

Zulassungsverfahren Medizin in der Schweiz und Optionen für eine „evolutionäre Weiterentwicklung“

Klaus-D. Hänsgen

Diskussionen über die Weiterentwicklung des Zulassungskriteriums für ein Medizinstudium sind nötig: **Werden die richtigen Personen zum Studium zugelassen?** Diese Diskussion muss vor allem „top down“ geführt werden. Die „Stakeholder“ (Universitäten/Kantone, Bund und letztlich die „Konsumenten“ von Medizin) müssen ihre Auswahlziele einbringen, wen sie als Studierende wollen. Sie müssen aber an den Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Zulassungsmethoden „bottom up“ orientiert bleiben, um weiterhin Wissenschaftlichkeit gepaart mit Ökonomie bei der Zulassung zu gewährleisten und der Komplexität des Themas gerecht zu bleiben. Es geht bei der Auswahl um nichts Geringeres als valide Langzeit-Vorhersagen von Erfolg. Zwei Fragen stehen im Mittelpunkt:

- Gibt es bezüglich der jetzt verwendeten Zulassungs-Methode Änderungsbedarf, weil **andere Auswahlziele generell** gelten?
- Ist mehr Diversität auf der Ebene der Kriterien wie der Verwendung derselben durch die Universitäten angemessener, weil **mehrere Ziele zugleich** gelten?

Rahmenbedingungen für NC und EMS in der Schweiz

Es gibt keinen Grund, an bisherigen Vorteilen oder der Testgüte des Eignungstests für das Medizinstudium (EMS) als **kognitivem Studierfähigkeitstest** zu zweifeln. Die Absolventenrate liegt an allen Universitäten mit NC mittlerweile über 90% der Anfänger, die Vorhersagegüte für Studienerfolg ist weiterhin gut und das für die Ausbildung investierte Geld gut angelegt und nicht durch Studienabbrüche verloren¹. Sein Problem war die **Testsicherheit** (auf eine Aufgabenwiederholung muss man zumindest bis zum befriedigenden Abschluss der rechtlichen Auseinandersetzungen nun ganz verzichten). Dies wird man beheben können.²

2015 wären in allen drei Disziplinen in den vier Universitäten mit NC **2'144 Personen zusätzlich zuzulassen** gewesen, wenn der NC nicht realisierbar gewesen wäre. **Mehrkosten** für Medizin würden dafür auf der Basis der IUV-Beiträge (25'700 CHF pro Person für das 1. Jahr) minimal in Höhe von **55'100'800 CHF** entstehen. Muss man diese Personen dann mangels Kapazitäten vor allem im Masterstudium wie in der Westschweiz herausprüfen, wären diese Mittel verloren – für ein Studium bis zum Abschluss wäre ein Vielfaches davon notwendig. Dies stellt hohe Anforderungen an die Rechtsfähigkeit des Zulassungsverfahrens. Wir gehen nachfolgend davon aus, dass Lösungen ohne NC mindestens kurz- und mittelfristig unrealistisch sind, trotz des geplanten Ausbaus der Kapazitäten bzw. auch bei optimistischem Ausbau. Die Nachfrage nach einem Medizinstudium steigt international an, Medizinalberufe bleiben attraktiv und die Ausbildungsqualität sollte nicht gefährdet werden. Die Schweiz hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt, weil die Ausbildungsstandards hoch, die Ausbildung spezifisch genug und das Studium vom ersten Jahr an durch die Studienreformen berufsvorbereitend sind. Es ist kein reines Wissenschaftsstudium, sondern auch eine Berufsausbildung. Die Politik sollte nicht den Fehler machen, beim Kapazitätsausbau überzureagieren, weil die Änderungen durch den bereits erfolgten Ausbau noch nicht sichtbar sind. Am Arbeitsmarkt zeigen sich Effekte mit 7-8 Jahren Verzögerung, der Studiedauer bis zum Masterabschluss. Und wenn, wie allgemein anerkannt, die Kapazitäten im Fachstudium (Patienten, Betten, Technik, Betreuung) das eigentlich Begrenzende und Teure

¹http://www.ztd.ch/w/index.php?title=EMS#Keine_.22Schere.22_zwischen_Immatrikulations-_und_Absolventenzahlen_mit_NC

²http://www.ztd.ch/w/index.php?title=EMS#Zur_Session_2015

sind, muss man wohl zuerst diese ausbauen und dann die Studienanfänger darauf abstimmen. Jetzt nur die Studienanfänger zu erhöhen oder neue Durchlässigkeit zu schaffen, bringt dann keinen Absolventen mehr als bisher hervor.

