

**Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung"
am Institut für Arbeits-, Organisations- und
Gesundheitspsychologie an der FU Berlin
(Hrsg. M. Hildebrand-Nilshon, E.-H. Hoff und H.-U. Hohner)**

Nr. 11

Hans-Uwe Hohner

**Professioneller Wandel in der Medizin
als Herausforderung für die psychologische
Eignungsdiagnostik**

1997

Kommentare und Rückmeldungen bitte an

PD Dr. Hans-Uwe Hohner
Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie
FU Berlin, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin.
Tel. 030-838-5768 Fax 030/838-5766
e-mail: hohner@zedat.fu-berlin.de

Professioneller Wandel in der Medizin als Herausforderung für die psychologische Eignungsdiagnostik¹

Hans-Uwe Hohner

¹ Dieser Text ist die aktualisierte und ergänzte Version meines Habilitationsvortrages, den ich am 11. Januar 1996 unter dem Titel "Professioneller Wandel und Herausforderungen für die Eignungsdiagnostik - verdeutlicht am Beispiel der Medizin" gehalten habe. Für die tatkräftige Hilfe bei der Literaturrecherche danke ich Christine Bruchmann, Eberhard Göbel und Udo Schagen von der Forschungsstelle Zeitgeschichte im Institut für Geschichte der Medizin der FU Berlin. Für weitere Literaturhinweise danke ich Monika Sieverding und Hans-Peter Rosemeier. Sehr hilfreich war auch die Teilnahme an dem vom Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik am Psychologischen Institut der Universität Fribourg/Schweiz veranstalteten Symposium "Eignungsdiagnostik und Medizinstudium" am 27. und 28. Oktober 1995. Für Hinweise zu früheren Fassungen dieses Beitrages danke ich besonders Siegfried Engl, Ernst Hoff, Brigitta Hohner und Dieter Kleiber.

Professioneller Wandel in der Medizin als Herausforderung für die psychologische Eignungsdiagnostik

Inhaltsverzeichnis

1. Inwiefern bietet der professionelle Wandel der Medizin Herausforderungen für die psychologische Eignungsdiagnostik?	4
2. Medizin als dominante Profession im Gesundheitsbereich	6
2.1 Was macht einen Beruf zur Profession?	6
2.2 Historische Professionalisierungstendenzen der Medizin	8
2.3 Professioneller Wandel im Spiegel der Zahlen	10
3. Leitbilder für den Arzt der Zukunft	17
3.1 Wodurch zeichnen sich "wirklich gute" Ärzte aus?	17
3.2 Die Krise der Medizin als Diskrepanz zwischen veränderten beruflichen Anforderungen und traditioneller medizinischer Ausbildung	19
3.3 Anforderungen an den Arzt von morgen	21
4. Welche Rolle kann die Eignungsdiagnostik bei der Hochschulzulassung spielen?	25
4.1 Der Zugang zum Medizinstudium im internationalen Vergleich	25
4.2 Der Hochschulzugang in der BRD	27
4.3 Wie war es zum besonderen Auswahlverfahren gekommen?	29
4.4 Das bundesdeutsche Zulassungsverfahren aus eignungsdiagnostischer Sicht	33
4.5 Diskussion	37
5. Fazit	40
6. Literaturverzeichnis	46

1. Inwiefern bietet der professionelle Wandel der Medizin Herausforderungen für die psychologische Eignungsdiagnostik?

Professioneller Wandel in der Medizin und psychologische Eignungsdiagnostik. Was hat das eine eigentlich mit dem anderen zu tun? Und das bezogen auf einen Beruf - nämlich auf die Medizin - der üblicherweise bei Psychologen eher unter Konkurrenzaspekten gesehen wird. Der Zusammenhang wird indes evident wenn wir uns drei einfache, aber gleichwohl grundlegende Fragen vorlegen:

- Welche Eigenschaften, welche Kenntnisse, welche Fähigkeiten, welche Fertigkeiten sollten gute Ärzte haben?
- Können solche Kompetenzen im Sinne eines Anforderungsprofiles differenziert beschrieben werden?
- Können dann junge Menschen schon frühzeitig, möglichst noch vor dem Studienbeginn, auf ihre diesbezügliche Eignung hin geprüft werden?

Der Zusammenhang von Psychodiagnostik und medizinischer Profession hat sich ja gerade im Zulassungssystem zum Medizinstudium der letzten fünfzehn Jahre manifestiert². Denn die Zulassung zum Medizinstudium ist seit bald dreißig Jahren durch einen scharfen Numerus Clausus gekennzeichnet. Natürlich muß es gerade Psychologen interessieren, durch welche Merkmale sich Personen auszeichnen, die den Flaschenhals der Zulassung zum Medizinstudium auf Anhieb erfolgreich passieren. Und in eignungsdiagnostischer Perspektive ist weiter zu fragen, wie gut die ausgewählten Personen nicht nur den Anforderungen des vorklinischen Studiums entsprechen, sondern auch dem ärztlichen Leitbild von morgen (vgl. Kap. 3).

Bekanntlich mußten sich von 1985 bis 1996 alle Bewerber für einen medizinischen Studiengang, egal ob Humanmedizin, Zahnmedizin oder Veterinärmedizin, einem

² Aber auch schon früher richteten sich wissenschaftliche Untersuchungen auf die Eignung zum Studium, z.B. Heise (1955).

psychometrischen Testverfahren unterziehen. Ähnliche Test werden auch in den Vereinigten Staaten, in Schweden, in Israel, und ab 1998 in der Schweiz eingesetzt.

Nun stellen Fragen der bundesrepublikanischen Hochschulzulassung am Ende des 20. Jahrhunderts natürlich nur einen spezifischen Ausschnitt aus dem thematischen Spektrum dar, um das es hier geht. Die eingangs gestellten Fragen nach dem "guten Arzt" geht darüber weit hinaus und sie kann nur in ihrem gesellschaftlich-historischen Zusammenhang betrachtet werden. Wir haben also nach entsprechenden Entwicklungstrends zu fragen: in welcher Weise und mit welchem Tempo verändert sich das medizinische Berufsfeld? Welche Konsequenzen bringen solche Veränderungen für das ärztliche Handeln, das ärztliche Selbstverständnis und das Arztbild der Zukunft mit sich? Inwieweit kann man überhaupt von einem einheitlichen Leitbild für die Rekrutierung, Ausbildung und Weiterbildung des medizinischen Nachwuchses ausgehen?

Allerdings sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß die Bedeutung einer - wie auch immer gearteten - eignungsdiagnostischen Auswahl der Studierenden durch die Hochschule auch in anderen Fächern als der Medizin dann enorm zunimmt, wenn auch bundesdeutsche Hochschulen diesbezüglich "autonom" werden sollten. Es wäre dann zu fragen, nach welchen Kriterien eine Hochschule beispielsweise 40% ihrer Studienplätze besetzen sollen.

Um solche Fragen genauer zu erörtern ist es nötig, jene Voraussetzungen zu benennen, die zu der heutigen "Krise der Medizin" (vgl. dazu genauer Abschnitt 3.2) geführt haben. Ich werde deshalb zunächst einige Konturen des professionellen Wandels nachzuzeichnen versuchen (Kap. 2). Sodann soll geklärt werden, welche Fähigkeiten angehende Ärzte künftig mitbringen müssen, um in Studium und Beruf erfolgreich sein zu können (Kap. 3). Danach komme ich auf die sich daraus ergebenden psychodiagnostischen Methoden zu sprechen mit deren Hilfe entsprechende Kompetenzen prognostiziert und sogar systematisch entwickelt werden können (Kap. 4). Der psychologischen Eignungsdiagnostik kann also prinzipiell in zweierlei Hinsicht Bedeutung zukommen: zum einen bei Fragen der Auslese, sei es hinsichtlich der Fremdselektion für das Medizinstudium oder die Zulassung zum Beruf; zum anderen bei der Selbstselektion, also bei Fragen der Berufswahl und Berufsberatung sowie bei der Qualifizierung angehender und bereits berufstätiger Ärztinnen und Ärzten (Kap. 5). Dabei wird deutlich, daß die am Beispiel der Medizin diskutierten psychodiagnostischen

Herausforderungen im Grundsatz auch für andere professionalisierte Berufe, wie zum Beispiel die Juristen, aber auch für Diplom-Psychologen gelten.

Im vorliegenden Beitrag geht es in erster Linie um den Aspekt der psychologischen Eignungsdiagnostik. Weitere psychologische Herausforderungen im Zusammenhang mit der Kompetenzentwicklung in Studium und Beruf, mit der beruflichen Entwicklung von Ärzten und im Hinblick von Organisationsentwicklung für niedergelassene Ärzte werden an anderer Stelle etwas genauer behandelt (Hohner, 1997a, Hohner, im Druck).

2. Medizin als dominante Profession im Gesundheitsbereich

Zunächst muß erörtert werden, was eigentlich den Beruf des Mediziners zur Profession macht. Dabei gehe ich von der struktur-funktionalistischen Bestimmung der Medizin aus, die Talcott Parsons (vgl. etwa Parsons, 1958) in den vierziger Jahren dieses Jahrhunderts gelegt hat und komme zu der aktuellen Debatte zum internationalen professionellen Wandel in der Medizin, wie sie seit einigen Jahren, etwa im Milbert Quarterly Journal (1988) und bei Hafferty & McKinley (1993) geführt wird. Schließlich soll geprüft werden, inwieweit sich aus der seit einigen Jahren aufgestellten These von der Deprofessionalisierung des Ärztestandes (vgl. Bollinger & Hohl, 1981, sowie Wolinsky, 1993) Konsequenzen für das berufliche Leitbild der Medizin ergeben und inwieweit nicht.

2.1 Was macht einen Beruf zur Profession?

Was macht nun einen "gewöhnlichen Beruf" zu einer Profession? Welche Elemente und Aspekte müssen wir deshalb im Auge behalten, wenn wir Tendenzen des professionellen Wandels nachspüren wollen? In der Literatur werden unter anderem folgende Elemente genannt, die auch die Medizin zu einer Profession machen (vgl. Beyer, 1990).

- Danach gehört zur professionellen Tätigkeit eine *fachliche Kompetenz* auf der Grundlage theoretischen Wissens, das im Zuge einer *wissenschaftlichen Ausbildung* erworben wird. Das Wissen kann doktrinärer Art sein - wie in der Theologie, es kann institutioneller Art sein - wie in der Rechtswissenschaft, oder es ist in erster Linie empirisch-analytischer Art - wie im vorliegenden Fall der Medizin.

- Weiter ist die berufliche Ausübung der erworbenen Kompetenz an *spezielle Zulassungsverfahren* gekoppelt. Im Fall der Medizin sind dies der Zugang zum Studium, die ärztlichen Prüfungen und schließlich die Approbation. Damit sind auch wesentliche Stationen benannt, die in eignungsdiagnostischer Hinsicht von Bedeutung sind.
- Drittens ist der *Markt* für das fachliche Wissen *geschlossen*. Die entsprechenden Leistungen dürfen nur von den Mitglieder der jeweiligen Profession erbracht werden.
- Viertens verbleibt die *fachliche Kontrolle* allein bei den Mitgliedern der Disziplin. Dabei sind die verbindlichen Standards in einem berufsethischen Kodex festgelegt (hippokratischer Eid).
- Fünftens ist die Funktion der Profession durch *soziale Werte* legitimiert. Bei der Theologie geht es etwa um das moralisch Gute, bei der Jurisprudenz um Gerechtigkeit, bei der Medizin geht es um die Bekämpfung von Krankheit, bei Lehrern um den Bildungsauftrag. Diese Legitimation ermöglicht eine weitreichende *Handlungsautonomie*, da die Tätigkeit nur durch individuelles Ethos und indirekte professionsinterne und -externe Kontrollen begrenzt wird³.

Dieses eher struktur-funktionalistische Paradigma der medizinischen Profession wird in den achtziger Jahre subjektorientiert ergänzt (Bolte & Treutner, 1983; Bollinger, Brockhaus, Hohl & Schwaiger, 1981). In dieser Perspektive gerät also vor allem das Arzt-Sein im Sinne des alltägliche Handelns und in identitätspsychologischer Perspektive in das Blickfeld. Man hat nicht den Beruf des Arztes; man *ist* Arzt. Das Verhältnis von Arbeit und Leben erscheint in der Profession als untrennbar miteinander verknüpft⁴.

³ Inwieweit diese Handlungsautonomie der Profession gleichzusetzen ist mit einer Handlungsautonomie im konkreten Einzelfall ist freilich eine nicht nur theoretisch brisante Frage. So können durchaus professionsinterne Regeln wie z.B. das Werbeverbot oder interne "Rivalitäten", etwa zwischen Hausärzten und Fachärzten, konkrete individuelle Restriktionen darstellen.

⁴ Von Sauerbruch als einem Prototyp des professionellen Arztes stammt das Zitat: "Mein privates Leben tauchte in meinem ärztlichen Pflichtenkreise unter." Seine Assistenzärzte hatte Sauerbruch sogar mit Heiratsverbot belegt (vgl. Brockhaus, 1981).

2.2 Historische Professionalisierungstendenzen der Medizin

Wichtige Voraussetzungen eines Berufstandes, nämlich eine Ausbildung und eine Berufsordnung lassen sich für die Medizin schon in vorchristlicher Zeit nachweisen. Bereits vor fünf Jahrtausenden finden sich älteste Formen einer *heilerischen Ausbildung*⁵.

“Ärztliche Siegel, die auch als Amulette gedient haben mögen, bezeugen, daß es im Sumerer-Reich bereits um 3000 vor Christus Ärzte als eigenen Berufsstand gegeben hat" (Ackerknecht & Murken, 1992, S. 22). Im ältesten erhaltenen Gesetzbuch, dem Kodex des Königs Hammurabi von Babylon (1728-1686 v. Chr.) finden sich auch Bestimmungen über die Bezahlung ärztlicher Tätigkeit und über Strafen für eine schlechte Praxisausübung: "Wenn der Arzt einen Herren behandelt und einen Abszeß mit dem Messer öffnet und das Auge des Patienten erhält, so soll er 10 Shekel Silber erhalten. Ist der Patient ein Sklave, so soll sein Herr zwei Shekel Silber bezahlen. Wenn der Arzt einen Abszeß mit einem stumpfen Messer öffnen und den Patienten töten oder sein Augenlicht zerstören sollte, so soll seine Hand abgeschnitten werden" (Edwards, 1921, S. 77).

Wie dieses Zitat deutlich macht, gab es also schon vor 3000 Jahren in einer der frühen Hochkulturen eine ärztliche Gebührenverordnung und offenbar auch schon Vorläufer von Kassenpatienten (=die Sklaven) und Privatpatienten (=die Herren), bei denen für die gleiche ärztliche Leistung unterschiedliche Honorarsätze zur Anwendung kamen.

