

Handout von **Bettina Strauss** zum Text :

Professioneller Wandel in der Medizin als Herausforderung für die psychologische Eignungsdiagnostik

Von Hans-Uwe Hohner 1997

1. Einleitung: Was hat die Medizin mit der psychologischen Eignungsdiagnostik zu tun?

Der Zusammenhang zwischen der Medizin und der Eignungsdiagnostik wird evident, wenn wir uns folgendes überlegen: Gute Ärzte brauchen ganz bestimmte Eigenschaften, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Ausübung ihres Berufs. Welches sind diese Kompetenzen und könnte man diese anhand eines Anforderungsprofils beschreiben? Wäre es sinnvoll, junge Menschen welche Medizin studieren möchten frühzeitig auf ihre Eignung hin zu prüfen, möglichst vor dem Studienbeginn?

Gerade im Zulassungssystem zum Medizinstudium (Numerus Clausus) hat sich der Zusammenhang von Medizin und Psychodiagnostik manifestiert. Alle Bewerber für einen medizinischen Studiengang müssen sich einem psychometrischen Testverfahren unterziehen. Für die psychologische Eignungsdiagnostik liegt die Schwierigkeit darin, geeignete Testverfahren zu entwickeln. Diese müssen die Fähigkeiten und Eigenschaften messen können, welche angehende Ärzte mitbringen müssen. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, dass sich die Anforderungen an die Mediziner und deren Berufsfeld stetig verändern. Der professionelle Wandel der Medizin bietet Herausforderungen für die psychologische Eignungsdiagnostik.

2. Medizin als dominante Profession im Gesundheitsbereich

Was macht einen Beruf zur Profession?

Um den Tendenzen des professionellen Wandels nachspüren zu können, müssen wir die Elemente beachten, welche den Beruf des Mediziners zur Profession machen. Im Text ist von folgenden fünf Elementen die Rede: 1.) Fachliche Kompetenz und wissenschaftliche Ausbildung, 2.) Erworbene Kompetenz an spezielle Zulassungsverfahren gekoppelt, 3.) Markt für das fachliche Wissen geschlossen, 4.) Fachliche Kontrolle allein bei den Mitgliedern der Disziplin und 5.) Profession durch soziale Werte legitimiert, welche Handlungsautonomie ermöglicht.

Die Professionalisierungstendenzen im Arzt-Beruf können schon für die vorchristliche Zeit nachgewiesen werden. Bereits damals gab es eine Ausbildung, sowie eine Berufsordnung. Während lange Zeit, war eine eher heterogene Gruppe von erfahrenen Heilkünstlern tätig. Erst Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde das Fundament für die Dominanz der Medizin im Gesundheitswesen gelegt. Vor allem der Aufbau der Krankenversicherung und der Ausbau der sozialstaatlichen Leistungen beschleunigten den Professionalisierungsprozess enorm.

Entwicklung der Arztdichte

Der professionelle Wandel und der rasante Aufschwung der Medizin kann auch anhand verschiedener Zahlen beobachtet werden. So gab es in Deutschland im Jahre 1876 nur 32

Ärzte auf hunderttausend Einwohner, während es heute 300 Ärzte auf hunderttausend Einwohner gibt. In den hundert Jahren von 1880 bis 1980 hat sich die Ärzteschaft von 14 000 auf 140 000 verzehnfacht. Bis ins Jahr 2000 wird sich die Ärztezahlnoch einmal verdoppeln.

Entwicklung des Ärztteinkommens

Es fallen zwei Tatbestände auf, wenn wir die Einkommen der Nachkriegszeit betrachten: 1. Die niedergelassenen Ärzte liegen am oberen Ende der Verdienstskaala und 2. vor allem in den 60iger Jahre erhielten die niedergelassenen Ärzte einen überproportionalen Verdienstzuwachs.

Differenzierung und Spezialisierung

Im Weiteren zeigt sich der professionelle Wandel des Arztberufs durch die Differenzierungs- und Spezialisierungstendenzen. In den letzten dreissig Jahren haben sich die Praxen von Spezialisten fast verdreifacht, während die der Allgemeinmediziner konstant geblieben sind. Zudem hat sich das Verhältnis von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten stark verändert. Im Jahr 1875 waren 90% aller Ärzte in einer Praxis und nur ca. 3% in einer Klinik tätig, während im Jahr 1980 fast 50% aller Ärzte Klinikärzte sind.