Die **Rechtsgrundlage** des NC ist für Optimierungen des Zulassungsverfahrens ausreichend flexibel, dennoch ist zu beachten:

- In den massgeblichen **kantonalen** Gesetzgebungen ist die Berücksichtigung der „**Eignung**“ gefordert. Eignungskriterien selbst sind nicht definiert – auch nicht, inwieweit **Studien- und/oder Berufseignung** zu berücksichtigen sind.
- Die Bildungsziele des Medizinalberufegesetzes MedBG (Kapitel 3)³ können auch Ziele eines Zulassungsverfahrens definieren, gehen über die Anforderungen einer Studieneignung hinaus.
- Die Bundesgerichtsurteile zum NC schreiben zwei weitere wichtige Kriterien fest: „**Rechtsgleichheit und Willkürfreiheit**“.

Jeder bedeutende Eignungstest dieser Welt verfügt über eine **Trainingsszene**, dies lässt sich nicht verhindern. Auch jeder andere Test oder jede andere Methode hätte diese bald wieder. Für den EMS gilt eine **bedingte** Trainierbarkeit⁴. Zahlreiche andere Testkonzepte (Wissensprüfung, Sozialverhalten oder Interviews) wären wesentlich **besser trainierbar**. Die Existenz einer Trainingsszene spricht daher nicht gegen die Anwendung von Tests.

Basismodelle für die Zulassung aufgrund von Kriterien

Welche Varianten sind für eine Zulassung mit NC möglich, wo sind die „Stellschrauben“, um die richtigen Personen zuzulassen? Wenn wie in den meisten Ländern ein NC und damit eine Selektion notwendig sind, kann man folgende **Grundmodelle** für die Verwendung von Zulassungskriterien unterscheiden:

- **Ein einziges Kriterium** für die Zulassung; dieses kann **homogener** (z.B. kognitive Studierfähigkeit; Schweiz) oder **heterogener** (Kombination aus kognitiven Leistungen, Schulwissen und sozialem Wissen; Österreich) zusammengesetzt sein.
- **Mehrere Kriterien** für die Zulassung, meist verbunden mit festen prozentualen Zulassungs-Quoten
 - **Parallel** bzw. unabhängig voneinander, man hat in mehreren Quoten eine Chance (z.B. Deutschland Abiturdurchschnitt, Test, Wartezeit), ggf. auch Kombinationen wie Abiturnote plus Test;
 - **Sequentiell** bzw. abhängig mit der Möglichkeit der Vorselektion z.B. durch einen Test und nachfolgender Anwendung aufwändiger Methoden nur für einen eingeschränkteren Personenkreis (z.B. Israel zuerst ein Test und dann ergebnisabhängig Einladung eines Teils zu Interviews oder die Kombi HAM-NAT/HAM-INT in Deutschland).

Die Verwendung **eines homogenen einzelnen Kriteriums** birgt die **Gefahr** der Einseitigkeit der Auswahl – die „Typenvielfalt“ der Personen, die wegen unterschiedlicher Interessen unterschiedliche Berufsanforderungen bedienen können, wird möglicherweise eingeschränkt. Dies vermutet man in der Schweiz (sollte auch empirisch untersucht werden, da bisher Belege fehlen):

- Aktuell werden nur noch die (auf Anmeldung zum Studium bezogen) 25% der Leistungsbesten in Humanmedizin an den NC-Universitäten zugelassen – aufgrund der seit 2001 kontinuierlich steigenden Studien-Nachfrage wird der Anteil zukünftig ggf. noch geringer.
- Leistungsbeste definieren sich aus den Faktoren des EMS, in denen **kognitive** Fähigkeiten der Studieneignung dominieren, „**Schlussfolgerndes Denken**“ der zentrale Faktor neben Gedächtnis, Aufmerksamkeit und visuellen Fähigkeiten ist.

³ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040265/>

⁴ http://www.ztd.ch/w/index.php?title=Vorbereitungsreport_2014

- Die Prognosekraft des Tests für das Bestehen der Prüfungen in der Regelstudienzeit ist für die Leistungsbesten am höchsten. Aufgrund der Verschärfung des NC werden nun auch Personen nicht zugelassen, die von den kognitiven Leistungen her ebenfalls gute Aussichten hätten, das Studium erfolgreich abzuschließen. Deren Stärken können ggf. auf anderen Gebieten liegen, welche die "Merkmals-Diversität" unter den Studierenden bereichern würden.
- Dies vermutet man vor allem für Personen, die sozial bzw. vom Engagement oder der Einsatzbereitschaft her geeigneter sind und unterstellt meist, dass sehr gute Personen beim „Schlussfolgernden Denken“ weniger sozial geeignet seien (das Klischee der „Intelligenzbestie“ steht irgendwo dahinter). Soziale Intelligenz/Kompetenz, Engagement, Motivation oder andere „Soft-Skills“ und gute kognitive Leistungen schliessen sich aber nicht aus, korrelieren stattdessen sogar positiv. Will man zur Erhöhung der Merkmals-Diversität bei den Studierenden auch Beste nach diesen Kriterien, **muss man diese explizit berücksichtigen und vorher mit ausreichender Güte erheben** können.

Bei der bisherigen Diskussion zur Erweiterung der Kriterien gibt es zwei auf den ersten Blick gegensätzliche Richtungen, die mit den **politischen Zielen der Zulassung** abgeglichen werden müssen. Spätestens hier stellt sich auch die Frage nach der Qualität der Ausbildung und dem Stellenwert einer soliden mathematisch-naturwissenschaftlichen Grundausbildung, die trotzdem in ein berufsvorbereitendes Grundstudium eingebettet ist.

- **Mehr Hard-Skills:** Verwendung von **Wissensfragen** (Mathematik, Physik, Chemie, Biologie). Statt der Fähigkeit zur Wissensaneignung (quasi der „Beschleunigungsfähigkeit“) würde der Wissensstand selbst (quasi die aktuelle „Geschwindigkeit“) erfasst. Es gibt Klagen an allen Universitäten, dass das Ausgangsniveau sehr heterogen sei und das „niedrigste“ Niveau als Einstieg für die Lehrveranstaltungen gewählt werden muss, was Probleme bei der Stoffvermittlung insgesamt verursacht. Naturwissenschafts-Kenntnisse aus der Matura sind nicht zwingend für eine Bewerbung zum Medizinstudium – etwa, wenn man einen anderen Schwerpunkt gewählt hat. Medizin bleibt aber ein diesbezüglich anspruchsvolles Studium – nicht nur für das Prüfungsbestehen, sondern auch die spätere Berufsausübung. Eine Anforderungsreduktion (etwa für Hausärzte oder Psychiater) auf diesem Gebiet wird folglich von vielen Fachleuten abgelehnt, um keine „zweitklassigen“ Mediziner auszubilden.

Vorteile wären, dass entweder durch entsprechende frühe Schwerpunktwahl in der Matura bzw. durch das zusätzliche „Training“ für den Test ein effektiver Nutzen für das Studium entstünde und die beklagte Heterogenität im Wissensstand ausgeglichen würde. Eine frühe Orientierung auf die Studien- und Berufsanforderungen wird folglich nicht als Problem oder Einschränkung der Wahlfreiheit bei der Matura oder deren Abwertung gesehen. Z.B. können Interessenten für ein Sportstudium auch nicht bis zum Bewerbungszeitpunkt warten, ehe sie mit einem intensiven Training beginnen. Hat man diesen Schwerpunkt nicht gewählt, könnte und müsste man dies rechtzeitig nacharbeiten. Training auf diesem Gebiet hätte einen Nutzen.

Ein Nachteil kann sein, dass sich extensiv angeeignete Vorkenntnisse (Kurse bzw. Training, frühere Berufsausbildungen oder Studiengänge) eine Studieneignung vorspiegeln, die nicht vorhanden ist und man im realen Medizinstudium dann quasi nicht so gut mitkommt und nicht besteht.