Erst in der Mitte des vorigen Jahrhunderts ist dann aber das Fundament für die Dominanz der Medizin im heutigen Gesundheitswesen gelegt worden. Bis dahin hatte die mittelalterliche Ärzteschaft keineswegs einen einheitlichen Berufsstand gebildet. Vielmehr war sie in sehr heterogene Gruppen zerteilt, von denen nur ein kleiner Teil eine

⁵ Auf der einen Seite sind damit babylonische, ägyptische und indische Tempelschulen gemeint. Dabei gingen die alten Gesellschaften von einer "Existenzgemeinschaft der Lebenden und der Verstorbenen" aus. Die "Heilkunst war integrierter Bestandteil einer allgemeinen Bewältigung von Krisen, die im Verhältnis des einzelnen oder des Kollektivs mit den Ahnen, den Göttern oder dem Gott aufgrund eines Zuwiderhandelns gegen die vom letzteren festgesetzten oder überwachten Verhaltensnormen auftraten". Auf der anderen Seite kann aber auch die Weitergabe chirurgisch-medizinischen Wissens und der entsprechenden Fertigkeiten im Sinne eines Handwerks vom Vater auf den Sohn schon für diese Zeit festgestellt werden. Diese Zweiteilung medizinischer Wissensweitergabe finden wir auch bei den Griechen und sie hat sich offenbar bis heute fortgesetzt: zum einen geht es um praktisch erlernbare Fertigkeiten, Handwerk, Technik, Gewinnung von Erfahrung an der Seite eines älteren Meisters, zum anderen um geordnetes, systematisiertes Wissen, Theorie, Wissenschaft. Nach Schagen, U. (1993). Vom Codex Hammurabi bis zur neuesten Approbationsordnung. Psychomed, 1993, S. 275-280.

universitäre Ausbildung genossen hatte. Die meisten waren bestenfalls handwerklich ausgebildet: es waren dies die approbierten Chirurgen, die Wundärzte, die Bader und Barbieri. Daneben existierten ebenso viele nicht staatlich geprüfte, aber häufig durchaus erfahrene Heilkünstler, wie etwa die fahrenden Operateure, Bruchschneider, Zahnreißer, Knocheneinrenker, aber auch Kräuterkundige, weise Frauen, heilkundige Schäfer usw..

Durch zwei ministerielle Verfügungen, die in Preußen im Jahre 1851 und 1852 erlassen worden waren, trat nun an die Stelle des früheren Wundarztes II. Klasse der Heildiener. Er kann auch als Vorläufer der Krankenschwester gelten und er wurde nach einer Prüfung durch den Kreisphysikus nur für seinen derzeitigen Wohnort und widerruflich konzessioniert (Huerkamp, 1980, S. 359). Im zweiten Erlaß wurden die bis dahin eigenverantwortlich praktizierenden Hebammen in der Ausübung der Geburtshilfe ebenfalls der Oberaufsicht der akademisch ausgebildeten (und durchgehend männlichen) Ärzteschaft unterworfen⁶.

Mit der Standardisierung der ärztlichen Zulassung über ein Hochschulstudium⁷ ging in Deutschland auch eine Stärkung des staatlichen Einflusses auf die Medizin einher. Dagegen herrschten in USA die aus privaten Mitteln unterhaltenen *medical schools* vor und in England dominierte eine praktische klinische Ausbildung im Lehrlingsverhältnis. Und sowohl in England wie in den USA erfolgte die Lizenzierung der Ärzte nicht durch den Staat, sondern durch die berufsständische Organisationen.

Der Aufbau der Krankenversicherungen wie der Ausbau sozialstaatlicher Leistungen in diesem Jahrhundert betreffen den Professionalisierungsprozeß in zweifacher Weise. Der ehemals freie Arzt wurde mehr und mehr zum Kassenarzt und dadurch quasi ein Stück

⁶ Erst mit der Schaffung der Krankenversicherung und der Bildung von Krankenkassen ging der staatliche Einfluß zurück; dafür sah sich ein Großteil der Ärzteschaft nunmehr der Herrschaft der Kassen ausgesetzt.

⁷ Die nunmehr einheitliche Eingangsvoraussetzung des Abiturs und des abgeschlossenen Hochschulstudiums hatten sicherlich auch eine Homogenisierung der Ärzteschaft in Bezug auf ihre soziale Herkunft zur Folge. Es muß allerdings angemerkt werden, daß die akademischen Ärzte ihren hohen sozialen Status wohl weniger ihrem, streng symptomorientierten, Wissen verdankten, sondern vor allem ihrer Herkunft aus "den gebildeten Ständen". Auch wurde bis zur Prüfungsreform von 1925 innerhalb der Ärzteschaft vielerlei Kategorien von Ärzten unterschieden: promovierte praktische Ärzte (=reine Mediker) für Inneres, promovierte praktische Ärzte und Operateure (Iatrochirurgen) für die innere und äußere Heilkunst, ärztliche Licentiaten, Stadtwundärzte, Landwundärzte, Militärärzte sowie für einzelne Zweige der operativen Heilkunde besonders geprüfte und konzessionierte Personen (z.B. Zahnärzte, Geburtshelfer, Okulisten, Bruchschneider); im einzelnen vgl. Huerkamp, 1980, S. 351 ff.

weit vergesellschaftet. Er war nun nicht mehr allein seinem Patienten verantwortlich, sondern zugleich auch der Krankenkasse. Auch wurde er so zur definitiven Instanz, die befundet, ob ein Arbeiter gesund ist, oder ob er krank geschrieben werden muß und dadurch einen Anspruch auf die von der Kasse verwalteten kollektiven Geldmittel erhält. Andererseits führte die Einrichtung der Kassen dazu, daß die Ärzte nunmehr verstärkt auch von Angehörigen der Unterschicht aufgesucht wurden. Die sogenannte "Krankheitsschwelle" sank mehr und mehr.

Dies sind nur einige wichtige Trends, die den professionellen Wandel in der Medizin verdeutlichen. Andere Trends, wie ein verändertes Arzt-Patient-Verhältnis, eine ausufernde Medikalisierung und Selbstmedikation, das Ausweichen vieler Patienten in Laiensysteme oder die Stärkung des präventiven Gedankens können an dieser Stelle nur genannt, aber nicht genauer behandelt werden. Dies gilt auch die Zunahme des Frauenanteils und für sich verändernde Rollen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die einerseits immer mehr reglementiert werden, andererseits sich aufgrund neuer Konkurrenzstrukturen auch stärker als Unternehmer in Sachen Gesundheit definieren.

2.3 Professioneller Wandel im Spiegel der Zahlen

Entwicklung der Arztdichte in den letzten 120 Jahren

Einige Zahlen mögen den rasanten Aufschwung charakterisieren, den die Medizin in den letzten 120 Jahren genommen hat: Kamen im Jahre 1876 nur 32 Ärzte auf hunderttausend Einwohner - bei damals insgesamt 13 728 Ärzten - so hat heute in Deutschland die *Versorgungsdichte* mit mehr als 300 Ärzten auf hunderttausend Einwohner einen Grad erreicht, der nur noch von Schweden und Dänemark übertroffen wird. Dagegen liegt die Ärztedichte in Italien nur bei 140 und in den Vereinigten Staaten bei 220. In absoluten Zahlen ausgedrückt heißt dies: In den hundert Jahren von 1880 bis 1980 hat sich die deutsche Ärzteschaft von knapp 14 000 Ärzten auf 140 000 verzehnfacht. In den zwanzig Jahren von 1980 bis ins Jahr 2000 wird sich die absolute Ärztezahl noch einmal verdoppelt haben - und dies bei einer konstanten oder sogar rückläufigen Einwohnerzahl. Setzt sich dieser Wachstumstrend ungebremst fort - und

nach neuesten Prognosen ist dies durchaus der Fall - dann haben wir im Deutschland des Jahres 2000 im minimalen Fall 226 000 und im maximalen Fall rund 270 000 Ärzte - und zwar jeweils bezogen auf die alten Bundesländer⁸.

Entwicklung des Ärzteneinkommens

Betrachten wir die Einkommen der Nachkriegszeit von 1954 bis 1980 dann fallen zwei bemerkenswerte Tatbestände ins Auge. Zum einen liegen die niedergelassenen Ärzte in der gesamten Nachkriegszeit am oberen Ende der Verdienstskaala (Priester & Deppe, 1986). Und zum anderen erzielten die niedergelassenen Ärzte vor allem in den 60iger Jahren einen stark überproportionalen Verdienstzuwachs. Im Jahre 1954 verdienten Ärzte, Rechtsanwälte und Notare mit jeweils ca. 16 000 DM pro Jahr gut drei mal soviel wie ein durchschnittlicher Arbeitnehmer. Der kam damals auf knapp 5000 DM. In den 25 Jahren von 1954 bis 1980 hat sich das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen aus unselbständiger Tätigkeit auf knapp 37 000 DM versiebenfacht. Die gleiche Steigerungsrate findet sich bei den Rechtsanwälten und Notaren, allerdings bei einem wesentlich höheren Ausgangsniveau. Deren Bruttojahreseinkommen stiegen um über 100 000DM von 16 000 DM auf 123 000 DM an. Noch deutlich günstiger haben sich im selben Zeitraum die Einkünfte *niedergelassener* Ärzte entwickelt. Sie stiegen um das elffache an, und zwar von 16000 DM in Jahre 1954 um mehr als 160 000 DM auf 180 000 DM im Jahre 1980. Damit liegen sie fast um die Hälfte höher als die Verdienste der Rechtsanwälte und übertreffen das Durchschnittseinkommen der Arbeiter und Angestellten um das Fünffache. Wegen der guten Verdienstmöglichkeiten in eigener Praxis gab es bis in die 70iger Jahre hinein in den Krankenhäusern sogar einen ausgesprochenen Ärztemangel (Schagen, 1990, S. 71).

Sicherlich ist das hohe Einkommen, verbunden mit einem ebenfalls sehr hohen Sozialprestige ein wichtiger Grund dafür, daß die Attraktivität des Arztberufes, und damit des Medizinstudiums, so hoch geworden ist, daß sich bei den ohnehin immer zahlreicher werdenden Abiturienten der 70iger und 80iger Jahre ein beträchtlicher Bewerberüberhang für das Medizinstudium herausgebildet hat.

⁸ Dies könnte möglicherweise dazu führen, daß ausgebildete Ärzte mehr und mehr in neue oder bislang weniger attraktiv erscheinende Tätigkeitsfelder ausweichen oder gar bei anderen Berufe "wildern" werden - und damit Professionalisierungstendenzen etwa der psychologischen Psychotherapeuten entgegenwirken. So ist im Oktober 1996 ein Urteil in einem 14 Jahre laufenden, von medizinischen Standesvertretern angestregten Prozeß gefällt worden, das es der Techniker-Krankenkasse untersagt

Differenzierung und Spezialisierung

Ein weiteres Moment des professionellen Wandels betrifft die Differenzierungs- und Spezialisierungstendenzen im Tätigkeitsbild der heutigen Medizin. Einen analogen Trend finden wir ja etwa auch bei den Juristen, die von einem zunächst einheitlichen Berufsbild in eine Vielzahl von spezialisierten Experten zerfallen sind. Während in den letzten dreißig Jahren die Anzahl der niedergelassenen Allgemeinpraxen unverändert bei rund 30 000 liegt, haben sich im gleichen Zeitraum die Praxen von *Spezialisten* fast verdreifacht. Sie stiegen von 15 000 im Jahr 1960 auf 40 000 im Jahr 1985 an.

In den letzten hundert Jahren hat sich auch das Verhältnis von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten enorm verändert. Im Jahr 1875 waren nur etwa 3% aller berufstätigen Ärzte in der Klinik tätig, aber fast 90% in eigener Praxis niedergelassen. 1933 hatte sich der Anteil der Klinikärzte bereits auf 20% erhöht während der Anteil der freien Ärzte auf etwas über 70% gefallen ist. Etwa um 1965 kamen auf sechs niedergelassene Ärzte rund drei Klinikärzte. Fünfzehn Jahre später, also etwa im Jahre 1980, hat die Zahl der Klinikärzte mit einem Anteil von fast 50% aller Ärzte die Zahl ihrer niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen (die nun über einen Gesamtanteil von gut 40% verfügen) bereits übertroffen.

Vermutlich dürfte sich dieser Trend aufgrund finanzieller Probleme vieler Kliniken aber abbremsen oder sogar wieder umkehren, so daß die Bedeutung von freien Niederlassungen wieder deutlich ansteigt. Dies gilt auch und besonders für Frauen, die in einer selbständigen Tätigkeit (mit freier Wahl der Arbeitszeit, mit festgelegten Gebührensätzen usw.) eine interessante berufliche Option sehen dürften. Nach den entsprechenden Zahlen des Berufsverbandes der freien Berufe Deutschlands (Simon & Oberländer, 1995, S. 21 ff.) wächst der Anteil der Frauen in den selbständigen Tätigkeiten weit überproportional und am stärksten in den freien Berufen (also etwa Ärztinnen, Rechtsanwältinnen, Steuerberaterinnen). Lag der Frauenanteil in der Medizin in den 50iger Jahren noch unter 15%, so hat er sich inzwischen auf über 30% verdoppelt. Bezieht man den höheren Frauenanteil aus den neuen Bundesländern mit ein, dann kommen heute auf eine Ärztin nur noch zwei männliche Kollegen.

Deprofessionalisierungstendenzen

eigenständig therapierenden Diplom-Psychologen die Honorare zu erstatten (vgl. Report Psychologie, 1997, S. 2 und 3).

Aber trotz der skizzierten Wachstumsphasen auf allen Gebieten zeichnen heute viele praktizierende Ärztinnen und Ärzte ein eher besorgtes Bild von der Zukunft ihrer Profession. Diesen Eindruck vermittelt jedenfalls ein Item aus einer 1994 durchgeführten Explorationsstudie an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Hohner, 1994). Der Vorgabe "Ich würde auch heute meinen Kindern oder guten Freunden empfehlen, Medizin zu studieren" stimmten nur 5% der rund 70 Befragten "vollkommen" zu. Immerhin 22% stimmten dieser Aussage "weitgehend" zu. Dagegen sehen aber fast zwei Drittel der Befragten in einem Medizinstudium offenbar keine attraktive berufliche Option mehr (37,8% "stimmt gar nicht" und 27,0% stimmt ein wenig; 8,2% hatten die Keine-Angabe-Antwortalternative angekreuzt bzw. waren *missing data*).

Wie ist diese verhaltene, ja skeptische Tendenz zu erklären? Zum einen drückt sich darin sicherlich bei vielen Befragten eine Frustration, besonders durch die zweite Stufe der Gesundheitsreform aus, weil diese in vielerlei Hinsicht zu spürbaren Verschlechterungen, besonders bei den niedergelassenen Allgemeinärzten, geführt hat. Möglicherweise verweist sie andererseits aber auch auf jenes Phänomen, das von vielen - und bei weitem nicht nur von den besonders kritischen Medizinern - als Krise der Medizin bezeichnet wird.

In der *medizinsoziologischen Debatte* der letzten 40 Jahre ist die Theorie der professionellen Dominanz der Medizin gegenüber anderen Gesundheitsberufen vor allem von Eliot Freidson (1970 a, b) herausgearbeitet worden.