Frauenanteil

Der Frauenanteil in der Medizin lag in den 50iger Jahren unter 15%. Inzwischen hat er sich auf über 30% verdoppelt.

Deprofessionalisierungstendenzen

Neben dem oben erwähnten Wachstum, zeichnet sich bei vielen Ärzten ein besorgtes Bild über die Zukunft ab. Laut einer Umfrage aus dem Jahr 1994 scheinen viele der befragten niedergelassenen Ärzte frustriert. Besonders die zweite Stufe der Gesundheitsreform hat spürbar die Situation der Ärzte verschlechtert, im speziellen die der niedergelassenen Allgemeinärzte.

Ein Sachverständigenegremium der Medizin, der „Murrhardter Kreis“ (1995) sieht folgende Punkte als Wurzel der heutigen Krise an:

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

3. Leitbild für den Arzt der Zukunft

Wodurch zeichnen sich „wirklich gute Ärzte“ aus?

Laut Baumann (1995) brauchen „gute Ärzte“ sieben zentrale Kompetenzen: Sie müssen 1.) den Prozess medizinischer Problemlösung meistern, 2.) verfügen über ein breites Wissen und vielfältige Fertigkeiten, 3.) müssen gründlich wissenschaftlich ausgebildet sein, 4.) brauchen flexibel zu sein, 5.) kennen ihre persönlichen Grenzen, 6.) sind willens und in der Lage sich Lebenslang fortzubilden und weiterzuentwickeln und 7.) verfügen über die richtige Einstellung, Empathie und Rollendistanz.

Diskrepanz zwischen veränderten beruflichen Anforderungen und traditioneller medizinischer Ausbildung

Das Medizinstudium ist vorwiegend naturwissenschaftlich geprägt. Viele der oben erwähnten überfachlichen Kompetenzen sind weder Lernziele noch Prüfungsinhalte im heutigen universitären Studium. Es wird davon ausgegangen, dass die Studierenden diese Kompetenzen in ihrer „Gesamtpersönlichkeit“ mitbringen. Oftmals entsteht eine Diskrepanz zwischen der Ausbildung und den späteren beruflichen Anforderungen.

Es wäre notwendig, überfachlichen Kompetenzen wie Empathie einen höheren Stellenwert während der Ausbildung zuzuschreiben, denn durch die heutigen Veränderungen des Arztberufs werden solche immer wichtiger. Ein Beispiel einer solchen Veränderung ist das Morbiditätsspektrum. Viele Patienten leiden an chronischen Krankheiten und so muss der Arzt in erster Linie nicht mehr als Retter in der Not tätig sein, sondern als Krankheitsbegleiter und psychosozialer Berater.

Der Arzt von morgen

Das Arztbild von morgen wird sich an den veränderten Anforderungen orientieren müssen. Ein Ausschnitt aus einem Zitat des Murrhardter Kreis zeigt die Anforderung der Ärzte von morgen sehr schön: „... Bei allen wissensmässigen und biotechnischen Kompetenzen, die auch weiterhin unverzichtbar bleiben werden, gewinnen personale Eigenschaften wie kommunikative und interaktive Fähigkeiten, Bereitschaft zur Verantwortung, politische Tugend und ethische Bildung eine überragende Rolle. ...“.

Wie kommt man nun zu solchen Ärzten? Dieser Frage wird anhand des Zugangs zum Medizinstudium nachgegangen.

4. Rolle der Eignungsdiagnostik bei Hochschulzulassungen

Wer zum Medizinstudium zugelassen werden will, muss dem Numerus Clausus und dessen Selektionskriterien genügen. Nach wie vor wird die Medizin als attraktive Disziplin angesehen und so müssen in Deutschland 60% bis 70% aller Bewerber für ein Medizinstudium abgewiesen werden.