- **Mehr Soft-Skills:** Es gibt vor allem von ausserhalb der Medizinausbildung die Wünsche, „Soft-Skills“ stärker zu berücksichtigen. Soziale Kompetenz, Engagement und Einsatzbereitschaft sowie andere Merkmale, die man von einem „guten Arzt“ erwartet, gehören dazu. Dadurch will man vor allem die Berufseignung stärker berücksichtigen. Es gibt dazu aber sehr wenige konkrete Anforderungsanalysen, die Merkmale wirken teilweise wie Idealisierungen, wobei man sich den aufopferungsvollen guten alten Hausarzt zurückwünscht – aber bestimmte gesellschaftliche Veränderungen übersieht. Medizinalberufe sind in sich schon sehr heterogen. Dennoch wäre es denkbar, dass zumindest ein Teil der Kandidaten über bessere Voraussetzungen bezüglich Motivation und Interesse verfügt. Diese würde man nur durch einen Einbezug in das Zulassungsverfahren finden.

Man muss dabei unterscheiden, wie konkret die sozialen Fähigkeiten bereits vor dem Studium ausgeformt sein können und müssen und was man an Wissen und Haltungen auf diesem Gebiet erst während des Studiums vermittelt. Dennoch unterscheiden sich die Personen hinsichtlich der Voraussetzungen und Interessen auf diesem Gebiet.

Niemand will wirklich den schlecht ausgebildeten „Empathiker“ – vor die Wahl gestellt, zu welchem Arzt er selber bei Problemen gehen würde. Es gibt aber genügend Berufsprofile (Hausarztmedizin, Psychiatrie, Psychotherapie), bei welchen **soziale Kompetenz gepaart mit hoher fachlicher Kompetenz** wichtig sind. Je nach epidemiologischer Untersuchung bedürfen 10-30% der Normalbevölkerung eigentlich einer spezifischen psychotherapeutischen Versorgung⁵ – werden oft nur „schulmedizinisch“ behandelt, was die Behandlungsdauer verlängert. Weitere Erkrankungen sind psychisch mitbedingt und dieser Aspekt ist zumindest in die Therapie mit einzubeziehen. Erhalten die Personen diese Psychotherapie nicht oder wird der psychosoziale Aspekt generell ausgeblendet, entstehen netto höhere Behandlungskosten und -dauern. Ärzte, die diesen Aspekt diagnostisch oder therapeutisch besser berücksichtigen können, sind zweifellos im Vorteil.

Methoden zur **Erfassung von Soft-Skills in Selektionssituationen**, die auf Selbstbeurteilung beruhen, sind anfällig für Antworten nach der sozialen Erwünschtheit, was zugleich eine gut trainierbare Funktion ist. Dies misst dann eher Lippenbekenntnisse oder die schauspielerischen Fähigkeiten, was man den Personen in einer Auswahl situation nicht einmal verdenken kann. Das Phänomen ist in der berufsbezogenen Eignungsdiagnostik ausreichend empirisch fundiert. Wir bieten aktuell **Self-Assessments** an, mit welchen man sich **anonym** Klarheit über die Passfähigkeit Persönlichkeit/Interessen/Wissen über Studium und Beruf verschaffen kann – wobei Ehrlichkeit eine Voraussetzung für ein verwertbares Ergebnis ist. Dies wird sehr gut genutzt, hat aber keinen unmittelbaren Einfluss auf die Zulassung und wäre für die Fragebogenteile so auch nicht in einem selektiven Test verwendbar⁶.

- **Situational Judgement Tests** SJT (Vorgabe einer Situation und dazu Multiple-Choice-Verhaltensalternativen zur Auswahl) werden in einigen Ländern eingesetzt, auch die Association of American Medical Colleges (zuständig für den Test MCAT) in den USA⁷ evaluiert diese und gibt einen Überblick, wo dieser Ansatz verwendet wird. Wir hatten auf eine geplante Pilotstudie gemeinsam mit einem der führenden Entwickler verzichtet⁸, weil die Probleme überwogen: Entweder es wird schon berufsspezifisches Wissen vorausgesetzt, es dominiert die soziale Erwünschtheit der richtigen Antworten oder der Konsens, was „richtiges“ Verhalten ist, ist zu wenig eindeutig und kulturabhängig. Hier werden wir den aktuellen Stand weiter analysieren, ob es neue verwendbare Entwicklungen gibt. Beispiele, bei welchen sich auch die Probleme „Soziale Erwünschtheit“ bzw. „Voraussetzung berufsspezifischer Kenntnisse“ zeigen, findet man in einem österreichischen Übungsportal.⁹
- **Interviews** ohne oder mit standardisierten Aufgabenstellungen (z.B. Vorgabe einer Situation, auf die im Gespräch reagiert werden muss – dann nennt man dies Assessments) bleiben eine zweite Möglichkeit, die vielerorts angewendet wird. Ein Beispiel aus Deutschland ist der HAM-INT¹⁰. Die Probleme des optimalen Verhaltens in den dort vorgegebenen Situationen sind dem SJT vergleichbar, wobei das Verhalten schwerer „versteilt“ werden kann als beim schriftlichen Beantworten von Fragen. Aus Belgien ist bekannt, dass die Präsentation der Aufgaben in Videoform besser war als die schriftliche. Das richtige Erkennen nichtverbaler Informationen kann eine Rolle spielen – wie es in Interviews und Assessments auch notwendig ist.
Hier nehmen Interviewer die Beurteilungen aufgrund ihrer Beobachtung vor, was Schulung bzw. Training und ausreichende Beurteiler-Übereinstimmung erfordert. Diese Me-