Dabei verwendet er den Professionsbegriff in zweierlei Bedeutung: als ein spezifische Art des Berufes und als Bekenntnis (avowal) und Versprechen (promise): "It is useful to think of a profession as an accopation which has assumed a dominant position in a dividion of labor, so that it gains control over the determination of the substance of its own work. Unlike most occupations, it is autonomous or selfdirecting. The occupation sustains this special status by its persuasive profession of the extraordinary trustworthyness of its members. The trustworthyness it professes naturally includes ethically and also knowledgeable skill. In fact, the profession claims to be the most reliable authority on the nature of the reality it deals with". (S. xvii), Freidson, E. (1970 b). Professional dominance: the social structure of medical care. Chicago: Aldine; (vgl. auch Wolinsky (1993) S. 11.

Dagegen hat Paul Unschuld (1978) im internationalen Vergleich die Deprofessionalisierung der Ärzte, also eine Art Rückentwicklung von der Profession zum "einfachen" Beruf beschrieben. Für die USA verweist er auf folgende Indikatoren:

- Die Zahl von Kunstfehlerprozessen steigt an. Durch die gutachterliche Tätigkeit von Kollegen gegen Kollegen bestehe die Gefahr, daß die Geschlossenheit der Standesloyalität verloren geht.
- Parallel dazu ergebe sich ein Vertrauensverlust der Bevölkerung.
- Und schließlich nehme die staatliche Regulierung der medizinischen Forschung zunehmend zu.

In diesen Veränderungen sieht Unschuld Hinweise auf einen Verlust an professioneller Autonomie, also jenes Kennzeichens der Profession, das in der berufssoziologischen Diskussion als konstitutiv für die Profession betrachtet wird. Dieser Prozeß des Autonomieverlustes⁹ werde dadurch verstärkt, daß sich neue Expertenberufe im Gesundheitsbereich etablieren: z.B. Bioingenieure, Biotechniker, Sozialarbeiter, Bewegungstherapeuten, Psychologen. Möglicherweise lassen sich beide Sichtweisen ein Stück weit ineinander überführen: man kann dann nach wie vor von der Dominanz der Profession *als Ganzem* ausgehen (insbesondere im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen); dagegen kann man gleichzeitig auf der *Ebene der individuellen ärztlichen Tätigkeit* Einschränkungen annehmen. Man stände dann bei einer Sichtweise, die Donald W. Light (1993) als "paradox of declining autonomy and growing sovereignty" bezeichnet. Einerseits finden sich Indikatoren für das Abnehmen professioneller Autonomie und andererseits kann eine zunehmende Souveränität und

⁹ nach Müller, U., vgl. Bollinger, H & Hohl, J. (1981), S. 443.

Aus subjektwissenschaftlicher Perspektive verweist Johanna Beyer auf eine weitere Tendenz der Deprofessionalisierung, "nach der es zum Funktionsverlust der traditionellen fürsorglich-paternalen Verhältnisse in den Ärztebeziehungen komm(e). Das Bild von der Klinik, wie auch der Praxis als einem "ganzen Haus" mit dem Arzt als "pater familias" sei zunehmend veraltet" (S. 4). Das paternal geprägte Arztbild werde weiter durch die Zulassungsregelungen zum Medizinstudium abgebaut; denn diese habe auch die soziale und Geschlechterzusammensetzung verändert. Und schließlich entfalten die ärztlichen Hilfsberufe ein neues Selbstbewußtsein sowie Medizinkritik und Selbsthilfebewegungen förderten den mündigen Patienten.

Macht der Medizin in der heutigen Gesellschaft festgestellt werden. Ein solches Bild scheint mir durchaus auch für die bundesdeutschen Verhältnisse tauglich zu sein. Denn einerseits haben gerade in Deutschland durch die letzten Reformen des Gesundheitswesens staatliche Reglementierungen zugenommen, von denen gerade auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte betroffen sind¹⁰. Andererseits stellt die Medizin nach wie vor die wichtigste Disziplin im Gesundheitsbereich dar.

Nach den Analysen des *Murrhardter Kreises (1995)*, eines Sachverständigenremiums der Medizin, sind vor allem folgende Tendenzen als Wurzeln der heutigen Krise der Medizin anzusehen, und erscheinen deshalb als korrekturbedürftig. Es sind dies

- die einseitige Ausrichtung der Medizin an den Naturwissenschaften
- der damit verbundene reduktionistische somatische Krankheitsbegriff
- die Gefährdung einer ganzheitlich-anthropologischen Betrachtungsweise durch die notwendige Spezialisierung der ärztlichen Berufe
- die Ausweitung des Sozialversicherungssystems
- die fortschreitende Medikalisierung von Befindensstörungen und psychosozialen Problemen
- der mit der Entwicklung des akademischen Standes des Arztes verbundene erschwerte Zugang zum Patienten
- das Ausweichen von Patienten in Laiensysteme

Trotz etlicher Veränderungen im Berufsbild und trotz der genannten Deprofessionalisierungstendenzen dürfte die Medizin indes ihre dominante Rolle im

Frederic Wolinsky (1993) spricht gar von einer Proletarisierung der Mediziner und meint damit das Vordringen staatlicher Einflußnahme auf Zugang, Ausbildung und Berufstätigkeit (insbesondere der abhängig beschäftigten Klinikärzte) vgl. dazu auch. Frenk, J. & Durán-Arenas, L. (1993). The medical profession and the state. In Hafferty & KcKinlay (1993), S. 25-42.

¹⁰ Gleichwohl dürften gerade niedergelassene Ärzte nach wie vor, ebenso wie die Chefärzte, als vollständige Arztpositionen im Sinne von Volkholz (1973) gelten. Dagegen sind alle anderen Positionen unvollständig in Bezug auf "weitreichende Autonomie in der fachlichen Entscheidung, die Berechtigung zur Diagnose und Therapie und ein hohes gesellschaftliches Prestige und Einkommen."

Gesundheitsbereich auch in der nahen Zukunft nicht verlieren. Die starke Öffnung des Zuganges zur Profession führte in den letzten Jahren zwar zu Verunsicherungen besonders bei den jüngeren Ärztinnen und Ärzten, die sich niedergelassen haben; auf die Profession als Ganzes bezogen, kann man jedoch die letzten zwanzig bis vierzig Jahre eher noch im Sinne einer Konsolidierung der Profession interpretieren. Dies kann beispielsweise in der Zunahme der Ärzte bezogen auf die Einwohnerzahl quantifiziert werden, oder an der Tatsache, daß knapp jede zehnte Mark, die in Deutschland umgesetzt wird, direkt oder indirekt über einen Mediziner bewegt wird.

Wozu ist es nun aber überhaupt wichtig abzuschätzen, ob es Deprofessionalisierungstendenzen gibt oder nicht? Informationen zum Ausmaß und zu den Schwerpunkten der Professionalisierung geben natürlich nicht nur Auskunft über die Stärke des Berufsstandes und über die innere Verfassung der Profession. Sie wirken sich auch auf das Ansehen der Medizin in der Öffentlichkeit aus und bestimmen so die Nachfrage - und zwar in zweifacher Weise: einmal im Hinblick auf die Nachfrage von Patienten und anderen Auftraggebern nach medizinischen Leistungen; zum anderen im Hinblick auf die Nachfrage nach dem Medizinstudium, also um die Frage der Attraktivität der Medizin und des medizinischen Studiums für junge Abiturienten.

Auch wäre beispielsweise eine direkte Bewerberzulassung durch die Hochschule unter Zuhilfenahme von Ärztefunktionären, oder die maßgebliche Mitwirkung bei der curricularen Gestaltung des Studiums oder die Festsetzung der Studienplätze natürlich ein enormer Gewinn für den Berufsstand. Inwieweit das etwa aus Sicht der Patienten und Krankenkassen allerdings wünschenswert erscheint oder nicht, ist eine andere Frage, die an dieser Stelle zunächst noch nicht geklärt werden muß.

Mit den angerissenen Entwicklungslinien verbinden sich ein Wandel im professionellen Leitbild und den charakteristischen Tendenzen ärztlicher Berufstätigkeit. Die Medizin ist in den letzten Jahren deutlich weiblicher, differenzierter und spezialisierter geworden. Damit stellt sich stärker als zuvor die Frage nach der professionellen Rolle und Funktion im Sinne von Parsons¹¹ für die heutige Zeit. Und es ist, gerade auch in

¹¹Parsons setzt übrigens den Arzt insbesondere vom Typus des Geschäftsmannes ab. Der Arzt wird als kollektivitätsorientiert gesehen im Gegensatz zum egoistisch agierenden kapitalistischen Geschäftsmann. Das dies auch für die niedergelassenen Ärzte der 90iger gilt, darf indes bezweifelt werden. Vielmehr scheinen sich nur dort positive Entwicklungsperspektiven einer ärztlichen Praxis zu ergeben wo sich fachmedizinische und unternehmerisch-betriebswirtschaftliche Kompetenzen miteinander verbinden (Hohner, i.Dr.).

Bezug auf die Zulassungskriterien zum Studium und im Hinblick auf die medizinische Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Frage nach einer generalisierten ärztlichen Kompetenz (Rosemeier, 1995) zu stellen.

Wie steht es also mit den Leitbildern und dem tatsächlichen Handeln der ärztlichen Profession?

3. Leitbilder für den Arzt der Zukunft

3.1 Wodurch zeichnen sich "wirklich gute" Ärzte aus?

Werfen wir vorab einen kurzen Blick auf zwei Leitbilder aus sehr verschiedenen Epochen. Beide stammen von angesehenen medizinischen Fachvertretern und fragen nach "dem guten Arzt".

Der Naturforscher und Arzt Theophrast von Hohenheim - er wurde unter seinem latinisierten Namen Paracelsus als Reformator der Medizin bekannt - ging von einem Glauben an die "wunderbare Selbsthilfe der Natur" aus. "Der Arzt habe die heilige Sendung, das von Gott verliehene Amt zu fördern, er habe dort einzugreifen und anzufangen, wo die *vis vitalis*, die Lebenskraft, erlahme. Der tiefste Sinn des ärztlichen Helfers sei die Liebe" (Helfer, 1972). Paracelsus lebte im Spätmittelalter von 1493 bis 1541. Er hatte an der Universität von Ferrara studiert und dort promoviert. Er wurde zum Reformator der Medizin, indem er an die Stelle des stofflichen Denkens der von ihm abgelehnten (hippokratischen) Humoralbiologie und Humoralpathologie des Mittelalters eine chemisch-biologische, dynamische Auffassung des Lebens und der Krankheit gesetzt hatte. Erbittert bekämpfte er die herkömmliche Arzneimittelbehandlung mit ihren verschiedenen Pflanzengemischen. Ein großes Verdienst wird darin gesehen, daß er die "Chemie der Therapie dienstbar gemacht" hatte. "Paracelsus starb 1541 in Salzburg. Offenbar hat sich Paracelsus seinem Arztideal gemäß verhalten. Denn auf seinem Grabstein in Salzburg soll zu lesen gewesen sein, `daß er Aussatz, Gicht und Wassersucht geheilet und den Armen sein Geld gegeben habe`." (Helfer, 1972, S.16).

Machen wir nun einen Sprung um fünf Jahrhunderte ins Jahr 1995. Auf einem Symposium zum Thema Eignungsdiagnostik und Medizinstudium, das im Oktober an der Universität Fribourg stattfand, referierte der Physiologe Fritz Baumann vom Centre Medical Universitaire der Universität Genf zum Thema "Welche Fähigkeiten und welches Wissen braucht ein kompetenter Arzt wirklich?". Er benannte sieben zentrale Qualitäten (Baumann, 1995):

Danach sind *wirklich* kompetente Ärzte in der Lage, den Prozeß des medizinischen Problemlösens zu meistern (.. masters the process of medical problem solving); sie verfügen über ein breites Wissen und über vielfältige Fertigkeiten (.. has broad knowledge and skills); sie sind gründlich wissenschaftlich ausgebildet (... is scientifically educated); sie sind flexibel; sie kennen ihre persönlichen Grenzen; sie sind willens und in der Lage, sich lebenslang fortzubilden und sich weiter zu entwickeln. Und schließlich verfügen sie über die richtige Einstellung (... the right attitude; damit meint Baumann solche Aspekte, die man in psychologischer Terminologie auch als Empathie und als Rollendistanz bezeichnen könnte).

Was fällt nun auf, wenn wir die beiden grob umrissenen ärztlichen "Anforderungsprofile" genauer betrachten? Sieht man einmal von dem sicherlich unterschiedlichen religiösen und philosophischen Hintergrund ab, dann scheinen sich beide Leitbilder keineswegs zu widersprechen. Die von Paracelsus geforderten Aspekte der Mitmenschlichkeit, der Mitleidensfähigkeit, der Brüderlichkeit finden sich vielmehr zu einem gewissen Teil auch in den von Baumann benannten ärztlichen Kompetenzen oder lassen sich in diese übersetzen.

Auch erstaunt das Ausmaß solcher Kompetenzen in den von Paracelsus und Baumann gezeichneten Arztidealen, die *außerhalb* und *zusätzlich* zu den spezifischen medizinischen Wissensbeständen und Fertigkeiten im engen Sinn gefordert werden: also Kompetenzen wie die Fähigkeit zum angemessenen Selbstmanagement, die Bereitschaft und die Fähigkeit zum lebenslangen Lernen und zur Flexibilität, aber auch soziale Fähigkeiten und Haltungen wie Mitmenschlichkeit, Empathie oder Kooperationsfähigkeit. Derartige Kompetenzen sind sicherlich nicht nur für gute Ärzte sondern auch für andere Berufe und Tätigkeiten wichtig. Sie betreffen Eigenschaften

und Fertigkeiten, die über reine Wissensbestände weit hinausgehen und deshalb entsprechende Lernbedingungen voraussetzen. Aus diesen Gründen erscheint es auch keineswegs erstaunlich, daß sich beide Arztbilder nicht aus dem *traditionellen* medizinischen Curriculum erschließen lassen dürften.

3.2 Die Krise der Medizin als Diskrepanz zwischen veränderten beruflichen Anforderungen und traditioneller medizinischer Ausbildung

Warum tauchen nun derartige überfachliche Kompetenzen (vgl. überblickend Liepmann, 1993; Marggraf, 1995) weder als Lernziele noch als Prüfungsinhalte im heutigen universitären Studium auf und bleiben so eigenen Weiterbildungsaktivitäten der angehenden oder praktizierenden Ärztinnen und Ärzte vorbehalten bzw. werden gewissermaßen der "ärztlichen Gesamtpersönlichkeit" zugeschlagen und liegen deshalb jenseits curricularer Bemühungen? Wie ist es zu der Diskrepanz gekommen zwischen den faktischen Anforderungen an den Arzt von heute und morgen und den curricularen Anforderungen. Also dem dem, was die angehenden Mediziner in ihrer Ausbildung lernen und wie sie das tun?

