutachter überwiegen beim Autor letztlich doch die Skepsis und wohl auch die Ablehnung der wissenschaftsinternen Antragsbewertung. Unsinnig ist der Einwand gegen Statistiker in Begutachtungsverfahren. Ein nicht unerheblicher Teil chirurgischer Forschung besteht in der Durchführung klinischer Studien. Bei deren Begutachtung sind Statistiker bzw. Biometriker unverzichtbar. Der größte Teil der beim BMBF und der DFG eingereichten Anträge zu klinischen Studien scheiterte an Mängeln bei den biometrischen bzw. statistischen Methoden.
- Der Einbezug von Gutachtern verschiedener Fächer kann eine Schutzfunktion vor einer „sachfremden Berufspolitik“ haben, die der Autor nur von fachfremden Gutachtern befürchtet. Auch das im Normalverfahren von der DFG praktizierte Prinzip neben zwei Fachgutachtern auch einen fachfernen Gutachter hinzuzuziehen, dient der Qualitätssicherung, um berufspolitischen Kartellbildungen vorzubeugen.

Keine Forschungsförderorganisation wird behaupten, dass die praktizierten Verfahren der Begutachtung grundsätzlich fehlerlos seien, dass es nicht auch zu unfairen Gutachtern kommen kann, dass sich nicht auch unerkannte berufspolitische Gesichtspunkte in manche Voten mischen. Es gibt derzeit aber kein besseres erprobtes Verfahren zur Evaluation und Qualitätssicherung als die Bewertung in peer reviews. Der Autor glaubt aber ein besseres Verfahren zu kennen: „Wer für die Wissenschaft bezahlt, wer sie finanziert, erhält Mitsprache über die Richtung, in der wissenschaftliche Disziplinen sich weiterentwickeln sollen. Sinngemäß postuliert diese Auffassung, dass auch Wissenschaftler nur dem demokratischen Urteil der Bürger unterliegen.“ Obwohl der Autor wiederholt auf diesen Einbezug der Bürger in die Bewertung und Steuerung der Wissenschaft zurück kommt, bleibt er doch jede Überlegung schuldig, wie das gehen soll. Wenn er für die Einführung der Bürgerbeteiligung die demokratische Legitimierung in Anspruch nimmt, vergisst er, dass die Entwicklung unseres Wissenschaftssystems ja nicht ohne demokratische Legitimierung angelegt ist und dabei mit Bedacht ein hohes Maß an Autonomie der Wissenschaft in unserer Gesellschaft gewollt und im Grundgesetz so auch fundiert ist. Daher ist eine Mitwirkung von Bürgern, die die „Richtung, in die wissenschaftliche Disziplinen sich weiterentwickeln sollen“ bestimmen und die offensichtlich auch über die Mittelverteilung zwischen den Fächern entscheiden sollen, nicht möglich. Es ist völlig inkonsistent, wenn der Autor seinen Kollegen aus anderen medizinischen Fächern Fachferne als Argument gegen eine Beteiligung an der Bewertung chirurgischer Anträge vorhält, aber zugleich die Bürger als Gutachter herbeiwünscht. Dem Autor geht es aber vielleicht gar nicht um ein objektiveres Bewertungssystem als vielmehr um eines, von dem er den Eindruck hat,

dass hier die Chirurgie besser abschneidet. Diese Vermutung legt der Autor mit einem gar zu offensichtlichen Populismus selber nahe: „Ich selbst habe erlebt, wie klar Bürger zwischen den Projekten des Theoretikers und den Forschungsanliegen der Kliniker zu unterscheiden wissen. Gerade der unbefangene Bürger entdeckt im offenen Gespräch, dass manche Grundlagenwissenschaftler die Wichtigkeit ihrer Arbeit gerne übertreiben“. Einen Absatz später schreibt er aber über die „Desinformiertheit und Suggestibilität der Patienten“, die sich von den Kardiologen die Stentimplantationen gegen gemeinsame Leitlinien und gegen ihren medizinischen Wert einreden lassen.

Wenn sich wissenschaftliche Fächer in ihrer forschungs- und/oder ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung ausgegrenzt fühlen und der Eindruck entsteht, dass man auch in der Verteilung der Ressourcen für Forschung unangemessen berücksichtigt wird, muss dies innerhalb der Fakultäten und in erweiterten Gremien (Medizinischer Fakultätentag, AWMF) ernsthaft diskutiert werden. Der Aufsatz von C.-F. Vahl leistet dafür keinen Beitrag, weil er keine brauchbare Analyse darstellt, mit unhaltbaren Behauptungen arbeitet, seine Vorschläge hinsichtlich „Bürgerbeteiligung“ unklar bleiben und als nicht durchführbar zu erkennen sind und er nicht zuletzt mit einer ideologisierenden

Verschwörungstheorie andere Fächer zu diskriminieren versucht.

Gerade für die chirurgischen Fächer hat das BMBF im Jahr 2005 eine gesonderte Förderung zum Aufbau einer verbesserten Struktur chirurgischer Studienzentren zur Verfügung gestellt. Von 9 zum Teil auch internationalen Gutachtern für diese Förderung sind 8 Chirurgen. Hier hat ein Förderer auf eine Sondersituation im Fach Chirurgie reagiert. Dabei kann wohl auch nicht über die Gutachterbesetzung geklagt werden. Herr Vahl weiß davon offensichtlich nichts oder er verschweigt es. Auch so kann eine Diskussion, die vielleicht Not tut, nicht geführt werden.

Eine Anmerkung noch zum Abschluss: Sollte der Autor für diesen Aufsatz auch nur einen Impactpunkt erhalten, dann wäre ich geneigt, ihm zuzustimmen, dass hierin eine Ungerechtigkeit liegt.

Referenzen

1. Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF): Stellungnahme zu den Empfehlungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für eine Leistungsorientierte Mittelvergabe an den Medizinischen Fakultäten in Deutschland, Mai 2005
2. Landkarte Hochschulmedizin, Stuttgart 2007, S. 26, www.landkarte-hochschulmedizin.de
3. Wissenschaftsrat: Empfehlungen zu forschungs- und lehrförderlichen Strukturen in der Universitätsmedizin, Köln 2004

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Guido Adler

Vorsitzender des Gesundheitsforschungsrats des BMBF
Klinik für Innere Medizin I
Universitätsklinikum Ulm
Robert-Koch-Str. 8
89081 Ulm, BRD
Tel.: 0731/50044500
Fax: 0731/50044502
E-Mail: guido.adler@uniklinik-ulm.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.