⁵ Z.B. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Befragung/004.pdf

⁶ samed.unifr.ch (allgemein) sowie www.sazamed.ch (Zahnmedizin der Universität Basel)

⁷ <https://www.aamc.org/initiatives/admissionsinitiative/st/>

⁸ <http://www.unifr.ch/ztd/ems/doc/SJT.pdf>

⁹ <https://www.studymed.at/frontend/demo/entscheiden/kurs/1>

¹⁰ http://www.ztd.ch/w/index.php?title=Zulassung_Medizin_international#Deutschland

thoden sind aufwändig und werden ohne Vorselektion nicht bezahlbar sein (in Deutschland geschieht dies z.B. mittels des Schulwissenstest HAM-NAT, auch in Israel funktioniert dies mit einem Test). Diese müssten an den Universitäten durch qualifiziertes akademisches Personal durchgeführt werden. Dabei wären ggf. auch unterschiedliche Vorgehensweisen und Quoten für die einzelnen Universitäten und damit unterschiedliche Schwerpunktbildungen möglich.

Bekannt ist aus einer Metaanalyse, dass die Prognosekraft für Studienerfolg im Vergleich zu Test und Maturitätsnoten deutlich geringer ist. Die Begründung für einen Einbezug müsste sein, dass Merkmale gemessen werden, die heute den Studienerfolg in den ersten Jahren weniger beeinflussen – die Bedeutung sich aus der Perspektive der Berufseignung ausreichend begründen lässt.

Begrenzend wirkt die Ökonomie: Zwei geschulte Beurteiler und 30 Minuten pro Person (inklusive fünf Minuten Beurteilungszeit) scheinen ein Minimum, um nicht nur an der Oberfläche zu „kratzen“. Ein Zweierteam kann nicht mehr als 16 Personen pro Tag beurteilen. Lädt man 300 Personen ein (rund 10% aller Bewerber), sind rund 20 Teamtage notwendig – bei 10 Teams also eine Aktion von zwei Tagen. Wenn man dies zentralisiert in Basel, Bern, Freiburg und Zürich an einem Tag durchführen würde (weil dort ausreichend qualifiziertes Personal vorhanden ist), wären bei einem Tag und 35 Teams (proportional zur Bewerbungszahl verteilt) sogar **560 Personen** (20% aller Bewerber) einbeziehbar. Wenn man dies will und vom Sinn politisch überzeugt ist, ist es also durchaus machbar. Eine zeitliche Vorverlegung des Testtermins wäre dafür aber zwingend.

- Berücksichtigung des **Engagements** wäre über sogenannte Motivationsschreiben möglich. Verifizierbare berufliche Vorerfahrung, Praktika, gesellschaftliches Engagement im Hinblick auf Medizinalberufe u.ä. sowie die Begründung des Berufswunsches werden ebenfalls von Beurteilern bewertet und können in einer eigenen Quote zur Zulassung führen – wieder nach dem Testergebnis oder Bonifizierung des Testergebnisses. Hier wäre die klare Definition für die Gewährleistung von Rechtsgleichheit und Willkürfreiheit sowie eine realistische Einschätzung der Verfügbarkeit (z.B. chancengleiche Praktikumsstellen für alle – was aufgrund der grossen Personenzahl problematisch sein kann) wichtig.