Ein wesentlicher Aspekt liegt sicherlich darin, daß das heutige Medizinstudium von den Auswirkungen des naturwissenschaftlichen Paradigmas in der Medizin geprägt ist. Die Dominanz des naturwissenschaftlichen Paradigmas in der Medizin begann Mitte des vorigen Jahrhunderts, also parallel zur Professionalisierung der Medizin und hat sich seither mehr und mehr in der medizinischen Ausbildung durchgesetzt. Im Zuge dieser Entwicklung hat sich das Primat der Wissenschaft vor dem Handeln herausgebildet. Die Suche nach objektiven Zeichen, die sich als Organstörungen lokalisieren lassen, und die durch eine Sektion bestätigt werden können, bedeuten gleichzeitig eine Kritik an der bis dahin dominierenden Subjektivität, bei der mehr der Arzt als die Profession wirkte. Zu diesem Wandel ein Zitat aus einem Fachbuch, das vor 110 Jahren erschienen ist. Es behandelt die ärztliche Tätigkeit vor und nach der "naturwissenschaftlichen Wende" Mitte des 19. Jahrhunderts:

"Der Arzt der alten Zeit übte seinen Beruf wie begreiflich nach dem Wissen seiner Zeit:
... Die Medizin war subjektiv, und so wirkte der Arzt mehr durch sich selbst als durch

seine Wissenschaft ... Der alte Arzt kam seinen Kranken näher; um die Ursache zu erforschen mußte er Psychologe sein, und Menschen und Verhältnisse beurtheilen, um mit Rücksicht darauf den Heilplan zu entwerfen ... Seine Aufgabe war vielleicht schwieriger als jetzt, - er hatte es nicht mit dem Objekt einer Krankheit, sondern mehr mit der Person des Kranken zu thun ... Jetzt ist es anders. Die Medizin ist tatsächlich objektiv geworden. Es ist gleichgültig, wer am Bett steht, aber er muß verstehen, zu untersuchen, zu erkennen. Er tritt an ein Objekt, welches er ausforscht, ausklopft, aushorcht, ausspäht, und die rechts und links liegenden Familienverhältnisse ändern daran gar nichts: der Kranke wird Gegenstand" (Volz, R., 1886, Der ärztliche Beruf. Berlin, zit. nach Murrhardter Kreis, 1995, S 41).

Eine solche Auffassung hat zwar die Professionalisierung der Medizin zunächst einmal nachhaltig gefördert und zu teilweise spektakulären Erfolgen geführt. Inzwischen sind jedoch Veränderungen eingetreten, die dieses Paradigma transzendieren und die damit dem entsprechenden Arztbild zuwiderlaufen. Ich will dazu einige Beispiele geben:

Es sind dies beispielsweise Veränderungen im Morbiditätsspektrum: Viele Menschen werden heute älter als je zuvor. Sie haben weniger akute Störungen (die quasi dem naturwissenschaftlichen Ansatz durch ihre einfachen Kausalstrukturen am besten entsprechen), sondern häufig chronische Krankheiten. Der Arzt ist hier nicht mehr in erster Linie als Heiler, gewissermaßen als Retter aus der Not, gefragt, sondern wird mehr und mehr zum Krankheitsbegleiter oder sogar zum psychosozialen Berater. Dies erfordert natürlich ein neues Selbstverständnis, erweiterte pathogenetische Modelle, und anders gelagerte Fähigkeiten in Bezug auf Diagnostik und Therapie.

Viele Krankheitsbilder weisen zunehmend auch umweltbezogene oder verhaltensbezogene Aspekte auf. Wie manche Allergien kommen hier verschiedene Ursachenfaktoren interner und externer Art zusammen und erst wenn eine gewisse Qualität eingetreten ist, manifestiert sich die Krankheit über spezifische Symptome. Mit diesen komplexen Krankheitsbildern verträgt sich die organ- und symptomorientierte naturwissenschaftliche Auffassung immer weniger. Statt dessen sind hier auch ökosystemische Krankheitsmodelle angezeigt.

Im Gefolge der jüngeren technologischen Entwicklung stellen sich auch neue Herausforderungen an die medizinische Ethik. Was sind Kriterien für Tod, was heißt menschenwürdiges Sterben - um nur zwei Beispiele zu nennen. Der Arzt von heute - und noch stärker der von morgen - wird sich mit diesen Problemen auf verschiedenen Ebenen, auf der „handwerklich-technischen“, auf der moralischen, auf der juristischen Ebene auseinander zu setzen haben. Dafür sind spezifische Wissensbestände, ein entsprechendes Bewußtsein und entsprechende Kompetenzen nötig.

3.3 Anforderungen an den Arzt von morgen

Das Arztbild von morgen wird sich deshalb an diesen veränderten Bedingungen orientieren müssen. Um eine entsprechende Veränderung auch in der medizinischen Ausbildung zu bewirken, fordern medizinische Reformer, am prominentesten der Murrhardter Kreis, eine neue, ganzheitlichere Theorie der Medizin. Auf ihrer Grundlage läßt sich dann auch das Arztbild von morgen und damit die Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte von morgen bestimmen.

Die dafür wesentlichen Elemente liegen *erstens* in einem erweiterten Verständnis pathogener Prozesse, das von monokausalen bis zu ökosystemischen Entstehungskonzepten reicht; sie liegen *zweitens* in einer Diagnostik, die neben den biologischen Aspekten auch intrapsychische, interpersonelle und soziokulturelle Faktoren in Rechnung stellt, und sie liegen *drittens* in Therapiekonzepten, die über ein arztzentriertes Vorgehen hinausgehend auch patientenorientiert oder sogar selbsthilfebezogen sind (vgl. Murrharter Kreis, 1995, S. 43ff.).

Tab. 1: Elemente einer ganzheitlichen Theorie der Medizin

<i>Pathogenese</i>	<i>Diagnostik</i>	<i>Therapie</i>
monokausal	biologisch	aktive Behandlung
oligokausal	somatopsychisch	compliance-zentriert
multifaktoriell	psychosomatisch	Behandlungsvertrag
multikonditional	psychosozial	Entwicklungsimpuls
ökosystemisch	sozial	Selbsthilfe

Bei der Pathogenese geht es um die Entstehungsgeschichte, um den Verursachungszusammenhang von Krankheiten und Störungen. Hier wird ein zunächst monokausales Verständnis ausgeweitet bis zu ökosystemischen Perspektiven. Im Hinblick auf die Erkenntniskonzepte (Diagnostik) wird die biologische Sicht über ein somatopsychisches, psychosomatisches und psychosoziales Verständnis bis hin auf ein sozial geprägtes Erkenntniskonzept ausgedehnt. Schließlich gehen die Behandlungskonzepte (Therapie) weit über die direkte ärztliche Behandlung, wie sie etwa ein Notfallarzt bei einem Verkehrsunfall anwenden muß, hinaus und beinhalten auch solche Formen ärztlichen Handelns, die man als beraterorientiert bezeichnen kann.

Jedes dieser Konzepte - Pathogenese, Diagnostik und Therapie - beinhaltet also verschiedene wesentliche Modalitäten, die weitgehend unabhängig voneinander sind. Diese Modalitäten können sowohl auf die medizinische *Forschung*, auf die *Krankenversorgung* und auf die medizinische *Ausbildung und Lehre* bezogen werden. Und auf der Basis dieser Grundkonzepte und ihrer jeweiligen Modalitäten lassen sich die unterschiedlichsten medizinischen *Tätigkeitsfelder* kombinieren - vom Notarzt, der eine blutende Verletzung auf der Basis eines monokausalen-biologischen Modells rasch analysieren und sofort aktiv ärztlich tätig werden muß, bis hin zum Sozial- und Präventivmediziner, der keinen direkten Patientenkontakt mehr hat, sondern auf der Basis von epidemiologischen Daten und Überlegungen versucht, das bio-psycho-soziale

System zu verstehen, und dessen Veränderungstrategien vor allem selbsthilfeorientiert sind.

Diese Tätigkeitsfelder lassen sich gleichzeitig im Sinne von *Anforderungsprofilen* für die unterschiedlichsten Arztbilder verwenden - vom Hausarzt bis zum Spezialisten. Bedeutet das nun aus eignungsdiagnostischer Sicht, daß man für die Ärztinnen und Ärzte von morgen ebenso viele Kompetenzprofile entwickeln muß, wie Tätigkeitsfelder denkbar sind?¹² Würde also ein einheitliches Arztbild gänzlich verlorengehen? Dies ist gerade nicht der Fall. Es kann ja nicht darum gehen, für jedes einzelne Tätigkeitsfeld die jeweiligen Spezialisten frühzeitig auszuwählen und entsprechend auszubilden. Ein erneuertes, einheitliches Arztbild erfordert vielmehr *modifizierte* und *zusätzlich* Fähigkeiten. Diese Kenntnisse, Fähigkeiten und Werthaltungen gelten dann im Sinne von Ausbildungszielen und Basiskompetenzen für sämtliche angehenden Ärzte.

- So erfordern sämtliche medizinischen Tätigkeitsfelder *Kenntnisse* der grundlegenden molekularen, strukturellen und funktionellen Eigenschaften der Zelle, aber auch Kenntnisse der wichtigsten Mechanismen der Krankheitsentstehung und der Wirkung der therapeutischen Interventionen.
- Und alle Tätigkeitsfelder erfordern z.B. die *Fähigkeit* Informationen kritisch zu werten und unter der Verwendung der modernen Informationstechnologie zweckbestimmt zu analysieren, aber auch die Fähigkeit, die Grenzen der eigenen Kompetenz zu erkennen.
- Für alle Tätigkeitsfelder sind solche *kognitiven Kompetenzen und Werthaltungen* nötig, die die Reflexion des eigenen Verhaltens und ihrer personengebundener Grundlagen erlauben.
- Darüber hinaus sind in den allermeisten Tätigkeiten *kommunikative Kompetenzen* erforderlich - beispielsweise um bessere Diagnosen zu ermöglichen, oder um eine angemessene Gesprächsführung mit Patienten sicherzustellen.

¹² Diese Frage stellt sich natürlich analog auch für andere Professionen; vgl. für die Psychologie Hoff (1998). Dort wird für ein einheitliches Profil argumentiert.

Wie also sehen die gute Ärztinnen und Ärzte von morgen aus: ich zitiere aus dem Gutachten des Murrhardter Kreises:

"... Bei aller wissenschaftlichen und biotechnischen Kompetenz, die auch weiterhin unverzichtbar bleiben wird, gewinnen personale Eigenschaften wie kommunikative und interaktive Fähigkeiten, Bereitschaft zur Verantwortung, politische Tugend und ethische Bildung eine überragende Rolle. Dies entspricht den Veränderungen, die sich für das kommende Jahrzehnt im ärztlichen Beruf abzeichnen. Gefragt ist in der Arzt-Patient-Beziehung nicht länger die Substitution knapper ärztlicher Zeit durch technische Mittel bis hin zur kontraproduktiven Anwendung der Medizintechnik ... ; gesucht wird der Arzt, der nicht nur mehr Zeit für den einzelnen Patienten einsetzen kann, sondern der in dieser Zeit eine höhere Qualität in der Beratung, im Risikodialog und in der unterstützenden Begleitung bei belastenden Krankheitsverläufen seiner Patienten entwickelt..." (1995, S. 127).

Wie kommt man nun zu solchen Ärzten? Und was kann dabei die psychologische Diagnostik dabei leisten. Ich will dies im folgenden anhand des Zugangs zum Medizinstudium etwas genauer untersuchen. Weitere interessante Fragen können an dieser Stelle allerdings nicht detailliert behandelt werden. Es sind dies Fragen wie z.B.

a) Inwieweit können derartige ärztliche Kompetenzen in einem entsprechend veränderten Studium erworben werden? Ein Großteil bezieht sich ja auf solche Fähigkeiten, die sich jenseits von Wissensbeständen und Kenntnissen auf Erfahrungen und Reflexionen beziehen, oder die sogar der Individualität des einzelnen, seiner "Persönlichkeit" zugerechnet werden müssen.

b) Welche Tendenzen der Mediziner Ausbildung und der Medizinerzulassung lassen sich dabei schon heute als wegweisend erkennen? Ich denke etwa an die Modelle der MacMaster University in Canada oder an die private Hochschule in Witten-Herdecke; aber auch an die derzeit laufenden sogenannten Reformstudiengänge (vgl. Göbel & Remstedt, 1994, 1995).

c) Welche Bedeutung kommt neuen Ansätzen des Lehrens und Lernens zu?

d) Was bedeutet dies für die zentralen medizinischen Prüfungen, nämlich die ärztliche Vorprüfung und die Staatsexamina?

4. Welche Rolle spielt die Eignungsdiagnostik bei der aktuellen Hochschulzulassung und welche könnte sie spielen?

Die Frage nach Ärzten, die über alle diese Kompetenzen verfügen, verweist natürlich vor allem auf die Qualität der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zeitlich vorher stellt sich indes die Frage nach der Selbst- bzw. Fremdselektion für das Medizinstudium. Vor allem dann, wenn der Zugang zum Studium durch das Nadelöhr eines scharfen Numerus Clausus führt, muß nach den dafür verwendeten Selektionskriterien und den dafür eingesetzten Verfahren gefragt werden.

Zunächst wird der Zugang zum Medizinstudium im internationalen Vergleich skizziert (4.1). Danach wird die bundesdeutsche Situation beleuchtet (4.2 und 4.3). Und schließlich werden Stärken und Schwächen dieses Verfahrens aufgezeigt und kritisch diskutiert (4.4 und 4.5).

4.1 Der Zugang zum Medizinstudium im internationalen Vergleich

Daß die Medizin nach wie vor als eine attraktive Disziplin angesehen wird zeigt sich im Verhältnis von Nachfrage und Angebot bei der Zulassung zum Studium¹³. Derzeit müssen in Deutschland, in Italien und in Israel 60% bis 70% der Bewerber für ein Medizinstudium abgewiesen werden, weil zu wenig Studienplätze vorhanden sind. Noch höher ist der Anteil abgewiesener Bewerber mit ca. 90% in Großbritannien. In Irland erhalten gar nur fünf von hundert Bewerbern letztendlich einen Studienplatz. In den genannten Ländern erfolgt die Selektion bereits vor Aufnahme des Studiums. Etwas anders ist das französische Verfahren gestaltet: dort werden zunächst sämtliche Bewerber vorläufig zum Studium zugelassen. Am Ende des ersten Studienjahres werden dann im Rahmen des sogenannten *concours* 70-85% dieser vorläufig Studierenden

¹³ Derzeit erfreut sich in Deutschland nur noch die Psychologie einer ähnlichen Beliebtheit. So kamen etwa im Wintersemester 1996/97 auf 3465 Studienplätze 13363 Bewerber in Psychologie, für Humanmedizin betragen die entsprechenden Zahlen 7220 Studienplätze für 15515 Bewerber (Quelle: ZVS-Info).

„herausgeprüft“. Faktisch besteht also auch in Frankreich eine drastische Selektion - gewissermaßen nach einem Jahr Probestudium¹⁴.