International lässt sich eine grosse Spannbreite verschiedener Aufnahmeverfahren (Abiturnote, Wartezeit, Krankenhauspraktikum, Probestudium, Auswahlgespräche, psychometrische Test etc.) finden.

Der Hochschulzugang in der BRD

Während früher die Abiturnote alleine ausschlaggebend für eine Zulassung zum Medizinstudium war, wurde von 1986 bis 1997 ein Zulassungsverfahren praktiziert, welches nach einem komplexen Quotensystem die Studiumpplätze vergab.

Die wichtigste Rolle dabei spielte die psychometrische Testbatterie *Test für medizinische Studiengänge (TMS)*, die vom Institut für Test- und Begabungsforschung entwickelt wurde. Diese Testbatterie bestand aus 9 Untertests mit verschiedenen Schwerpunkten wie Muster zuordnen, quantitative und formale Probleme, Textverständnis, medizinisch-naturwissenschaftliches Grundverständnis etc. Neben dem TMS zählten weitere Aspekte, um zum Medizinstudium zugelassen zu werden. Am folgendem Beispiel werden sie aufgezeigt: Von 10 000 zu vergebenden Studienplätzen werden 10% an Ausländer und soziale Härtefälle, 45% an die besten Abitur-Test(TMS)- Absolventen, 10% an die besten Test(TMS)- Absolventen, 20% an diejenigen mit den meisten Bewerbersemester und 15% über die Auswahlgesprächsquote vergeben.

Zu erwähnen ist, dass das Zulassungssystem ab dem Sommersemester 1998 geändert wurde. Nun gilt ein Verfahren, dass als Kriterien zu 40% die Wartezeit und zu 60% die Abiturnote heranzieht.

Das bundesdeutsche Zulassungsverfahren (bis 1997) aus eignungsdiagnostischer Sicht

Aus eignungsdiagnostischer Sicht ist es interessant herauszufinden, welcher Zulassungsmodus am stärksten mit dem Erfolg im Studium zusammenhängt. Als Kriterium für den Studienerfolg wurde die ärztliche Vorprüfung(ÄVP) herangezogen, die sich in einen mündlichen und schriftlichen Teil unterteilen lässt.

Die Tabelle zeigt die Leistung im schriftlichen und mündlichen Teil der ärztlichen Vorprüfung in Abhängigkeit vom Zulassungsmodus der jeweiligen Studierenden.

	Schriftliche ÄVP	Mündliche ÄVP
Abi-TMS-Quote	105,6	2,6
TMS-Quote	100,8	3,1
Vorab-Quote	98,4	3,1
Wartezeit-Quote	96,3	3,3
Auswahlgesprächs-Quote	95,8	3,2

Studenten die durch die Abi-TMS-Quote zum Studium zugelassen wurden, zeigen im mündlichen und schriftlichen Teil der ärztlichen Vorprüfung die besten Leistungen.

5. Fazit

- Der Test für medizinische Studiengänge(TMS) verfügt, insbesondere für den schriftlichen Teil der ärztlichen Vorprüfung eine hohe kriterienbezogene Validität. Nach den ersten zwei bis drei Jahren des Studiums nehmen diese Zusammenhänge ab.
- Der TMS ist nicht in der Lage, kommunikative und sozialkognitive Kompetenzen zu messen, sondern erfasst Komponenten des schlussfolgernden Denkens.
- Die Auswahlgespräche bieten die Möglichkeit, die berufsbezogenen-selbstreflexiven und nichtintellektuellen Kompetenzen der Bewerber zu überprüfen. Insgesamt werden aber nur 4500 für ein Gespräch ausgelost, wobei von denen 1500 einen Studienplatz erhalten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das bundesdeutsche Zulassungsverfahren keine valide Vorhersage über den Berufserfolg werdender Ärzte geben kann. Da so viele Studenten Medizin studieren möchten, wird die Zulassungsbeschränkung für das Medizinstudium auf weiteres bestehen bleiben.

Die Herausforderung für die Zukunft liegt darin, Indikatoren für den Studienerfolg im Sinne der ärztlichen Kompetenzen zu erörtern. Zudem müssen vermehrt sozialkognitive und kommunikative Kompetenzen miteinbezogen werden.