Maturanoten sind nach wie vor problematisch, weil sie zwischen Kantonen und Schultypen nicht vergleichbar sind und Rückwirkungen auf das Benotungssystem befürchtet werden („Kantönligeist“)¹¹. Dennoch gibt es auch Beschwerden, dass Jahrgangsbeste dann beim Test nicht die gleiche Leistung zeigen und nicht zugelassen werden, obwohl hinter der Maturanote „jahrelange erfolgreiche Anstrengung“ steht. Allenfalls wäre es denkbar, über eine feste und anfangs geringe Quote diejenigen Personen zuzulassen, die eine besonders exzellente Prüfung (z.B. Jahrgangsbeste) abgelegt haben – dies ebenfalls nach dem EMS-Ergebnis. Die Vergleichbarkeit von Exzellenz, ihr Nachweis und Rückwirkungen auf die „Auszeichnungspraxis“ wären dabei zu bedenken.

Wie könnte man das Zulassungskriterium weiterentwickeln?

Ist eine nur auf kognitiver Studierfähigkeit basierende „monokriterielle“ Personen-Auswahl weiterhin ausreichend oder welche Erweiterungen sind sinnvoll? Ist mehr **Diversität beim Zulassungskriterium für die Interessenvielfalt für verschiedene Berufsanforderungsprofile bzw. auch zwischen den Universitäten nötig** (z.B. Hausarzt vs. geplante Ausbildung an der ETH)?

NC und der EMS werden im Auftrag der Kantone resp. Universitäten als **Dienstleistung** durchgeführt. Diese sind die eigentlichen „**Stakeholder**“. Letztendlich müssen diese vorgeben, welche Studierende sie wollen, welche zum Ausbildungsprofil passen. Es muss ein Gremium gefunden werden, in welchem Stakeholder und „Zulassungsexperten“ sich in eine Art moderiertem Prozess auf eine Lösung einigen, wie die Zulassungsziele machbar und

¹¹ <http://www.ztd.ch/w/index.php?title=Matura>

wissenschaftlich wie ökonomisch vertretbar sind sowie rechtsfähig umgesetzt werden. Strukturen für diese Diskussion wären zu schaffen.

Dabei müssen nicht alle Universitäten die Kriterien bei der „ersten Wahl“ gleich gewichten (z.B. könnte sich die ETH ein hohes mathematisch-naturwissenschaftliches Niveau wünschen, andere könnten mehr Soft-Skills berücksichtigen, wenn z.B. eine Ausbildung von Hausärzten ein Schwerpunkt wäre). **Dann bekämen unterschiedliche Profilierungen der Universitäten und die Anmeldung bei einer Universität wieder mehr Bedeutung.**

Wenn ein einheitlicher „**Grossgruppentest**“ kurz- und mittelfristig sachlich und vor allem aus ökonomischen Gründen weiter notwendig bleibt, kann man ihn **heterogener** gestalten. So gehen Stärken und Schwächen auf mehreren Gebieten in dieses Ergebnis ein, können sich auch etwas ausgleichen. In Betracht kommen neben der kognitiven Studierfähigkeit (bewährt) das mathematisch-naturwissenschaftliche Wissen (machbar) und geeignete Teile der sozialen Kompetenz (hier ist noch eine intensive Konsultation der Partner notwendig, die dies tun oder erwägen). Schon **innerhalb des Tests** müsste man nicht nur einen einzigen „nivellierenden“ Testwert verwenden, sondern könnte auf der Basis von Quoten auch die Spitzenleistungen in den Bereichen besonders berücksichtigen. Ein „Rückschritt“ auf Intelligenztests (Erfassung des logischen Denkens durch recht formale Aufgaben, die der „Studierfähigkeit“ nicht ähneln) wird nicht empfohlen, fachspezifische Studierfähigkeitstests sind allgemeinen Tests hinsichtlich der prognostischen Validität überlegen.

Diversität könnte darin bestehen, dass einzelne Universitäten weiterhin nur auf der Basis dieses Tests zulassen, andere weitere Kriterien anwenden bzw. anders gewichten. Dabei ist darauf zu achten, dass die Zulassungsanforderungen grundsätzlich vergleichbar bleiben (realisierbar über vergleichbare Kriterien), weil sonst Nachfrageverschiebungen zu den „einfacheren“ Zugangsmöglichkeiten entstehen (ähnlich Zahnmedizin, bei welcher durch die geringere Nachfrage ein niedrigerer Wert für die Zulassung ausreicht – man diese „Backdoor-Funktion“ des Zugangs zum Humanmedizinstudium, wenn Wechsel während des Studiums sehr einfach möglich wären, durch andere Massnahmen abfedern muss).