Derzeit gibt es in der Schweiz eine Diskussion um die Einführung eines Numerus Clausus (Hänsgen & Hofer, 1995; Steiger & Bloch, 1995). Dies ist nicht erstaunlich, denn die Schweiz verfügt - wie auch Deutschland, Schweden und Belgien - bereits heute über eine Arztdichte von über 300 Ärzten auf 100 000 Einwohnern. Und sie weist - zusammen mit Österreich (Ärztequote: 210) und Belgien - die mit Abstand höchsten Zahlen von Medizinstudierenden je Einwohner auf. Während in Deutschland und Italien etwa 15 Studierende auf 100 000 Einwohner kommen, sind es in Belgien 20, in der Schweiz 22 und in Österreich sogar 25 Studierende. Weitaus geringer ist die *Studienquote* dagegen in Frankreich und in Großbritannien. Dort kommen nur etwa 7 bis 8 Studierende auf 100 000 Einwohner¹⁵.

International finden wir Zulassungsregelungen, die auf der Grundlage unterschiedlicher Kriterien und mit mehr oder weniger ausgefeilten Verfahren die geeigneten Bewerber auslesen sollen. Das Spektrum der als Prädiktoren eingesetzten Merkmale reicht von der *Abiturnote*, der *Wartezeit*, einem *Krankenhauspraktikum*, oder dem französischen *Probestudium* bis hin zu offenen oder streng standardisierten *Auswahlgesprächen*. Diese Eingangsgespräche erfolgen häufig auf der Basis eines vorab von den Bewerbern eingereichten Lebenslaufes und von Referenzen. Sie werden teilweise von trainierten Interviewern und unter streng standardisierten Bedingungen vor einem Einwegspiegel durchgeführt¹⁶. Aber auch *psychometrische Hochschuleingangstests* bzw. Studierfähigkeitstests kommen häufig zum Einsatz. Etwa der amerikanische "Medical Competence Aptitude Test (M-CAT)", der schwedische "Scholastic Aptitude Test (SAT)", der deutsche Test für medizinische Studiengänge (TMS), oder der parallel in 7 Sprachen und 6 mal pro Jahr durchgeführte "psychometric entry test (PET)" aus Israel. Im Unterschied zu einem ungewichteten Losverfahren für alle Bewerber werden die genannten Verfahren natürlich deshalb eingesetzt, weil man sich von ihnen eine

¹⁴ vgl. zur Zulassungssituation an europäischen Hochschulen auch Ebach & Trost (1997).

¹⁵ Diese Zahlen beruhen auf Angaben der Schweizer Hochschulkonferenz, vgl. Hänsgen & Hofer, 1995, S.1476 ff.

eignungsdiagnostisch fundierte Entscheidungshilfe erhofft. Da in Deutschland die Kosten eines Medizinstudiums mit bis zu 350 000 DM veranschlagt werden sind "Fehlbesetzungen" im Sinne von Studienwechslern und Studienabbrechern volkswirtschaftlich besonders teuer. Aber natürlich auch um ein qualitativ hochwertiges Studieren gewährleisten zu können, erscheint es sinnvoll, die knappen Studienplätze an möglichst gut geeignete Bewerber zu vergeben.

4.2 Der Hochschulzugang in der BRD

In Deutschland wird seit dem Jahre 1986 ein Zulassungsverfahren praktiziert, bei dem die zur Verfügung stehenden Studienplätze nach einem komplexen Quotensystem vergeben. Dieses Quotensystem entscheidet darüber, wer zum Studium zugelassen wird und wer nicht. Innerhalb dieses "besonderen Auswahlverfahrens" spielt wiederum eine psychometrische Testbatterie, der *Test für medizinische Studiengänge (TMS)*, die wichtigste Rolle (vgl. detailliert Fay, 1986). Beim TMS handelt es sich um eine Batterie von 9 Einzeltests.

Der TMS besteht im einzelnen aus den Untertests Muster zuordnen (24 Aufgaben, 22 Minuten Bearbeitungszeit), Medizinisch-naturwissenschaftliches Grundverständnis (24 Aufgaben, 60 Minuten), Schlauchfiguren (24 Aufgaben, 15 Minuten), Quantitative und formale Probleme (24 Aufgaben, 60 Minuten), Konzentriertes und sorgfältiges Arbeiten (1200 zu bearbeitende Zeichen, 8 Minuten), Figuren Lernen und Fakten Lernen mit jeweils einer Lernphase (20 Lerneinheiten in 4 Minuten bzw. 15 Lerneinheiten in 6 Minuten) und Reproduktionsphasen von 5 bzw. 7 Minuten Dauer), Textverständnis (4 Texte mit je 6 Aufgaben, 60 Minuten) und Diagramme und Tabellen (24 Aufgaben, 60 Minuten). Der TMS ist vom Institut für Test- und Begabungsforschung entwickelt worden und wird auch dort evaluiert (vgl. z.B. Trost, 1996, sowie Institut für Test und Begabungsforschung, 1988).

Der Test kann nur ein einziges mal abgelegt werden. Für Interessierte gibt es zur Vorbereitung mehrere vom Institut für Test- und Begabungsforschung herausgegebene Originalversionen sowie eine von der ZVS¹⁷ verbreitete ausführliche Beschreibung mit Beispielen und Lösungsstrategien. Außerdem gibt es noch eine Reihe von Übungsversionen und Disketten unterschiedlicher Autoren. Und schließlich gibt es

¹⁶ Wie etwa an der bekannten McMaster University in Canada: An der dortigen Universität wird dieses Verfahren seit 30 Jahren praktiziert und wird trotz einer sehr hohen Ablehnungsquote von über 90% im großen und ganzen akzeptiert (Bloch, 1995).

vielfältige kommerzielle und nichtkommerzielle Vorbereitungstrainings (vgl. Hohner, 1991). In den Jahren 1986 bis 1996 haben mehr als 300 000 Personen den TMS abgelegt, die allermeisten von ihnen befanden sich zu diesem Zeitpunkt noch in der letzten Klasse des Gymnasiums.

Ist der Test absolviert und das Abitur bestanden, dann kann man sich für einen medizinischen Studiengang bewerben. Dieses "besondere Auswahlverfahren" wird zum Sommersemester 1998 geändert; Test und Auswahlgespräche werden abgeschafft und es gilt dann das "allgemeine Verfahren", das als Kriterien zu 40% Wartezeit und zu 60% die Abiturnote heranzieht¹⁸.

Damit der sequentielle Charakter dieses "Kaskadenmodells" (Trost) deutlich wird, will ich die Verteilung der Studienplätze anhand eines Beispiels verdeutlichen. Dabei gehe ich von 10 000 zu vergebenden Studienplätzen aus.

Unabhängig von dem skizzierten Verteilungsverfahren werden rund 10% der Studienplätze an Ausländer und soziale Härtefälle vergeben. Es stehen dann also nur noch 9 000 zur Verfügung. Nehmen wir an, daß auf diese 9 000 Studienplätze 25 000 Bewerber kommen - ein Verhältnis, das den Verhältnissen in den 90iger Jahren recht nahe kommt.

Im ersten Schritt, der *Abitur-Test-Quote*, werden 45% der Studienplätze an jene Bewerber vergeben, die aufgrund ihres Testes und ihrer Abiturnote am besten platziert sind. Dabei wird das Abitur etwas stärker gewichtet als der Test. Testwert und Abiturnote können sich in einem gewissen Umfang gegenseitig kompensieren. So sind schon Bewerber mit einer Abiturnote von 3,1 über diese Quote zugelassen worden - sofern sie einen extrem hohen Testwert erzielt hatten. Durch die Abitur-Test-Quote

¹⁷ Die Zentralstelle zur Vergabe der Studienplätze ZVS ist eine gemeinsame Einrichtung der 16 Bundesländer zur koordinierten Vergabe von Studienplätzen.

¹⁸ Man kann in diesem Zusammenhang feststellen, daß hier die wissenschaftliche Psychologie ihrerseits eine mögliche Professionalisierungsmöglichkeit vergeben hat. Denn sowohl die Studierfähigkeitstests als auch die standardisierten Auswahlgespräche fallen grundsätzlich in die Domäne der Psychologie. Offenbar hat sich die binnenpsychologische Kontroverse zwischen Verfechtern des TMS einerseits und Anhängern von Auswahlgesprächen (vgl. Fisseni u.a. 1993) andererseits kontraproduktiv ausgewirkt, da die Bildungspolitiker (mit Ausnahme von Baden-Württemberg) beide diesbezüglichen Optionen beendet haben.

können also 4 500 Studienplätze vergeben werden. Danach bleiben noch 20 500 Bewerber übrig.

Im zweiten Schritt, der *Testquote*, werden nun weitere 1 000 Studienplätze vergeben. Hier zählt allein das Testergebnis. Die noch vorhandenen Bewerber werden gemäß ihres Testergebnisses in eine Rangreihe gebracht und - beginnend mit dem besten Testergebnis - solange berücksichtigt, bis alle Studienplätze dieser Quote vergeben sind. Damit sind bereits 5 500 der 9 000 Studienplätze *leistungsbezogen* vergeben worden.

Im dritten Schritt, der *Wartezeit-Quote*, werden weitere 2 000 Plätze an jene Bewerber vergeben, die die meisten Bewerbersemester vorweisen. Es sind dies Personen, die sich schon mehrmals vergebens beworben haben, in dieser Zeit kein anderes Studium begonnen haben und dadurch sog. "Bewerbersemester" angesammelt haben.

Im vierten Schritt werden jetzt noch 1 500 Plätze über die *Auswahlgesprächsquote* vergeben. Von den noch verbliebenen 17 500 Bewerbern werden deshalb 4 500 Kandidaten ausgelost und zu einem Auswahlgespräch an eine Universität eingeladen. In halbstündigen Interviews mit 2 Hochschullehrern erhält jeder Kandidat die Chance, seine Motive und Erfahrungen darzustellen. Jeder dritte von ihnen wird dann aufgrund der gegebenen Hochschullehrerempfehlung zugelassen¹⁹.

Damit sind sämtliche Plätze vergeben. 15 000 Bewerber sind abgelehnt worden und können sich ein Semester später wieder bewerben. Mit jeder Wiederbewerbung steigen ihre Chancen, zumindest über die Wartezeitquote zugelassen zu werden.

4.3 Wie war es zu diesem Zulassungsverfahren in der Bundesrepublik Deutschland gekommen?

Der Anteil der Abiturienten am jeweiligen Geburtsjahrgang verfünffachte sich von 5% Mitte der 60iger Jahre auf 25% Ende der 70iger Jahre. Entsprechend stiegen die Zulassungszahlen in der Medizin. Dadurch übertraf seit Beginn der 70iger Jahre die

Zahl der Studienanfänger die Zahl der Berufsanfänger mehr und mehr, bis auf das zweieinhalbfache ansteigend zu Beginn der 80iger Jahre. Und dies, obwohl bereits seit Mitte der 60iger Jahre ein bundesweiter Numerus Clausus für die medizinischen Studiengänge eingeführt worden war.

Da die Abiturnote (teilweise in Verbindung mit Wartesemestern) das Selektionkriterium darstellte, der Bewerberüberhang immer mehr zugenommen hatte, ist es Ende der 70iger Jahre zu einem schon fast grotesken Zustand gekommen: Denn Studienbewerber mußten nun "Traumnoten" von 1.3, 1.2, von 1.1 oder gar 1.0 aufweisen, um eine sofortige Zulassung zu einem medizinischen Studium zu erreichen. Umgekehrt drohten bei schlechten Noten Wartezeiten von bis zu acht Jahren oder es erschien gar gänzlich aussichtslos, den gewünschten Studienplatz zu erhalten (vgl. Müller-Selger & Jesinghaus, 1977). Besonders der "Ceiling-Effekt" erschien nicht nur diagnostisch und notenarithmetisch, sondern auch bildungspolitisch unter dem Aspekt der Fairness enorm problematisch. Denn bereits ein "Ausrutscher" in einem Fach konnte die Traumnote, und damit die Hoffnung auf ein baldiges Medizinstudium, zunichte machen. Eine Reform der Hochschulzulassung schien also erforderlich, nicht zuletzt auch deshalb, weil die Verfassungsgerichtsbarkeit das Grundrecht auf freie Berufswahl gefährdet sah.

Das Vorhaben, zusätzlich zum Abitur einen psychometrischen Test als wesentliches Selektionskriterium einzuführen und dadurch die Bedeutung der Abiturnote zu relativieren, war aber nicht weniger umstritten als etwa die Frage eines Hochschulzuges ohne Abitur, die seinerzeit für einige Kurzstudiengänge diskutiert worden ist. Und die Diskussion wurde sowohl unter den Bildungspolitikern wie unter den psychologischen Sachverständigen durchaus kontrovers und auf wenigstens drei Ebenen geführt, nämlich auf einer bildungspolitischen, einer methodischen und einer sozialpsychologischen Ebene.

¹⁹ Dieses Verfahren der Auswahlgespräche kann nicht mit streng standardisierten Verfahren verglichen werden. Gleichwohl wird natürlich der enorme personelle Aufwand von Seiten der Hochschule deutlich. So leisteten für die Gespräche zum Wintersemester 1993/94 die beteiligten Hochschullehrer und Verwaltungsangestellten rund 22 000 Arbeitsstunden ab (Rhein-Zeitung vom 11.6.1996). Von den 5000 ausgelosten Bewerbern traten etwa 4100 an. Von den ausgewählten Kandidaten verzichtete dann jeder siebte (13,8%) auf seinen Studienplatz.

Auf der *bildungspolitischen Ebene* erschien vielen Bildungspolitikern (insbesondere der Kultusministerkonferenz) ein psychometrisches Hochschuleingangsverfahren gewissermaßen als das Schwert, mit dem der gordische Zulassungsknoten elegant durchschlagen werden könnte. Denn durch ein von Experten entwickeltes, objektives, valides und reliables, ökonomisch sinnvolles und für die Bewerber akzeptables Instrumentarium könnte das kritisierte Zugangsprozedere neu gestaltet und entschärft werden. Ein Hochschuleignungstests könnte dann auch mit weiteren Quoten verbunden werden, d.h. daß nach wie vor auch die Abiturnote, aber auch ggs. die Wartezeit berücksichtigt werden sollte. Außerdem waren auch eigene Quoten für mündliche Eingangsgespräche und Vorab-Quoten für Ausländer und Härtefälle vorgesehen.

Auf einer *methoden-immanenten (eignungsdiagnostischen) Ebene* wurde vor allen Dingen über Reliabilitäts- und Validitätsaspekte der geplanten Verfahren gestritten. Es ging um die Frage, ob überhaupt bzw. in welcher Qualität wesentliche Parameter des Studierverhaltens und Studienerfolges erfaßt und im Einzelfall hinreichend genau prognostiziert werden können. Übrigens war seinerzeit nicht nur ein einziges Verfahren, sondern jeweils für spezifische Studiengänge ausgelegte Verfahren in der Diskussion²⁰.

