

BERICHT ÜBER EINEN AUFENTHALT IN DEN USA (SCHWERPUNKTE: ZULASSUNGS-INTERVIEW, STUDENTENAUSTAUSCH, REFORM DES MEDIZINSTUDIUMS)

R. Lohölter, Frankfurt a.M.

1. Einleitung

Im Rahmen des Fulbright-Programms für Bildungsexperten bin ich vom 24.9. - 26.10.1985 in den Vereinigten Staaten gewesen. Von den insgesamt 16 Teilnehmern aus der Bundesrepublik hatten zwei als Themenschwerpunkt "medical education".¹ Im Anschluß an das Fulbright-Programm habe ich außerdem vom 26. - 31.10. die 96. Jahrestagung der "Association of American Medical Colleges" (AAMC) besucht. Die drei leitenden Fragestellungen und Interessen der Reise waren gerichtet auf:

- o die Rolle des Interviews bei der Zulassung,
- o die Möglichkeiten des Studentenaustausches,
- o die Schwerpunkte der Studienreform.

Die erste Programmwoche stand im Zeichen einer kompakten Information über das amerikanische Hochschulwesen und seine gegenwärtigen Probleme. Es gab aber auch schon Termine für die unterschiedlichen Interessenschwerpunkte, so einen hochinteressanten Nachmittag bei

der AAMC: ein Gespräch mit Dr. Cooper, dem langjährigen Präsidenten, sowie mehreren Abteilungsleitern. Im Anschluß an die Washingtoner Woche habe ich folgende medical schools besucht:

Boston (22.-29.9.)

1. Boston University School of Medicine
2. Tufts University Medical School
3. Harvard University Medical School

Chicago (29.9.-6.10.)

4. Northwestern University Medical School
5. University of Illinois at Chicago's Health Science Center
6. Rush University Medical School

New Orleans (6.-10.10.)

7. Louisiana State University Medical Center
8. Tulane University Medical Center

Denver (10.-13.10.)

9. University of Colorado Health Sciences Center

Los Angeles (13.-18.10.)

10. University of California School of Medicine
11. University of Southern California School of Medicine

Chapel Hill (21.-26.10.)

12. University of North Carolina School of Medicine

Über 127 medical schools sich äußern zu wollen, wenn man 12 - davon sieben private - gesehen hat, kann leicht danebengeraten; ich möchte die folgenden Ausführungen daher nicht verallgemeinert wissen.

2. Das Interview bei der Zulassung

o Das Interview ist ein akzeptierter und von vielen Gesprächspartnern für unverzichtbar gehaltener Bestandteil des Auswahlprozesses. Auf die persönliche Begegnung wollen weder Hochschulen noch Bewerber verzichten. An allen 12 medical schools hat jeder Studienanfänger mindestens eines, häufig zwei oder drei Interviews durchlaufen.

o Vergleicht man die Zahl der Interviews pro Jahr mit der Zahl der Studienplätze, stellt sich heraus, daß im Durchschnitt mehr als dreimal so viele Interviews geführt werden als Plätze vorhanden sind. Nimmt man hinzu, daß die Zulassungskommissionen sich im akademischen Jahr großenteils wöchentlich treffen - z.T. auch in der Ferienzeit -, versteht man die Klage über die immense Arbeitsbelastung, die diese Tätigkeit mit sich bringt.

o Zwei Trends können herausgestellt werden. Zum einen hat der **Einsatz von Medizinstudenten als Interviewer** und als Mitglieder der Zulassungskommissionen in den letz-

ten 20 Jahren kontinuierlich zugenommen; die AAMC spricht von etwa 90 % der medical schools, die Studenten an der Auswahl der Studienanfänger beteiligen.² Dabei ist es häufig so, daß die Studenten ihre Empfehlungen abgeben, also mitarbeiten, aber nicht mitentscheiden dürfen (ein "dean for admissions" hierzu: "You don't want the inmates to run the prison."). Zum anderen wird die Notwendigkeit der **Strukturierung der Interviews** und des intensiven Trainings der Interviewer für ihre Aufgaben betont. Die AAMC arbeitet gegenwärtig einen "guide for admissions interviewers" aus.³

o Es gibt eine mehr oder minder ausgeprägte Kritik an dem Verfahren gerade auch von denen, die seit z.T. 10 - 20 Jahren daran mitwirken:

- "by far the most vulnerable to rely on in the admissions process";
- "very time consuming";
- "when you get to the middle of the curve it's very difficult to distinguish";
- die Auswahl sei "probably just as well by a lottery" (so der Vorsitzende eines Zulassungskomitees).

Diese Kritik ist eine notwendige und sinnvolle Begleiterscheinung, die keineswegs bedeutet, daß die Kritiker mehrheitlich das Interview als solches ablehnen würden. So sehr das Interview kritisiert wer-

den mag: Der Vorwurf einer "Mauschelquote", der bei uns immer wieder erhoben wird, findet sich in den USA nicht. Ganz offensichtlich ist dies kein vordringliches Problem.

o Versuche der Einflußnahme von außen auf die Zulassungsentscheidungen sind aber durchaus erwähnt worden (z.B. durch "alumni"). Bei den privaten medical schools gehört es nicht selten zu den Regeln der Vorauswahl, daß Kinder von alumni oder Fakultätsmitgliedern auf jeden Fall zu einem Interview geladen werden, ansonsten aber keinerlei Bonus erhalten. Politischer Druck ist bei den staatlichen medical schools eher anzutreffen als bei den privaten (der Vorsitzende eines admissions committee: "I get a lot of letters from senators and representatives"). Das im amerikanischen Universitätssystem hochentwickelte Spenden- und Stiftungswesen spielt bei privaten medical schools gelegentlich in die Studienplatzvergabe hinein. Da kann es schon einmal zu Differenzen zwischen dem admissions committee und dem financial committee kommen ("some schools give the dean 5 or 10 places").

o Sicherlich trifft es zu, daß in den USA kein verfassungsmäßig verbürgtes Grundrecht im Sinne von Artikel 12 des Grundgesetzes zusammen

mit einer der unseren vergleichbaren Rechtsprechung existiert. Dennoch darf der Einfluß der Rechtsprechung auf die Gestaltung der Interviews nicht unterschätzt werden. Der in den vergangenen Jahren gestiegene Anteil der medical schools, die strukturierte bzw. halbstandardisierte Interviews durchführen, die Erarbeitung von "handbooks" für die eigenen Interviewer mit deutlichen Warnhinweisen darauf, was aus juristischen Gründen nicht gefragt werden darf, sprechen hier eine klare Sprache.⁴ Im Juni 1978 gab es auch in den USA eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofes zu den Auswahlkriterien der medical schools, den sog. "Bakke-case".⁵ In dieser Entscheidung ging es um die Frage der Bevorzugung von Bewerbern aus rassischen und ethnischen Minderheiten (sog. "affirmative action"-Programme); der Supreme Court hat bestimmt, daß die Reservierung von besonderen Quoten für diese bevorzugten Gruppen "nicht mit dem Gleichheitsgrundsatz vereinbar sei, da dieses Verfahren die Studienbewerber nicht individuell, sondern nach ihrer Gruppenzugehörigkeit behandle" (Karpen 1980, S.115). Bakke, ein weißer Ingenieur, der erfolgreich - gegen die ablehnende Entscheidung der University of California Medical School geklagt hatte, sei "umgekehrt" diskrimi-

niert worden.

Es ist nun keineswegs so, daß die medical schools von Klagen überschwemmt wären. Die von mir besuchten 12 medical schools mußten ihre Auswahlpraxis allenfalls gelegentlich innerhalb der letzten Jahre vor sog. anti-discrimination courts verteidigen. Sie sind sich aber der juristischen Problematik - nicht zuletzt wegen der immensen Kosten im Falle einer Verurteilung - sehr klar bewußt.

o Das deutliche Nachlassen des Interesses am Medizinstudium in den USA - nicht zuletzt aufgrund der immensen finanziellen Belastung durch premedical und medical education, eine Belastung, die seit Ende der 70er Jahre sehr stark gestiegen ist⁶ - verleiht dem Aspekt des **Werbens um Studenten im Interview** eine größere Bedeutung. Ein erheblicher Teil der 51 privaten medical schools ist auf die hohen Studiengebühren angewiesen.⁷ Das Interview hat daher auch die Funktion, geeignete Studenten "einzuwerben". Für die medical school geht es dann in der Praxis nicht vorrangig um eine präzise Einschätzung von Motivation und Persönlichkeit der Bewerber. Die Erfüllung akademischer Mindeststandards, die allerdings häufig recht hoch sind, und ein nicht negativ auffallendes Persön-

lichkeitsbild in den Interviews vorausgesetzt, kommt es darauf an, die für geeignet gehaltenen Bewerber zur Annahme des Studienplatzes zu motivieren. Viele medical schools müssen 30 - 50 % mehr Zulassungen aussprechen als sie Studienplätze haben, damit zu Beginn des ersten Studienjahres alle vorhandenen Plätze besetzt sind. Ein Teil der Bewerber kann zwischen mehreren Zulassungsangeboten wählen. Dabei legen auch die Bewerber - vor allem bei den privaten medical schools - großen Wert darauf, sich vor Ort, durch die Interviews und durch weitere Gespräche mit Professoren und Studenten, ein möglichst genaues Bild von dem Ausbildungsangebot und den klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkten einer medical school zu machen.

3. Studentenaustausch

Während in der Bundesrepublik 6% der medizinischen Studienplätze für Ausländer reserviert bleiben, sind dies in den USA wesentlich weniger: Im Studienjahr 1983-84 waren von 16.480 Studienanfängern ganze 104 - das sind 0,6% - Ausländer; 1984-85 lag der Wert erneut bei 0,6% (AAMC 1984a und 1985a, S.21).⁸ Ein wichtiger Aspekt der Reise war darauf gerichtet, das Interesse der Ameri-

kaner an einer Aufnahme deutscher Studenten zu erkunden und über Möglichkeiten zur Intensivierung des Studentenaustausches zu sprechen. Hier gab es zwei für mich überraschende Erfahrungen:

o Es halten sich wesentlich mehr deutsche Medizinstudenten zu Ausbildungs- und Studienzwecken an amerikanischen medical schools auf als hierzulande bekannt ist. Unsere Studenten sind dabei in der Regel nicht immatrikuliert. Im Status von Gaststudenten nehmen sie zumeist an "clinical electives" teil, mehrwöchigen Ausbildungsabschnitten also, die für die amerikanischen Studenten überwiegend in ihrem letzten Studienjahr liegen. Die größte Überraschung bot hier die **University of Colorado**, die eine Liste mit **29 deutschen Studenten für die Jahre 1983-85** vorlegte!

o Das Interesse an einem regulären Studentenaustausch war bei einigen medical schools recht groß. Im Hintergrund stehen dabei unterschiedliche Motive:

- eine generelle Förderung internationaler Kontakte und Erfahrungen für die eigenen Studenten (so gehen etwa 25% der Studenten der Boston University im vierten Studienjahr ins Ausland),
- eine deutschfreundliche Einstellung aufgrund z.T. historischer fa-

miliärer Bindungen (z.B. Rush) und, - last not least, generell positive Erfahrungen mit deutschen Studenten (z.B. an der University of California).

Eine der 12 besuchten medical schools verfügt bereits über einen gut funktionierenden Studentenaustausch mit einer deutschen Universität (Tufts - Hannover); vier weitere wären zur Entwicklung eines regulären Austausches bereit. Die übrigen sind zumindest prinzipiell offen für deutsche Studenten, die an clinical electives teilnehmen wollen.

Die Amerikaner setzen allerdings voraus, daß sich die "vertragschließenden Parteien" zunächst kennenlernen und sich ein Bild von den vorhandenen Ausbildungsmöglichkeiten verschaffen. Als erstes müßten daher Vertreter der medical schools - in der Regel die deans oder ein associate dean - von deutscher Seite eingeladen werden.

Deutsche Medizinstudenten, mit denen wir an mehreren Orten Gespräche führen konnten, waren einerseits beeindruckt und fasziniert von der Intensität des Studiums in den USA und vom Stand der Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten der amerikanischen Studenten schon nach den beiden vorklinischen Jahren. Andererseits war keiner dazu bereit, das gesamte Medizinstudium in den

USA zu absolvieren; es wurde befürchtet, daß die persönliche Entwicklung zu kurz käme ("all they know is medicine, no travel experience, no foreign language, married to their career").

4. Studienreform

In den USA begann im Jahre 1981 eine auf etwa drei Jahre angelegte Untersuchung der Bildung zum Arzt unter dem Titel "The General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine" (Renschler 1983). 1984 wurde der Abschlußbericht "Physicians for the Twenty-First Century" - kurz "GPEP-report" genannt - vorgelegt (AAMC 1984b), der versucht, in fünf großen Bereichen wegweisende Empfehlungen zur Reform der Ärzteausbildung abzugeben:

- purposes of a general professional education,
- baccalaureate education,
- acquiring learning skills,
- clinical education,
- enhancing faculty involvement.

Die Reise sollte auch dazu dienen, über die Konsequenzen des "GPEP-Reports" Informationen zu sammeln. Erwartungsgemäß waren die Reaktionen sehr unterschiedlich. Zum einen wurden im Gespräch - auch von AAMC-Mitarbeitern - Skepsis und Unzufriedenheit darüber geäußert, daß die von einer Stiftung bereitge-

stellten drei Millionen Dollar nicht "besser angelegt" wurden, daß nicht mehr herauskam (der Report wurde als "too philosophical" bezeichnet). Es wurde kritisiert, daß zu wenig konkrete Vorschläge für Wege aus der Krise der Ärzteausbildung gemacht würden.

So betont der Report die Wichtigkeit der "ability to learn independent". Die mit Vorlesungen, Seminaren und Kursen verplante Zeit sollte reduziert, die individuell gestaltbare Zeit ausgeweitet werden.⁹ Wie ein Dekan sich drastisch artikuliert: "We are lecturing our students to death"; zu den Chancen einer nennenswerten Reduktion der verplanten Zeit fügte er hinzu: "Giving up some lectures is like pulling teeth".

Der "Executive Council" der AAMC hat im September 1985 eine im Tenor verhalten positive Stellungnahme mit deutlicher Kritik an einzelnen Empfehlungen verabschiedet (AAMC 1985b).

Als positive Folge des "GPEP-reports" ist auch zu werten, daß ein Modellprogramm zur Verbesserung der Methoden der klinischen Ausbildung - auch ihrer Erfolgskontrolle - von der AAMC durchgeführt wird.

Zu den positiven Reaktionen auf den Bericht ist auch zu zählen, daß er in vielen medical schools von den Dekanen als Diskussionsgrundlage genutzt wird, um für erforderlich

gehaltene Reformen einzuleiten bzw. zu stützen ("using the report as a stimulator of a dialogue").

Viele Gesprächspartner legten Wert auf die Feststellung, daß der GPEP-Report gleichsam eine vorhandene Zeitströmung zum Ausdruck bringe und verstärke; in den Fakultäten sei seit Ende der 70er Jahre eine Diskussion über die Zukunft der Ärzteausbildung und die Stellung der eigenen medical school in diesem Prozeß im Gange mit durchaus folgenreichen Entscheidungen (am deutlichsten öffentlich wahrgenommen wohl an Harvards "New Pathway"; Rush und North Carolina können hier als weitere Beispiele genannt werden).

5. Schluß

Viele unserer Gastgeber beschrieben die Gegenwart als eine Zeit beginnender Umwälzungen in der Gesundheitsversorgung und auch im Ausbildungsbereich; mehrfach wurde betont, daß die wohl größten Veränderungen seit mehr als 50 Jahren bevorstünden. In den letzten Jahren seien immer mehr "corporations" entstanden, die das Gesundheitswesen als einen Markt wie andere Märkte behandeln würden, der Mensch werde zum Produkt, dessen Vermarktung auch im Gesundheitswesen um sich greife. Dennoch verfügen - so

der Präsident der AAMC - nach wie vor 25 - 30 Millionen US-Bürger über keine angemessene medizinische Versorgung.

Anmerkungen

1. Dr.Scholz vom BMBW und ich
2. Mündliche Mitteilung des zuständigen "officers" der AAMC
3. Dieser Leitfaden orientiert sich an den "guides" der McMaster University oder dem der Michigan State University.
4. "!! REMEMBER!! APPLICANTS ARE PROTECTED BY FEDERAL NON-DISCRIMINATION LAWS IN THE AREAS OF RACE, RELIGION, SEX, MARITAL STATUS, HANDICAPS, OR AGE. QUESTIONS INTO THESE AREAS ARE INAPPROPRIATE AND CONSTITUTE AN INVASION OF PRIVACY." (aus einem "Interviewer - Manual")
5. vgl. dazu auch Brown (1983, S.57ff.) sowie die Arbeit von Karpfen (1980, S.113-18), die einen informativen verfassungsrechtlichen Vergleich der Regelungen zum Hochschulzugang zwischen der Bundesrepublik und den USA enthält.
6. Die Schuldensumme, mit Zins und Zinseszins bei 25jähriger Laufzeit, kann sich bei Studienende auf bis zu 200.000 Dollar summieren!
7. Als Beispiele privater medical schools seien genannt: die Boston University mit 15.800 Dollar "tuition", Tufts University mit

15.425 und Northwestern mit 13.815 Dollar pro Jahr; Beispiele staatlicher medical schools: Louisiana State: 2.200, University of California, Los Angeles: 1.344 bzw. - für US-Bürger außerhalb von Kalifornien - 4.908 Dollar (AAMC 1985a).

8. vgl. dazu auch Renschler 1984

9. In 40% der medical schools sind in der Vorklinik 30 oder mehr wöchentliche Pflichtstunden vorgeschrieben, in 9% sogar 35-40 Stunden.

Literatur

Association of American Medical Colleges 1984a: Medical school admission requirements 1985 - 1986. Washington, D.C.

Association of American Medical Colleges 1984b: Physicians for the twenty-first century. Report of the project panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. Journal of Medical Education, 59, Part 2

Association of American Medical Colleges 1985a: Medical school admission requirements 1986 - 87. Washington, D.C.

Association of American Medical Colleges 1985b: Commentary on the GPEP Report. Adopted by the Executive Council of the AAMC, Sept. 12, 1985. Washington, D.C.

Brown, S.J. 1983: Getting into medical school. The premedical student's guidebook. Woodbury, New York

Karpen, U. 1980: Verfassungsrechtliche Fragen des Hochschulzuges in der Bundesrepublik Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika.

In: Perkins, J.A. & Burn, B.B. (Hrsg.): Hochschulzugang in den USA und der Bundesrepublik Deutschland, S. 97-139. Göttingen

Renschler, H.E. 1983: Der Verband der amerikanischen Medizinschulen und seine Aktivitäten. In: Protokoll des Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland am 3. und 4. Juni 1983 in Göttingen, S.107-125

Renschler, H.E. 1984: Progress in science through exchange of students. Bonn (masch. vervielf.)

Dr. R. Lohötter

Didaktik der Medizin

Fachbereich Humanmedizin

Theodor-Stern-Kai 7, D 6000 Frankfurt 70