Will man andere Kriterien mit berücksichtigen, sollte der Test eine **Vorselektion** nach der Studieneignung vornehmen. Wir wissen aus den ersten Evaluationsstudien zum EMS in Zeiten eines sehr milden NC, dass eine Mindest-Studieneignung für ein Prüfungsbestehen notwendig ist, um dann ggf. weitere Kriterien anzuwenden.

Dies kann bonifizierend erfolgen (Beispiel: Anhebung des Test-Prozentranges um klar vordefinierte Festbeträge, wenn medizinspezifische Berufsausbildungen vorliegen, besondere Praktika absolviert worden sind o.ä.). Der andere Weg wäre, sequentiell vorzugehen. **Beispiel 1:** 20-25% der Testbesten werden zugelassen, die nächsten 10-25% werden zum Interview/Assessment als zweite Stufe eingeladen und die Zulassung erfolgt dann ausschliesslich durch das dortige Ergebnis. **Beispiel 2:** Wenn sich eine Personengruppe „Jahrgangsbeste bei der Matura“ definieren liesse, könnte innerhalb dieser Gruppe ein fester Prozentsatz nach dem Testergebnis vergeben werden.

Die nachfolgende Tabelle enthält als Synopse mehrerer international üblicher Verfahren die **Optionen**, deren Prüfung wir aufgrund des aktuellen Diskussionsstandes vorschlagen würden. Sie ist quasi die „Speisekarte“, die die Basis für die Auswahl der Kriterien durch die „Stakeholder“ sein kann.

Klaus-Dieter Hänsgen Direktor Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik Universität Freiburg	Korrespondenz: Prof. Dr. Klaus-D. Hänsgen ZTD Universität Freiburg Rte d’Englisberg 9 CH-1763 Granges-Paccot haensgen[at]bluewin.ch
--	---

<p>„Massentest“ als Gruppentest, Dauer wie heute, ca. 3'500 Personen für alle Disziplinen, für Humanmedizin ca. 2'800</p>	<p>Vorauswahl</p>	<p>Individualisierte Methoden für eine Vorauswahl ggf. disziplinspezifisch nur HM</p>	<p>Zulassungsquoten Bedienung z.B. in der folgenden Reihenfolge</p>
<p>„Kognitive Studierfähigkeit“ wie heute im EMS, auf 4-6 Aufgabengruppen reduzierbar</p>			
			<p>X % Testbeste</p>
<p>MINT Wissen Mathematik / Biologie / Chemie / Physik (Kürzung des EMS entsprechend möglich; jährlich neu)</p>	<p>X Prozent der Testbesten, z.B. 50% in HM sind 1400</p>	<p>Einfache Interviews mit standardisierter Bewertung</p>	<p>Y % Beste im Interview</p>
		<p>oder</p>	<p>oder</p>
<p>Testfähige Teile der sozialen Kompetenz (soziales Wissen nach dem Prinzip des SJT) – bisher aber problematisch, da verfälschbar</p>	<p>Disziplinspezifisch ggf. anders</p>	<p>Assessments wie Interview, vorgegebene Situationen und Aufgaben, auf die zu reagieren sind Standardisierte Bewertung</p>	<p>Y % Beste im Assessment</p>
<p>Sonstiges</p>			
<p>Motivationsschreiben Vorerfahrungen und Engagement, vorhandene medizinspezifische Ausbildungen, Praktika ...</p>	<p>Studieneignung (man muss die Prüfung bestehen) bliebe bedeutsam, die „Extremisierung“ würde vermieden</p>	<p>Standardisierte Bewertungskriterien (z.B. Punktesystem), wie Vorerfahrungen berücksichtigt werden</p>	<p>Z % Beste in einer Quote der Personen mit Vorerfahrung nach Testergebnis plus Erfahrungsbonus</p>
<p>Ausgezeichnete Matura („Jahrgangsbeste“)</p>		<p>Ggf. Vergleichbarkeit herstellen</p>	<p>W % Beste Matura nach Test + ggf. Maturabonus</p>