Und auf einer dritten, der *sozialpsychologischen Ebene* wurden die möglichen Konsequenzen einer derartigen psychodiagnostischen Selektion problematisiert. Hier wurde kritisiert, daß ein derartiges, aufwendiges und teures Verfahren insoweit an den bildungspolitischen Notwendigkeiten vorbeigehe, als ja dadurch kein einziger Studienplatz neu geschaffen werde. Und es wurde befürchtet, daß sich die Chancenungleichheit für sozial benachteiligte Bewerber eher verstärke als abnehme.

Pointiert wurden in der Kontroverse zwischen Detlev Liepmann (Liepmann, 1978, Warum die Tests nichts taugen, Psychologie heute, S.61-78) einerseits und Lothar Michel und Günter Trost (Michel & Trost, 1980, Vielleicht taugt der Hochschuleingangstest für Mediziner doch, Psychologie heute, S.66-69) andererseits die damals wesentlichen Punkte benannt. Diese bezogen sich unter anderem auf die sogenannte (Un)Fairness in bezug auf sozial schwächere Bewerber. In Bezug auf den Test wurde einerseits befürchtet, daß durch kommerzielle Vorbereitungsveranstaltungen sozial schwache Bewerber weiter benachteiligt werden, während andererseits argumentiert wurde, der Test sei überhaupt nicht zu

²⁰ So hatte z.B. Dieter Barkowski einen Test für Studierende der Zahnmedizin entwickelt, der auch feinmotorische Komponenten erfasst (Barkowski, 1986).

trainieren. Im Nachhinein lassen sich wohl beide Argumentationen so nicht aufrecht erhalten (vgl. auch Hohner, 1991). In Bezug auf die Auswahlgespräche wurde befürchtet, daß die sozial schwächeren in den Augen der gesprächsführenden Professoren ungünstiger abschneiden als die Söhne und Töchter von Kollegen.

Diese Debatte braucht hier nicht im einzelnen nachgezeichnet werden. Sie markiert indes einen zentralen Punkt, wenn es um das Verhältnis von professioneller Rekrutierung in der Medizin einerseits und psychodiagnostischen Selektions- und Förderungsmöglichkeiten andererseits geht.

Inzwischen sind fast zwei Jahrzehnte ins Land gezogen und mancher Punkt stellt sich heute in einem neuen Licht dar; ich möchte dazu vier Aspekte nennen:

- Das von 1986-1997 praktizierte Zulassungsverfahren ist nach anfänglichen Kontroversen offenbar weitgehend akzeptiert worden. Nicht zuletzt wohl deshalb, weil es einer ganzen Reihe von ansonsten chancenlosen BewerberInnen (mit schlechtem Abitur) trotzdem über die Testquote oder die Auswahlgespräche einen Zugang zum Studium eröffnet hatte. Aktuelle Kritikpunkte von seiten der politischen Öffentlichkeit beziehen sich nunmehr im wesentlichen auf die jährlichen Kosten der Massentestung von etwa zwei bis vier Millionen DM. Allerdings läßt sich dieses Argument leicht relativieren. So wären in volkswirtschaftlichen Sicht die Kosten der Massentestung bereits "hereingespielt" wenn nur wenige der teuren Studienplätze nicht optimal besetzt werden. (Trost, 1996).
- Zweitens liegen inzwischen umfangreiche Evaluationen zur prognostischen Validität des mehrfach veränderten Medizinertests vor. Sie belegen eine deutliche Überlegenheit der Testbatterie gegenüber der Abiturnote, was die Prognose der ärztlichen Vorprüfung anbelangt (detaillierter vgl. 4.4).
- Ein dritter Aspekt betrifft das bildungspolitische Klima. Es scheint sich insoweit verändert zu haben, als sich heute vermehrt Politiker wie Professoren für flexiblere und dezentrale Zulassungsmodalitäten aussprechen. Dies bedeutet beispielsweise ein Zulassungsverfahren, das eine freie Bewerbung an der Hochschule der Wahl vorsieht. Im Falle eines Bewerberüberhangs würde sich die jeweilige Universität ihre

Studenten nach eigenen Kriterien aussuchen. Und da sich die künftigen Studienbewerber am Profil und am Ruf der jeweiligen Hochschule orientieren werden, dürfte dies entsprechende Anstrengungen von Seiten der universitären Fachdisziplinen beflügeln. Allerdings erscheint eine rasche Umsetzung solcher Forderungen nur wenig wahrscheinlich, da es nicht nur Änderungen im Bundes- und Länderrecht, sondern auch eine entsprechende Umgestaltung der universitären Strukturen erfordert. In den bundesdeutschen Ländern gibt es meines Wissens ein solches Modell im Rahmen der Mediziner Ausbildung bislang nur an einer einzigen Hochschule, nämlich an der privaten Hochschule Witten-Herdecke.

- Schließlich gerät die derzeitige Mediziner Ausbildung zunehmend und von unterschiedlichen Seiten unter Beschuß. So klagen ärztliche Berufsorganisationen und Expertenkommissionen ebenso wie Hochschullehrer und Studierende über zu hohe Studentenzahlen bzw. zu wenig Lehrkapazität, über eine praxisferne Ausbildung, über ein überfrachtetes und zu stark verschultes Curriculum, das auf die rezeptive Ansammlung von schnell überholten Wissensbeständen abgestellt ist, anstelle einen problembezogenen Unterricht und entsprechende Lernstrategien zu fördern. Erste Bemühungen, diese Punkte auch an deutschen Hochschulen anzugehen drücken sich in mehreren Modellversuchen aus, u.a. auch im Reformstudiengang Medizin an der Freien Universität bzw. Humboldt-Universität Berlin (vgl. Göbel & Remstedt, 1994, 1995).

4.4 Das bundesdeutsche Zulassungsverfahrens (bis 1997) aus eignungsdiagnostischer Sicht

Das vorgestellte Zulassungsverfahren kann auch als Ausdruck einer empirischen Beziehung angesehen werden, die in allen diesbezüglichen Untersuchungen immer wieder repliziert werden konnte.

Von 1980-1985 fanden zusätzlich zum damals geltenden Zulassungsverfahren auf freiwilliger Basis Erprobungen des TMS statt, in deren Folge sich die ab 1986 eingesetzte Versionen dann entwickelten. Sämtliche Einsätze des TMS werden von Anfang an durch das Institut für Test- und Begabungsforschung (ITB) evaluiert. Die

folgenden Befunde sind zum großen Teil diesen Evaluationsstudien und weiteren Mitteilungen des ITB entnommen: (vgl. vor allem Trost, 1994)

Dieser eignungsdiagnostische Zusammenhang zwischen Prädiktoren, die ein bestimmtes Erfolgskriterium möglichst gut vorhersagen sollen, stellt sich nach Klieme (1995) folgendermaßen dar (Tab. 2).

Tab. 2: Zusammenhang zwischen Test und Abitur einerseits und ärztlicher Vorprüfung (ÄVP) andererseits (nach Klieme, 1995).

<i>Prädiktor</i>	<i>Kriterium: ÄVP schriftlich</i>
TMS (Gesamtwert)	$r=.50$
Abiturnote	$r=.48$
Abiturnote und TMS	$r=.57$

TMS-ABI: $r=.43$

Als *Kriterium* für Studienerfolg dient hier die ärztliche Vorprüfung ÄVP, und zwar ihr schriftlicher Teil. Er besteht aus 320 Forced-Choice Fragen, die vom Institut für Prüfungsfragen in Mainz entwickelt werden. Die ÄVP schließt den ersten Teil des Studiums ab. Etwa 20% der Studierenden fallen beim ersten Mal durch; fast alle, die die ÄVP bestanden haben, schließen indes ihr Studium auch erfolgreich ab.

Wie man Tab. 2 entnehmen kann, korreliert der *Prädiktor* TMS mit dem Kriterium Ärztliche Vorprüfung sehr hoch. Aber auch die Abiturnote sagt den Studienerfolg fast gleich gut vorher. Die Prädiktoren korrelieren untereinander mit etwa $r=.43$. Sie sind also keinesfalls unabhängig voneinander. Verwendet man aber zur Vorhersage des Erfolges in der ÄVP eine gewichtete Kombination beider Prädiktoren, dann läßt sich die Vorhersagegenauigkeit noch deutlich erhöhen. Aus diesem Grunde macht es Sinn, wenn der Großteil der Studienplätze über diesen kombinierten Prädiktor im Rahmen der Abitur-Test-Quote vergeben wird.

Zieht man indes als Kriterium auch noch den mündlichen Teil der ÄVP heran und schlüsselt den TMS nach seinen wesentlichen Konzepten (nämlich schlußfolgerndes Denken, visuelle Informationsverarbeitung und Gedächtnisleistung) auf, dann ergeben sich bemerkenswerte Akzentuierungen dieses Zusammenhangsmusters (Tab. 3).

Tab. 3: Zusammenhang zwischen wesentlichen Konzepten des TMS einerseits und der schriftlichen und mündlichen ärztlichen Vorprüfung andererseits.

	<i>ÄVP schriftlich</i>	<i>ÄVP mündlich</i>
schlußfolgerndes Denken	r=.62	r=.28
visuelle Informationsverarbeitung	r=.23	r=.14
Gedächtnis	r=.32	r=.18

Die Resultate basieren auf drei Kohorten, die 1986, 1987 und 1988 den TMS abgelegt haben, das Studium aufgenommen und zwischenzeitlich die ärztliche Vorprüfung abgelegt haben. Insgesamt handelt es sich um rund 28000 Medizinstudenten, 44% davon weiblich.

Zwei Punkte möchte ich besonders hervorheben:

- Zum einen finden wir einen sehr starken Zusammenhang zwischen jenen Untertests, die ein Konstrukt abdecken, das man *schlußfolgerndes Denken* nennen kann. Sie sind also im Sinne der prognostischen Validität des TMS besonders wichtig.
- Zum anderen sind die statistischen Zusammenhänge aller Prädiktoren mit dem mündlichen Teil der ÄVP wesentlich geringer, als mit dem schriftlichen. Offenbar begünstigt also der TMS besonders jene Bewerber, die im Studium besonders gut mit dem schriftlichen Teil der Prüfung zurechtkommen. Dagegen hat der TMS in Bezug auf die *mündliche Prüfung* eine wesentlich geringere Prädiktionskraft als das Abitur. Dies zeigt Tab. 4.

Tab. 4: Zusammenhang zwischen Test und Abitur einerseits und schriftlicher bzw. mündlicher Leistung in der ärztlichen Vorprüfung andererseits.

	<i>ÄVP schriftlich</i>	<i>ÄVP mündlich</i>
TMS Gesamtwert	r=.50	r=.27
Abiturnote	r=.48	r=.34
Kombination Abi/TMS	r=.57	r=.36

Erst in der Kombination mit der Abiturnote kann also die Korrelation erhöht werden. Zusammen mit dem TMS erhöht sich die prognostische Validität der Abiturnote in bezug auf den mündlichen Teil der ÄVP in geringem Ausmaß (von .34 auf .36). Sie erreicht aber längst nicht die Stärke wie sie in Bezug auf den schriftlichen Teil der Vorprüfung gegeben ist (von .48 auf .57).

Spätestens an dieser Stelle wird man nun fragen: Wie haben denn diejenigen Studierenden in der ÄVP abgeschnitten, die über die nicht leistungsbezogenen Quoten zugelassen worden sind? Es zeigt sich hier ein Muster, das freilich nach den bisherigen Zusammenhängen kaum überraschen kann (Tab. 5).

Tab. 5 Leistung im schriftlichen und mündlichen Teil der ÄVP in Abhängigkeit vom Zulassungsmodus der jeweiligen Studierenden.

	<i>ÄVP schriftlich standardisierte Mittelwerte</i>	<i>ÄVP mündlich durchschnittliche Note</i>
Abi-Test-Quote	105,6	2,6
Test-Quote	100,8	3,1
Wartezeit-Quote	96,3	3,3
Auswahlgesprächs-Quote	95,8	3,2
Vorab-Quote	98,4	3,1

Die jeweils mit Abstand besten Leistungen - im Schriftlichen wie im Mündlichen - weisen die Studierenden der Abitur-Test-Quote auf. Die über die Wartezeit-Quote und über die Auswahlgesprächsquote zugelassenen Studierenden unterscheiden sich in ihrer Leistung kaum voneinander. Beide zeigen im schriftlichen wie im mündlichen deutlich schlechtere Leistungen.

4.5 Diskussion

Was ist aus eignungsdiagnostischer Sicht zum hier skizzierten Zulassungsverfahren zu sagen? Wie stellt sich insbesondere das Verhältnis von standardisierter Testbatterie und Auswahlgesprächen dar? Dazu können zunächst folgende Feststellungen getroffen werden.

1. Der Test für medizinische Studiengänge verfügt über eine hohe kriterienbezogene Validität, insbesondere für den schriftlichen Teil der ärztlichen Vorprüfung. Sein prognostischer Wert richtet sich also vor allem auf die Inhalte der ersten zwei bis drei Jahre des Medzinstudiums. Man kann davon ausgehen, daß der Zusammenhang danach deutlich abnimmt.

2. Der TMS ist nicht in der Lage - und dies haben seine Autoren auch zu keiner Zeit beansprucht - kommunikative und sozialkognitive Kompetenzen zu messen oder gar zu prognostizieren. Hier wäre ein im teststatistischen Sinne objektives Verfahren, das also standardisiert durchgeführt werden muß, völlig am Ende. Vielmehr erfaßt er vor allem jene Aspekte des schlußfolgernden Denkens, die stark den einfacheren Kausalmodellen des früheren und heutigen Grundstudiums entsprechen.
3. Auswahlgespräche bieten im Unterschied zum psychometrischen paper and pencil-Gruppentest prinzipiell die Möglichkeit, Bewerber auch im Hinblick auf berufsbezogen-selbstreflexive oder auf nichtintellektuelle Kompetenzen auszulesen. Allerdings wird dies bislang nicht *systematisch* für alle Kandidaten gemacht. Dies liegt an vielerlei Gründen. Unter anderem fehlen dafür klar definierte berufsbezogene Anforderungen. Weitere Gründe liegen in der fehlenden Interviewerschulung und in der fehlenden Standardisierung der Gesprächssituation. Die Auswahlgespräche sind im Rahmen des Zulassungsverfahrens (Gesprächsquote) aber auch in den empirischen Untersuchungen von Fisseni u.a. (1993) letztendlich am ÄVP bewertet worden. Da im Rahmen des Zulassungsverfahrens diese Personen bereits eine „Negativauslese“ darstellen (schlechtere TMS-Werte bzw. Abiturnoten) erstaunt es nicht, daß sie auch weniger gut bei den schriftlichen Prüfungen abschneiden.
4. Aber auch solche Verfahren würden nur bei relativ wenigen achtzehnjährigen Schülern eine gute Prognose auf den Berufserfolg (im Sinne der in Kap. 3 genannten Kompetenzen) zulassen. Sicherlich kann man zwar in Einzelfällen bereits sehr frühzeitig erkennen, daß bestimmte Personen hinsichtlich ihrer Vorerfahrung, ihrer Motivation und ihrer Kompetenzen mit hoher Wahrscheinlichkeit einen sehr guten Arzt (oder sehr schlechten Arzt) abgeben werden. Solche *Einzelfälle* stechen einem quasi von alleine ins Auge. Die Schwierigkeit liegt aber darin, daß in einem *sämtliche Bewerber* umfassenden Verfahren exakte Merkmale (Prädiktoren) fehlen, die systematisch an sämtlichen Bewerbern gemessen werden könnten.
5. Im bundesdeutschen Zulassungsverfahren stellen jene Bewerber, die zu Auswahlgesprächen eingeladen werden, im Hinblick auf ihre Abitur- und

Testleistung bereits eine "Negativauslese" dar. Denn die diesbezüglich stärkeren Bewerber sind ja schon in den leistungsbezogenen Quoten zum Zuge gekommen. Im Hinblick auf unsere Fragestellung wäre es indes höchst interessant zu erfahren, welche studien- und berufsbezogenen Fähigkeiten - und zwar solche, die nicht in der ÄVP erfaßt werden - gerade diese Studierenden aufweisen. Die allermeisten Medizinbewerber kommen direkt vom Gymnasium, etliche haben ihren Wehr- oder Zivildienst geleistet oder bereits ein anderes Fach studiert, manche haben aber auch schon eine berufliche, häufig medizinbezogene Tätigkeit ausgeübt. Es wäre zu untersuchen, ob gerade solche Medizinbewerber, die zuvor z.B. Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger waren (und die aufgrund ihres Alters und ihrer Schulferne im Test eher schlecht abgeschnitten haben), nicht besonders gute, praktisch geschickte, kollegiale und sozialkompetente Ärzte werden, da sie zum einen bereits über viele praktische Erfahrungen in der Pflege verfügen und durch ihr höheres Alter "erwachsener" sind und zum anderen eine positive Selbstselektion im Hinblick auf ihre Motivation für den Arztberuf darstellen.

6. Unter dem Aspekt der sozialen Validität scheinen Auswahlgespräche bei den Bewerbern besser abzuschneiden als andere Quoten. Jedenfalls zeigt dies die Erfahrung (nach Bloch, 1995) der McMaster University in Kanada. Seit 20 Jahren werden dort Auswahlgespräche mit geschulten Beobachtern unter standardisierten Bedingungen durchgeführt. Trotz Ablehnungsquoten von normalerweise 95% ist dieser Zulassungsmodus dort breit akzeptiert. Allerdings sind, schon allein aus finanziellen und organisatorischen Gründen, derartige Gesprächsverfahren kaum auf die aktuelle deutsche Situation zu übertragen.

Was kann nun resümierend zum bundesdeutschen Zulassungsverfahren der Jahre 1985 bis 1997 aus eignungsdiagnostischer Sicht gesagt werden? Für eine valide Vorhersage von Berufserfolg scheint es keine geeigneten Prädiktoren zu geben, die im Rahmen einer systematischen Eignungsdiagnostik Verwendung finden könnten²¹.

²¹ Auch die Längsschnittstudie von Funkenstein (1966, 1978) muß man in diesem Sinne interpretieren. Dort wurden mehrere Kohorten von Medizinstudenten prospektiv über einen Zeitraum von 19 Jahren begleitet und es wurde dann versucht, die Bedingungen des Berufserfolges quasi rückwirkend abzuleiten.

Wenn nun aber Berufserfolg nicht systematisch für sämtliche Aspiranten prognostiziert werden kann, dann macht auch eine systematische Selektion keinen Sinn. Es fehlt letztendlich an den Voraussetzungen für die diagnostische Situation.

Und wenn es so ist, daß noch nicht einmal im Verlaufe des derzeitigen Studiums manche berufsrelevante Kompetenzen vermittelt werden (und sich dies auch nicht schnell ändern dürfte), dann wird man erst recht nicht bei einem Achtzehnjährigen darauf schließen können, mit welcher Wahrscheinlichkeit er Kenntnisse, Wissensbestände, Haltungen und Fähigkeiten, die er ja erst im Rahmen seiner Ausbildung erwerben soll, als Sechsendreißjähriger gut oder schlecht anwenden wird²².

Solange vor allen Dingen das zügige Absolvieren des Grundstudiums und die darauf folgende ärztliche Vorprüfung zuverlässig prognostiziert werden kann, kann auch der beste Test (und im Sinne der Konstruktion muß der TMS sicherlich als enorm sorgfältig entwickelt bewertet werden) als eine Optimierungsstrategie zur guten Anpassung potentieller Studenten in Bezug auf das Lern- und Arbeitsverhalten und die Prüfungsformen des jetzigen Studiums gesehen werden. Würden sich die Studienorganisation, die Curricula, die Lehr- und Lernformen und der Prüfungsmodus deutlich verändern, dann wäre dies der prognostischen Validität des TMS mit großer Wahrscheinlichkeit abträglich.

5. Fazit

Ich habe eingangs nach den Kompetenzen gefragt, die den guten Arzt von morgen kennzeichnen. Weiter habe ich ein Arztbild skizziert, bei dem neben den grundlegenden Kenntnissen der biologischen und somatischen Zusammenhänge auch solche Kompetenzen unerläßlich sind, die man als sozialkognitive und kommunikative

²² Dazu ein Zitat aus Schagen 1993, S.280: "Es ist eine Illusion, von Hochschulinstitutionen eine Ausbildung zu erwarten, die den Arzt am Beginn seiner beruflichen Laufbahn in die Lage versetzt, bereits selbständig in eigener Praxis tätig werden zu können. Zu keiner Zeit in der Geschichte der ärztlichen Ausbildung hat sie das geleistet. Das Ziel, am Ende einer Ausbildung müsse ein rundum praktisch einsetzbarer Arzt stehen, mag in bestimmten Ausnahmesituationen unter anderen strukturellen Bedingungen des Hochschul- und Gesundheitssystems erreicht worden sein. An den deutschen Hochschulen wurde es auch in früheren Jahrhunderten kaum, in den Nachkriegsjahrzehnten sicher nie erreicht."

Kompetenzen bezeichnen kann. Und schließlich habe ich das bundesdeutsche Zulassungssystem geschildert und einige Befunde zum Zusammenhang von Zulassungsmodalität und dem Abschneiden in der ersten, aber wichtigsten Prüfung des Medizinstudiums vorgestellt und diskutiert.

Welches Fazit läßt sich nun ziehen? Zunächst kann man davon ausgehen, daß Zulassungsbeschränkungen für das Medizinstudium auf absehbare Zeit weiterbestehen werden. Denn die Medizin als Profession ist quantitativ wie qualitativ in einer krisenhaften Entwicklung begriffen. Dies bedeutet aus der Sicht einer sensu Freidson dominanten Profession folgendes: beide Aspekte können nur dann zum positiven verändert werden, wenn mittelfristig noch mehr Studienplätze abgebaut werden. Dadurch könnte die Ausbildung verbessert und potentielle Ärztearbeitslosigkeit vermieden oder verringert werden. Dies verschärft aber das Bewerber-Studienplatz-Verhältnis.

Da das Selektionsproblem also weiter besteht, bleibt die Frage nach dem Selektionskriterium und nach dem Selektionsverfahren nach wie vor bestehen. Im Hinblick auf die Selektionsfunktion der psychologischen Eignungsdiagnostik sehe ich zwei Szenarios, die zu unterschiedlichen Konsequenzen führten:

Szenario *1:*
Die Organisation des Medizinstudiums bleibt im Großen und Ganzen so wie sie ist. Dies impliziert natürlich, daß Lernziele, Lernformen und Lerninhalte unverändert bleiben. Und es bedeutet zudem ein zentrales Prüfungsverfahren mit multiple-choice-Schwerpunkt.

Unterstellt man dieses Szenario, dann dürfte das von 1986 bis 1997 praktizierte Ausleseverfahren durchaus Sinn machen, denn die Prognosekriterien bleiben ja in diesem Fall unverändert. Dafür sprechen zum einen die vom ITB durchgeführten Untersuchungen zur prognostischen Validität und zum anderen der Mangel an einsatzfähigen und ökonomisch sinnvollen anderen Methoden. Denn der TMS ist in seinem Gesamtwert ein valider Prädiktor. Dieser Zusammenhang ist vor allem im

Bereich des schlußfolgernden Denkens und bei mathematisch-naturwissenschaftlichen Aufgaben gegeben.

In diesem Falle würde ein inzwischen überholtes Arztbild in der universitären Ausbildung perpetuiert. Bezogen auf die Auslese der künftigen Medizinstudenten heißt das nämlich folgendes: Die ÄVP würde weiter als zentrales Erfolgskriterium eingesetzt werden und damit die Vorhersagequalität der Testquote und der Abitur-Test-Quote rechtfertigen. Das bisherige System von Vorhersage und Studienerfolg würde stabilisiert werden. Und wie ich gezeigt habe, profitieren vom derzeitigen Auslesesystem ja vor allem jene Bewerber, die sich den derzeitigen Lehr- und Prüfungsformen besonders gut „anpassen“ können.

Zwar wird ab 1998 in den leistungsbezogenen Quoten der Zulassung zum Medizinstudium allein die Abiturnote an die Stelle des TMS und der Auswahlgespräche treten. Das Prinzip ändert sich dadurch nicht. Gerade dann, wenn in einem differenzierten Auswahlverfahren Schulfächer wie Biologie, Chemie und Mathematik stärker gewichtet werden bleibt der hohe Zusammenhang zwischen diesen Fächern und dem schriftlichen Teil der ÄVP erhalten. Wie gesagt (Tab. 5) mißt ja auch der TMS in besonders hohem Maße derartige Fähigkeiten.

Unter Kosten-Nutzen-Erwägungen ist die Rückkehr zur Abiturnote oder gewichteten Abiturnote solange sogar als unsinnig zu charakterisieren, solange ein signifikanter Bewerberüberhang besteht. Da ab 1998 die Auswahlgespräche völlig abgeschafft werden bleibt als Kriterium für Motivation allein die Wartezeit. Damit ist auch deutlich, daß das Verfahren ab 1998 nur dann zu vertreten ist, wenn sich das Bewerber-Studienplatzangebot weiter verbessert. Ob dies der Fall ist darf indes aufgrund der aktuellen Zahlen ernsthaft bezweifelt werden.

Fazit: Die Stärke des TMS gegenüber anderen Selektionskriterien (Abiturnote, Auswahlgespräche, Wartezeit) liegt also bei dem bislang üblichen Studium und den entsprechenden Prüfungen.

Inzwischen hat sich übrigens auch die Deutsche Gesellschaft für Psychologie DGPs dafür ausgesprochen, bei der Auswahl von Studenten sowohl Auswahlgespräche als

auch psychometrische Verfahren einzusetzen (vgl. *Psychologische Rundschau* 1997, S. 107, 108). Zwanzig Jahre zuvor hatte sich die DGfPs noch gegen Hochschulzulassungstests zugunsten von Beratungsangeboten ausgesprochen (Irl, 1977).

Szenario

2:

Bereits laufende Reformbestrebungen werden ausgeweitet und das Medizinstudium wird im Sinne der vorgetragenen Bildungsziele reformiert. Dies würde zwangsläufig auch zu einer beträchtlichen Veränderung der Lehr- und Lernformen und damit auch zu veränderten Formen der Kontrolle des Kompetenzerwerbes führen.

Geht man nun vom zweiten Fall einer deutlichen Veränderung des Studiums im Sinne der entwickelten Perspektive aus, vor allem auch hinsichtlich der Lehr- und Lernmethoden und der Prüfungen, dann stellt sich die Lage anders dar. Denn dann verändern sich auch die Grundlagen des Prognosekriteriums: Um einen hohen Wert bei einer Prüfung zu erzielen, die offene, problematisierende schriftliche und mündliche Erörterungen verlangt, sind nämlich andere Fähigkeiten hilfreich, als bei einer Multiple-choice-Prüfung bisherigen Zuschnittes. Hier hätte das Eingangsgespräch möglicherweise seine Chance.

Perspektiven

Beide Szenarien verweisen also auf ein Hauptproblem der psychologischen Diagnostik: nämlich auf das Problem der Erfolgskriteriums. Während große Anstrengungen darauf verwendet worden sind, die Qualität der Prädiktoren zu erhöhen, erschien verständlicherweise mit der ÄVP als wichtigstem Indikator für Studienerfolg das Kriteriumsproblem mehr oder weniger elegant gelöst.

Gerade im Bereich der Indikatoren für Studienerfolg im Sinne der skizzierten ärztlichen Kompetenzen liegen indes die Herausforderungen für die Zukunft. Im Rahmen einer Neuorientierung des Studiums ist es deshalb angezeigt, von vornherein der Beziehung zwischen Selektion und Ausbildung mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Erst im Rahmen eines reformierten Studiums bekäme dann die fundierte Entwicklung von Auswahlgesprächen eine neue Chance. Denn mit Blick auf das erweiterte Arztbild

könnte man hier den Versuch unternehmen, stärker als bisher auch sozialkognitive, kommunikative und professionsreflexive Kompetenzen sowohl in die Prädiktoren als auch in die Prognosekriterien einzubeziehen.

Das Verhältnis von Selektion und Ausbildung muß stärker bedacht werden. Es fällt auf, daß die psychodiagnostische Diskussion bislang weitestgehend unabhängig von den Leitzielen und Leitbildern in der medizinischen Ausbildung geführt wird. Dies verweist auf das Problem des Kriteriums, d.h. des Anforderungsprofils. Denn das Problem der prognostischen Validität liegt letztendlich bei den Kriterien und nicht bei den Prädiktoren. Es geht also darum ein 4-Eck neu zu gestalten. Dieses enthält die Ecken: a) Anforderungsprofile für Basisqualifikationen und für Spezialqualifikationen, b) Ausbildung/Training/, c) Fremdselektion und d) Selbstselektion. Dies muß von hinten nach vorne aufgerollt werden.

Die jetzige Situation ist, daß das Studium weitgehend festgelegt zu sein scheint, der Zugang wird an der ÄVP bzw. an bildungspolitischen und inhaltsfremden Gründen festgemacht. Forderungen nach ein, zwei, viele McMasters oder Witten-Herdeckes scheinen in der Praxis für BRD und Europa enorm schwierig, nicht zuletzt aufgrund der staatlichen Dominanz im Bildungswesen.

Da also Prozeduren der Fremdselektion problematisch erscheinen sollten die Selbstselektion gefördert werden (vgl. Hohner & Hoff, 1992). Dies bedeutet zum einen eine frühzeitige Potentialanalyse der Medizininteressenten im Blick auf ihre eigene Motivation, auf die eigenen Erwartungen und Fähigkeiten. Zum anderen setzt es die Möglichkeit voraus sich beispielsweise im Rahmen von Schulpraktika einen gründlichen Eindruck über das Berufsfeld zu verschaffen um die eigene diesbezügliche Rolle reflektieren zu können. In diesem Zusammenhang gewinnen dann auch eignungsdiagnostische Verfahren – zusammen mit gründlichen Informationen (z.B. via Schnupperstudium, gute Informationen über Studium und Berufsbilder) wieder eine neue und wichtige Bedeutung als Instrumente für die Selbstselektion (Laufbahnberatung, Studienberatung, Berufsberatung) und als Verfahren für die berufliche Entwicklung.

Psychodiagnostische Verfahren als Beratungsinstrumente und im Zusammenhang mit der Auslese und Fortbildung von bereits berufstätigen Ärzten (u.a. auch in Bezug auf eine möglicherweise ins Auge gefaßte Niederlassung) werden so gut wie gar nicht in den entsprechenden Gremien und Kommissionen diskutiert. Dagegen scheinen gerade in diesem Bereich vielversprechende Einsatzmöglichkeiten für psychodiagnostische Forschung und Anwendung zu liegen.

Im Rahmen einer reformierten Ausbildung bekommen originär eignungsdiagnostische Verfahren eine neue Bedeutung außerhalb ihrer Selektionsfunktion, nämlich im Bereich der Identifikation und Förderung von personengebundener Kompetenzen. Wenn brachliegende Fähigkeiten und Talente entdeckt werden sollen um diese dann gezielt zu entwickeln; vor allem aber wenn im Rahmen einer kooperativen Selbst- und Fremdevaluation gezielt die jeweils erreichten Entwicklungsstände eingeschätzt werden können. Gerade in einem reformierten Studium könnten so ärztliche Basiskompetenzen für spezifische Tätigkeitsfelder erarbeitet, definiert, operationalisiert und - im Rollenspiel oder in realen Praktikumssituationen - erprobt werden.

In meinen Augen würde es eine Stärkung der medizinischen Professionalisierung bedeuten, wenn eine so verstandene psychologische Eignungsdiagnostik unter der Mitwirkung kompetenter Fachvertreter eingesetzt würde. Denn damit hätte man eine permanente Reflexion des ärztlichen Bildes und seiner Anwendungen im ärztlichen Handeln in der Ausbildung institutionalisiert.

Literaturverzeichnis

- Ackerknecht, E. H. & Murken, A.H. (1992). *Geschichte der Medizin*. Stuttgart: Enke.
- Barkowski, D. (1986). Vorhersage von Studien- und Berufserfolg bei Zahnmedizinern. Längsschnittvalidierung einer apparativen Testbatterie zur Eignungsdiagnose für das Studium der Zahnmedizin. München: Profil.
- Beyer, J. (1990). Soziologische Reflexionen über das Spannungsfeld "Medizin als Profession - Medizin als Beruf". *pro familia magazin* 18 (Heft 3), S. 3 - 7.
- Baumann, F. (1995). What are the skills and the knowledge a competent physician really needs? Referat auf dem Symposium "Eignungsdiagnostik und Medizinstudium". Universität Fribourg, 27./28. Oktober 1995.
- Bloch, R. (1995). Komplexe Auswahlmethoden zum Medizinstudium im Ausland – dargestellt am Beispiel der McMaster-Universität in Kanada. Referat auf dem Symposium "Eignungsdiagnostik und Medizinstudium". Universität Fribourg, 27./28. Oktober 1995.
- Bollinger, H. & Hohl, J. (1981). Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. *Soziale Welt*, 1981, S. 440-464.
- Bollinger, H., Brockhaus, G., Hohl, J. & Schwaiger, H. (1981). *Medizinerwelten*. München.
- Bolte, K.-M. & Treutner, E. (1983, Hg.). *Subjektorientierte Arbeits- und Berufssoziologie*. Frankfurt.
- Brockhaus, G. (1981). Geheimrat Sauerbruch - Aus dem Leben eines großen Arztes. In Bollinger, H., Brockhaus, G., Hohl, J. & Schwaiger, H. (Hrsg.) *Medizinerwelten*. München.
- Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGPs (1997). Stellungnahme zu Auswahlgesprächen der Hochschulen bei der Vergabe von Studienplätzen. *Psychologische Rundschau* 1997, S. 107-108.
- Ebach, J. & Trost, G. (1997). *Admission to Medical Schools in Europe. Overview on Admission Procedures, Evaluation of Selection Instruments, Samples of Assessment Elements*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Edwards, Ch. (1921). *The Hammurapi Code*. London.
- Fay, E. (1986). Die Rolle der Psychodiagnostik bei der Zulassung zum Studium der Human-, Tier- und Zahnmedizin. *Psychologie und Praxis - Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 30 (N.F. 4), 2, S. 68-76.
- Fisseni, H.-J., Olbrich, E., Halsig, N., Mailahn, J. & Ittner, J. (1993). Auswahlgespräche mit Medizinstudenten. Göttingen: Hogrefe.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied knowledge*. New York: Harper and Row.
- Freidson, E. (1970b). *Professional dominance: the social structure of medical care*. Chicago: Aldine.

- Frenk, J. & Durán-Arenas, L. (1993). The medical profession and the state. In Hafferty & KcKinlay (1993), *The changing profession* (S. 25-42). Nex York: Oxford University Press.
- Funkenstein, D. H. (1966). Current changes in education affecting medical school admission and curriculum planning. *Journal of medical education*, 41, 401-423.
- Funkenstein, D. H. (1978). Medical students, medical school and society during five aereas. Factors affecting the career choices of physicians 1958-1976 ((ISM Sb 10-17)
- Göbel, E. & Remstedt, S. (1994, Hg., 2. Auflage). *Medizinische Reformstudiengänge*. Frankfurt: Mabuse.
- Göbel, E. & Remstedt, S. (Hg., 1995). *Leitfaden zur Studienreform in Human- und Zahnmedizin*. Frankfurt: Mabuse
- Hafferty, F.W. & J.B. McKinleay (1993, ed.). *The changing medical profession*. New York: Oxford University Press.
- Hänsgen, K.-D. & Hofer, R. (1995). Der Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz. *Schweizerische Ärztezeitung*, Heft 37, 1476-1496.
- Heise (1955). Die Eignungsprüfung für das Studium der Zahnheilkunde und ihre Korrelation zu Physikum und Staatsexamen. Dissertation. Berlin 1955.
- Helfer, O. (1972). *Männer der Medizin*. Berlin: de Gruyter
- Hoff, E.-H. (1998, i.Dr.). Probleme der Psychologie als Profession. *Report Psychologie*.
- Hohner, H.-U. (1991). Der Medizinertest und die Zulassung zum Medizinstudium. *Psychomed 3*, S. 47-52.
- Hohner, H.-U. (1994). Inhaberzentrierte Kleinunternehmen in organisationspsychologischer Perspektive. Das Beispiel Arztpraxis. *Berichte aus dem Bereich Arbeit und Entwicklung am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie der FU Berlin*, Nr. 5
- Hohner, H.-U. (1997 a). Psychologische Organisationsentwicklung für kleine und kleinste Unternehmen - Probleme und Perspektiven. In Baumgärtel, F., Wilker, F.W. & Winterfeld, U. (Hrsg.), *Innovation und Erfahrung* (S.180-190). Bonn: DPV.
- Hohner, H.-U. (1997 b) Welche Herausforderungen ergeben sich aus dem professionellen Wandel der Medizin für die Psychologie? In Richardt, G., Krampen, G. & Zayer, H. (Hrsg.) *Beiträge zur Angewandten Psychologie* (S. 533-536). Bonn: DPV.
- Hohner, H.-U. (im Druck). Ärzte als Unternehmer. In Moser, K. & Batinic, B. (Hrsg.). *Erfolgreiches unternehmerisches Handeln*. Göttingen: VAP (erscheint 1998/1999).
- Hohner , H.-U. & Hoff, E.-H. (1992). Beurteilung als Persönlichkeitsförderung? Aspekte einer entwicklungsorientierten Diagnostik. In R. Selbach & K.-K. Pullig (Hrsg.), *Handbuch Mitarbeiterbeurteilung*. (S. 39-66). Wiesbaden: Gabler.

- Huerkamp, C. (1980). Ärzte und Professionalisierung in Deutschland . Überlegungen zum Wandel des Arztberufes im 19. Jahrhundert. *Geschichte und Gesellschaft*, 1980, 6, S. 349-382.
- Institut für Test und Begabungsforschung (Hg., 1988). Der neue TMS. Originalversion des Tests für medizinische Studiengänge im besonderen Auswahlverfahren. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Irl, M. (1977). Stellungnahme der DGfPs zum Einsatz von Studienfeldbezogenen Eignungstests für NC-Fächer. *Report Psychologie*, 8/77, S. 70-74.
- Klieme, E. (1995). Predicting success in medical studies: the validity of the test of medical studies compared to other selection instruments. Beitrag auf dem Symposium Eignungsdiagnostik und Medizinstudium. Fribourg. 27./28. Oktober 1995.
- Liepmann, D. (1978). Warum die Tests nichts taugen, *Psychologie heute*, S.61-78
- Liepmann, D. (1993, Hg.) *Qualifizierungsmaßnahmen als Konzepte der Personalentwicklung*. Frankfurt: Lang;
- Light, D.W. (1993). Countervailing power: The changing character of the medical profession in the United States. In Hafferty & KcKinlay, *The changing medical profession* (S. 69-80). New York: Oxford University Press.
- Marggraf, C. (1995). *Soziale Kompetenz und Innovation*. Frankfurt: Lang
- Michel, L. & Trost, G. (1980), Vielleicht taugt der Hochschuleingangstest für Mediziner doch. *Psychologie heute*, S.66-69.
- Müller-Solger, H. & Jesinghaus, J. (1977). Über die Wahrscheinlichkeit eines Studienplatzerwerbs in Medizin ab WS 1978/79. *Deutsche Universitätszeitung*, S. 310-315.
- Murrhardter Kreis (Arbeitskreis Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung) (1995, 3. Auflage). *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt . Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform*. Gerlingen: Bleicher.
- Parsons, T. (1958) Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3, S. 10-57.
- Priester, K. & Deppe, H.-U. (1986). Materialien zur Entwicklung des Ärztteeinkommens in der Bundesrepublik. Arbeitspapier Nr. 2/1986 der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Frankfurt.
- Rosemeier, H. P. (1995). Meßbarkeit von Lerninhalten – Kontrolle von Prüfungsverfahren – Rückwirkung auf das Lernverhalten. Beitrag für das Internationale Symposium “Prüfungsmethoden in der medizinischen Ausbildung und der Einfluß von Prüfungen auf Lehre und Lernen”. 29.-30. 6. 1995, Mainz..
- Schagen, U. (1990). Zwei Jahrzehnte Ausbildungsreform - und keine Entscheidung zum Ausbildungsziel. *Medizinische Ausbildung* 7 (Sonderheft), S. 67-73.

- Schagen, U. (1993). Vom Codex Hammurabi bis zur neuesten Approbationsordnung. *Psychomed*, S. 275-280.
- Simon, L. & Oberlander, W. (1995). Frauen und Selbständigkeit – Chancen in Freien Berufen. In Bundesverband der Freien Berufe (Hrsg.). *BFB Jahrbuch 1995*. S. 21-38. Bonn.
- Steiger, J. & Bloch, R. (1995). Numerus Clausus in der Medizin: eine Rechtsgüter- und Interessenabwägung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 76, S. 48-58.
- Trost, G. (1994, Hrsg.) Test für medizinische Studiengänge (TMS): Studien zur Evaluation (18. Arbeitsbericht), Bonn: ITB.
- Trost, G. (1996, Hrsg.) Test für medizinische Studiengänge (TMS): Studien zur Evaluation (20. Arbeitsbericht), Bonn: ITB.
- Trost, G. (1996). Testergebnisse versus Schulnoten als Auswahlkriterien: Paternoster-Effekt, Kosten-Nutzen-Effekte und Auswirkungen auf die Fairneß der Zulassung. In Hänsgen K.-D., Hofer, R. & D. Ruefli (Hrsg.) *Eignungsdiagnostik und Medizinstudium* (S. 34-37). Fribourg: Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik.
- Unschuld, P. (1978). Professionalisierung und ihre Folgen. In Schipperges, H., Seidler, E. & Unschuld, P. (Hrsg.) *Krankheit, Heilkunst, Heilung* (S. 517-556). Freiburg: Albers.
- Volkholz, V. (1973). *Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitswesen*. Stuttgart.
- Volz, R. (1886). *Der ärztliche Beruf*. Berlin (zit. nach Murrhardter Kreis, 1995)
- Wolinsky, F.D. (1993). The professional dominance, deprofessionalization, proletarianization, and corporatization perspectives: an Overview and synthesis. In Hafferty & KcKinlay (Ed.) *The changing medical profession* (S. 11-24). New York: Oxford University Press.

**Berichte aus dem Bereich "Arbeit und Entwicklung" am Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie der FU Berlin
(Hrsg. M. Hildebrand-Nilshon, E.-H. Hoff und H.-U. Hohner)**

Bisher sind in dieser Reihe erschienen

- Nr. 1 Thomas Lecher, Ernst-H. Hoff, Elisabeth Distler & Michael Jancer (1992). Zur Erfassung des ökologischen Verantwortungsbewußtseins. Ein Interview-Leitfaden mit Erläuterungen.
- Nr. 2 Hans-Uwe Hohner (1993). Personalentwicklung, berufliche Autonomie und konsensorientierte Diagnostik.
- Nr. 3 Barbara Grüter (1993). Begriffsbildung und Softwareentwicklung. Konzepte und Modelle zur Untersuchung der Begriffsbildung von Männern und Frauen in der Softwareproduktion.
- Nr. 4 Thomas Lecher & Ernst-H. Hoff (1993). Ökologisches Bewußtsein. Theoretische Grundlagen für ein Teilkonzept im Projekt "Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein".
- Nr. 5 Hans-Uwe Hohner (1994). Inhaberzentrierte Kleinunternehmen in organisationspsychologischer Perspektive. Das Beispiel Arztpraxis.
- Nr. 6 Martin Hildebrand-Nilshon & Chung-Woon Kim (1994). Kommunikationsentwicklung und Kommunikationsförderung. Zwei Arbeitspapiere aus dem Projekt "Augmentative and Alternative Communication (AAC)".
- Nr. 7 Michael Jancer & Ernst-H. Hoff (1994). Ökologische Moralvorstellungen. Theoretische Überlegungen zu einem Teilkonzept im Projekt "Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein".
- Nr. 8 Ernst-H. Hoff, Jens Walter, Daniela Galetto, Michael Jancer, Thomas Lecher & Matthias Trénel (1995). Zwischenbericht zum Projekt "Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein".
- Nr. 9 Martin Hildebrand-Nilshon (Hrsg.). (1995). Wege und Umwege der Kommunikationsförderung. Interventionsstrategien, Evaluation und Technik. Arbeitspapiere aus dem Projekt "Augmentative and Alternative Communication (AAC)".
- Nr. 10 Ernst-H. Hoff & Jens Walter (1996). Ökologische Kontrollvorstellungen. Theoretische Überlegungen zu einem Teilkonzept im Projekt "Industriearbeit und ökologisches Verantwortungsbewußtsein".
- Nr. 11 Hans-Uwe Hohner (1997). Professioneller Wandel in der Medizin als Herausforderung für die psychologische Eignungsdiagnostik.
- Nr. 12 Ernst-H. Hoff, Hans-Uwe Hohner & Susanne Dettmer (1998). Projektskizze PROFIL: Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie.