

## **„Masterplan Medizinstudium 2020“**

Die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ist anspruchsvoll und erfolgt auf hohem Niveau. Sie hat auch international einen guten Ruf. Die Attraktivität des Medizinstudiums für angehende Studentinnen und Studenten ist ungebrochen; die Zahl der Bewerbungen um einen Studienplatz der Medizin übersteigt seit Jahren das Angebot. Das Ziel der Ausbildung sind wissenschaftlich und praktisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt sind.<sup>1</sup>

Mit dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ stellen wir die Weichen für die Ausbildung der nächsten Medizinergenerationen, die den Herausforderungen einer Gesellschaft des längeren Lebens<sup>2</sup> gerecht werden kann. Dabei greifen wir die Erfahrungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums aus den Modellstudiengängen auf, berücksichtigen die Empfehlungen insbesondere des Wissenschaftsrates und des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sowie die zahlreichen Stellungnahmen und Anregungen, die die verschiedenen Verbände im Rahmen der Erarbeitung des Masterplans abgegeben haben und knüpfen an den Gemeinsamen Bericht der Gesundheitsministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz „Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen“ an.

Der Masterplan sieht Veränderungen bei der Studienstruktur und den Ausbildungsinhalten vor. Die Lehre richten wir künftig an der Vermittlung arztbezogener Kompetenzen aus. In der Ausbildung soll frühzeitig die konsequente Orientierung am Patienten und seinen Bedürfnissen erlernt und eingeübt werden. Dies erfordert die Konzentration auf wesentliche Lernziele und -inhalte, ein noch stärker fachübergreifendes Zusammenwirken und wird Veränderungen von der Auswahl der Studierenden bis hin zu den Prüfungen mit sich bringen.

Der Vermittlung wissenschaftlichen Arbeitens wird ein größerer Stellenwert eingeräumt, indem der routinierte Umgang mit wissenschaftlichen Konzepten und Methoden bereits während der Ausbildung systematischer vermittelt wird. Dies liegt im Interesse der Patientinnen und Patienten an einer Behandlung nach dem neuesten Stand der medizinischen Forschung und ist zugleich ein Beitrag zur Sicherung des Wissenschaftsstandorts Deutschland.

Unser besonderes Augenmerk gilt der Arzt-Patienten-Kommunikation, die maßgeblich die Arzt-Patienten-Beziehung, den Behandlungserfolg und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten beeinflusst. Aber auch die Zusammenarbeit mit mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen - etwa bei der Begleitung mehrfach und chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten - und mit Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe wird noch stärkeres Gewicht erhalten. Kompetenzen in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie in

---

<sup>1</sup> Siehe § 1 Absatz 1 Satz 1 der Approbationsordnung für Ärzte.

<sup>2</sup> Siehe dazu Robert Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS, November 2015.

der ambulanten Patientenversorgung, die aufgrund des medizinischen Fortschritts einen immer größeren Raum einnehmen, müssen auch praktisch eingeübt werden.

Mit der Stärkung der Allgemeinmedizin in Studium und Forschung wollen wir erreichen, dass der bereits von zahlreichen medizinischen Hochschulen in Kooperation mit hausärztlich ausgerichteten Praxen eingeschlagene Weg konsequent und nachhaltig fortgesetzt wird. Die Allgemeinmedizin muss im Studium den Stellenwert erhalten, der ihr auch in der Versorgung zukommt. Studierende lernen hier die Aufgaben und Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätigkeit kennen. Dies ist ein zentrales Element, um bei immer komplexer werdendem Versorgungsgeschehen und zunehmender Spezialisierung die erforderliche patientenorientierte Koordination zwischen den Disziplinen zu verbessern.

Mit dem Masterplan soll die Zulassung zum Medizinstudium stärker auf die Anforderungen an ärztliche Tätigkeiten ausgerichtet werden; sozialen, kommunikativen Kompetenzen und einer besonderen Motivation für das Medizinstudium werden wir stärkeres Gewicht verleihen. Daher sollen die Hochschulen bei der Studierendenauswahl neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Auswahlkriterien zugrunde legen.

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten, insbesondere ländlichen Regionen wurden in den vergangenen Jahren auf Ebene des Bundes, der Länder, der Kommunen und der ärztlichen Selbstverwaltung zahlreiche gesetzliche und untergesetzliche Maßnahmen ergriffen, die insbesondere an den Rahmenbedingungen der Berufsausübung ansetzen und die Motivation zur Niederlassung erhöhen. Gleichwohl besteht in diesen Regionen absehbar Bedarf insbesondere an hausärztlichem Nachwuchs. Deshalb sind die genannten Anstrengungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung weiterzuführen und zu intensivieren. Die Maßnahmen des Masterplans sollen einen zusätzlichen Beitrag leisten.

Studierende, die an einer staatlichen Hochschule in Deutschland ein Medizinstudium aufnehmen, werden dieses bei entsprechenden Leistungen in jedem Fall bis zur Approbation fortführen können. Die kapazitären Auswirkungen der Neustrukturierung des Studiums werden wir parallel zur Umsetzung des Masterplans ermitteln. Wir gehen davon aus, dass sie allenfalls zu einem moderaten Aufwuchs der Zahl der Studienplätze führen werden.

Das Medizinstudium ist nicht nur durch Bundes- und Landesrecht geprägt, vielmehr gewährt die mit Verfassungsrang ausgestattete Freiheit von Wissenschaft, Forschung und Lehre den Hochschulen hier weitreichende Spielräume. Wir sind überzeugt, dass die Hochschulen diese Spielräume eigenverantwortlich und verantwortungsvoll ausschöpfen.

Wir verpflichten uns, die Maßnahmen des Masterplans soweit wie möglich mit den gegebenen Mitteln und Ressourcen umzusetzen. Der zusätzliche Finanzbedarf der Fachressorts zur Umsetzung des Masterplans ist erst nach der Ermittlung der finanziellen und kapazitären Auswirkungen der Neustrukturierung des Studiums<sup>3</sup> bestimmbar. Die vollständige Umsetzung des Masterplans steht unter Haushaltsvorbehalt.

---

<sup>3</sup> Entspricht Ziffer 12 des Masterplans.

## Neustrukturierung des Medizinstudiums

Die Herausforderungen an die nächsten Medizinergenerationen müssen sich in den Ausbildungs- und Prüfungsinhalten widerspiegeln. Ziel ist: Die Studierenden erwerben von Anfang an arztrelevante Kompetenzen, kommen stärker mit Patientinnen und Patienten in Berührung und erfahren die klinische Praxis früher. Sie können gut mit Patientinnen und Patienten kommunizieren und mit den Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens effektiv zusammenarbeiten. Künftige Ärztinnen und Ärzte sind zudem besser und effektiver in der Lage, mit aktuellen Forschungsergebnissen umzugehen und diese in der alltäglichen Versorgungspraxis anzuwenden. Wir brauchen aber auch Ärztinnen und Ärzte, die sich in der klinischen Forschung engagieren, um Prävention, Diagnostik, Therapie, Versorgung und Rehabilitation weiter zu verbessern.

Es besteht daher die Notwendigkeit, die Studieninhalte neu auszurichten, die Prüfungsinhalte neu zu fokussieren und zu einer Neuverteilung des Lehrstoffes zu kommen. Im Masterplan werden hierzu Maßnahmen aufgeführt, die auch zu einer Reduzierung des Lehrstoffes führen werden. Dies wird mittelfristig Auswirkungen auf die Inhalte der Weiterbildung haben.

### 1. Kompetenzorientierte Ausbildung

Das Studium der Humanmedizin muss mehreren Dimensionen Rechnung tragen bzw. Anforderungen gerecht werden. Ein Studium, das in der Lehre überwiegend auf eine reine Wissensvermittlung abzielt, griffe deshalb zu kurz. Erforderlich ist vielmehr eine an den künftigen ärztlichen Aufgaben und den dafür notwendigen Kompetenzen orientierte Ausbildung, die es den Studierenden ermöglicht, neben Wissen auch Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen zu erwerben. Das soll vor allem fächerübergreifend erfolgen, um der Komplexität von Gesundheit und der Entstehung von Krankheit Rechnung zu tragen. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) <sup>4</sup> weist den Weg zu einer solchen Ausbildung, die kompetenzorientiert und wissenschaftlich auf die künftigen Rollen als Ärztin bzw. Arzt vorbereitend ausgerichtet ist. Durch die konsequente kompetenzorientierte Ausrichtung des Medizinstudiums erreichen wir eine Neuausrichtung des Lernprozesses auf die Ziele der ärztlichen Ausbildung wie sie bereits in der Approbationsordnung für Ärzte dargelegt sind.

Die Befähigung zum wissenschaftlichen Arbeiten werden wir weiter stärken. Der wissenschaftliche Fortschritt eröffnet neue diagnostische und therapeutische Optionen. Ärztinnen und Ärzte müssen im Stande sein, das eigene Handeln vor den Hintergrund neuer

---

<sup>4</sup> Den NKML hat der Medizinische Fakultätentag zusammen mit der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung unter Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern aus medizinischen Fachgesellschaften und der Medizinstudierenden, Organisationen der Selbstverwaltung, zuständigen Ministerien und Behörden sowie Wissenschaftsorganisationen erarbeitet. Er wurde auf der Mitgliederversammlung des 76. Ordentlichen Medizinischen Fakultätentages am 4. Juni 2015 verabschiedet.  
<http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht>

medizinischer Erkenntnisse fortwährend zu prüfen. Daher muss das Studium auch wissenschaftliche Kompetenzen vermitteln, um den Arztberuf verantwortungsvoll ausüben zu können. Der routinierte Umgang mit wissenschaftlichen Konzepten, Methoden und Befunden muss deshalb bereits während der Ausbildung strukturiert vermittelt werden.

Ein besonderes Augenmerk des Masterplanes gilt auch der Arzt-Patienten-Kommunikation, die maßgeblich die Arzt-Patienten-Beziehung, den Behandlungserfolg und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten beeinflusst. Im Studium müssen daher die Grundlagen für eine gute ärztliche Gesprächsführung als zentrales Element in der ärztlichen Tätigkeit gelegt werden. Entsprechende kommunikative Kompetenzen können nachweislich verbessert werden, wenn sie möglichst früh ausgebildet und dann kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Die medizinischen Versorgungsprozesse werden immer komplexer. In Zukunft wird daher die arbeitsteilige Zusammenarbeit mit mitbehandelnden bzw. hinzuzuziehenden Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen und mit Angehörigen der anderen Gesundheitsberufe einschließlich der Pflegeberufe eine noch stärkere Rolle spielen als bisher. Die Arbeit in multiprofessionellen Teams oder bei der Fallbegleitung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen lässt sich in gemeinsamer Ausbildung besser erlernen.

Veränderungen in der ärztlichen Ausbildung bedürfen medizindidaktischer, methodischer und organisatorischer Begleitung. Wir werden deshalb künftig untersuchen, welche Lehrformate in welchen Kontexten welche Effekte mit sich bringen.

Wir werden folgende Maßnahmen umsetzen:

- <1> Die ärztliche Ausbildung wird kompetenzorientiert ausgestaltet. Dazu wird der NKLM weiterentwickelt.
- <2> Zur Weiterentwicklung des NKLM wird eine Kommission eingerichtet. In dieser Kommission sind Bund und Länder (Wissenschafts- und Gesundheitsseite), IMPP, MFT und GMA vertreten. Insbesondere BÄK, KBV, BZÄK, KZBV und AMWF sind aktiv zu beteiligen. Die Kommission erhält eine Geschäftsstelle.
- <3> Wir begrüßen, dass medizinische Fakultäten die Curricula am NKLM ausrichten. Die dabei gewonnenen Erfahrungen sollen in den Weiterentwicklungsprozess des NKLM einfließen.
- <4> Der weiterentwickelte NKLM wird verbindlicher Bestandteil der Approbationsordnung für Ärzte.
- <5> Die Studien- und Prüfungsinhalte werden künftig stärker auf die wesentlichen Lernziele fokussiert. Wir erwarten, dass die Hochschulen in ihren Curricula die Studieninhalte besser aufeinander abstimmen und Redundanzen vermeiden.
- <6> Das IMPP wird bei der Überarbeitung der Gegenstandskataloge die bisherigen Prüfungsinhalte reduzieren und den neuen Lernzielen anpassen, einen größeren Praxisbezug herbeiführen und allgemeinmedizinische Inhalte stärker in den Fokus nehmen.

- <7> Wir erwarten, dass die Hochschulen aufbauend auf den gemachten Erfahrungen gemeinsame Lehrveranstaltungen mit Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsfachberufe verstärkt in ihre Curricula aufnehmen.
- <8> Anknüpfend an die Vorgaben der Approbationsordnung für Ärzte, die die ärztliche Gesprächsführung ausdrücklich als Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Inhalt der abschließenden Staatsprüfung vorgibt, und an die im NKLM hierzu entwickelten Lernziele, unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Erwerb kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Ausbildung. Ziel ist, das Mustercurriculum „Nationales longitudinales Kommunikationscurriculum in der Medizin“ in den Curricula der Hochschulen umzusetzen und spezielle Prüfungsformate hierfür zu entwickeln.
- <9> Die Anzahl der im Studium zu erbringenden Leistungsnachweise für Fächer und Querschnittsbereiche und die Notenpflicht werden überprüft.
- <10> Zur strukturierten Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenzen wird künftig ein Leistungsnachweis vorgegeben. Grundlage dafür sind die Empfehlungen des Wissenschaftsrates.
- <11> Vor dem Hintergrund der mit dem Masterplan getroffenen Maßnahmen wird die bisherige Modellklausel überprüft und ggfs. neu ausgestaltet, um die ärztliche Ausbildung gezielt weiterentwickeln zu können.
- <12> Bei der Neustrukturierung des Studiums werden parallel die finanziellen und kapazitären Auswirkungen ermittelt.
- <13 > Dieser Masterplan enthält zahlreiche konkrete Maßnahmen, die zu gravierenden strukturellen Veränderungen des künftigen Studiums der Humanmedizin an deutschen Hochschulen führen werden. Der Masterplan verzichtet zum gegenwärtigen Zeitpunkt darauf, die Forderung nach einer generellen Erhöhung der Studienplatzkapazität aufzugreifen. Er begrüßt die Aktivitäten einzelner Länder, zusätzlich zu den Maßnahmen des Masterplanes an ausgewählten Hochschulen neue oder zusätzliche Kapazitäten für Studienanfängerinnen und –anfänger der Humanmedizin zu schaffen. Wir vereinbaren, diese Entwicklung zu beobachten insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen der Maßnahmen der Gesundheitspolitik auf die Zahl der angehenden Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin. Dazu wird eine Arbeitsgruppe von GMK und KMK eingesetzt, die regelmäßig GMK und KMK berichtet und hierbei auch die Frage der notwendigen Studienplatzkapazitäten berücksichtigt. Hierzu wird die Arbeitsgruppe erstmals im Jahr 2020 berichten.

## 2. Praxisnahe Ausbildung

In der Ausbildung soll frühzeitig die konsequente Orientierung am Patienten und seinen Bedürfnissen erlernt und eingeübt werden. Auf diese Weise wird der medizinische Nachwuchs so gut wie möglich auf die Anforderungen in der ärztlichen Tätigkeit vorbereitet.

Da sich die ärztliche Versorgung zunehmend von dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert, müssen wir diese Entwicklung auch für die ärztliche Ausbildung nachvollziehen. Die angehenden Ärztinnen und Ärzte sollen deshalb neben den bisher im Mittelpunkt der Ausbildung stehenden hochspezialisierten Fällen an den Universitätskliniken auch ganz alltägliche Erkrankungen in der ambulanten und stationären Praxis kennenlernen.

Wir werden folgende Maßnahmen umsetzen:

- <14> In Zukunft werden klinische und theoretische Inhalte vom ersten Semester an und bis zum Ende der Ausbildung miteinander verknüpft. Teilstudienplätze gehören damit der Vergangenheit an.
- <15> Lehrpraxen werden verstärkt in die ärztliche Ausbildung einbezogen. Um ein ausreichendes Netz an Lehrpraxen aufzubauen, werden die medizinischen Fakultäten neue Praxen rekrutieren und Lehrärztinnen und Lehrärzte qualifizieren. Wir erwarten, dass Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sowie die ärztlichen Berufsverbände dies unterstützen. Die Ausbildung selbst steht weiterhin unter der Aufsicht der medizinischen Fakultäten.

## 3. Allgemeinmedizin in der Ausbildung stärken

Die Allgemeinmedizin muss in der Ausbildung den Stellenwert erhalten, der ihr in der Versorgung zukommt. Aufbauend auf der positiven Entwicklung der letzten Jahre werden wir die Allgemeinmedizin an den Hochschulen weiter stärken. Dadurch kann zum einen ein größeres Interesse am Fach Allgemeinmedizin geweckt und mehr allgemeinmedizinischer Nachwuchs für die flächendeckende Versorgung gewonnen werden. Zum anderen erreichen wir mit den Maßnahmen des Masterplans, dass auch zukünftige andere Fachärztinnen und Fachärzte in Klinik und Niederlassung Aufgaben und Herausforderungen hausärztlicher Tätigkeit kennenlernen. Damit werden bei einem immer komplexer werdenden Versorgungsgeschehen und zunehmender Spezialisierung auch bessere Grundlagen für die erforderliche patientenorientierte Kooperation und Koordination zwischen den Disziplinen geschaffen. Strategien zur Langzeitversorgung chronisch Kranker, der Umgang mit Multimorbidität, gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen, Hausbesuche, Familienmedizin und die Versorgung in Alten- und Pflegeheimen können nur in der Allgemeinmedizin vermittelt werden. Allgemeinmedizin ist damit für alle Studierenden wichtig.

Wir werden folgende Maßnahmen umsetzen:

- <16> Es wird vorgegeben, dass alle Studierenden im Staatsexamen am Ende ihres Studiums in der Allgemeinmedizin geprüft werden.
- <17.1> Die Struktur des PJ wird von Tertialen auf Quartale und damit auf vier Ausbildungsabschnitte von je 12 Wochen umgestellt. Die Ausbildungsabschnitte in der Inneren Medizin und in der Chirurgie werden als Pflichtquartale beibehalten. Sie werden durch zwei Wahlquartale in anderen klinisch-praktischen Fachgebieten (Wahlfächer) ergänzt, von denen mindestens eines im ambulanten vertragsärztlichen Bereich zu absolvieren ist. Sofern ein Wahlquartal in der Allgemeinmedizin absolviert wird, wird das zweite Wahlfach viertes Prüfungsfach. Sofern keines der beiden Wahlquartale in der Allgemeinmedizin absolviert wird, wird eines der Wahlfächer am Ende des PJ durch die nach Landesrecht zuständige Stelle (Landesprüfungsamt) per Losentscheid zum vierten Prüfungsfach (neben der Chirurgie, der Inneren Medizin und der Allgemeinmedizin) bestimmt.  
<17.2> Es wird überprüft, auf welche Weise die Arbeits- und Lernbedingungen für die Studierenden im Rahmen des neu ausgestalteten Praktischen Jahres verbessert werden können, z. B. durch die Vorgabe verbindlicher Lernzeiten.
- <18> Der longitudinale Aufbau der allgemeinmedizinischen Lehrveranstaltungen wird im Medizinstudium verankert durch z.B. regelmäßig wiederkehrende Hospitationen in allgemeinmedizinischen Praxen von Beginn des Medizinstudiums an, durch die Ableistung eines Praktikums in der hausärztlichen Versorgung - bevorzugt in ländlichen Regionen - oder durch andere Formen wie z.B. „Landarzt-Track“, „Landpartie“, „Klasse für Allgemeinmedizin“ usw.. Wir erwarten, dass die medizinischen Fakultäten dies durch von ihnen initiierte Mentoring-Programme unterstützen, an denen sich u.a. auch Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und Kommunen beteiligen können. Das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin wird beibehalten.
- <19> Als Folge der mit dem Masterplan ergriffenen Maßnahmen kann die Verpflichtung entfallen, einen Teil der viermonatigen Famulatur in einer hausärztlichen Praxis zu absolvieren.
- <20> Wir erwarten, dass die medizinischen Fakultäten das Fach Allgemeinmedizin für Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner attraktiver gestalten und schon in der Ausbildung stärker in den Fokus rücken. Die Länder nutzen vorhandene Gestaltungsspielräume, z.B. bei den Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit den Universitäten.
- < 21> An allen hochschulmedizinischen Standorten soll die allgemeinmedizinische Ausbildung wissenschaftlich qualifiziert angeboten werden. Dazu wird das Ziel verfolgt, an den medizinischen Hochschulen Lehrstühle für Allgemeinmedizin zu errichten. So wird die Attraktivität des Faches Allgemeinmedizin für Studierende erhöht und werden die Hochschulen bei der Stärkung ihrer Profilierung in der Allgemeinmedizin unterstützt.

- <22> Das BMBF wird einen Impuls zur weiteren Stärkung der Allgemeinmedizin in der Forschung durch die Förderung einer nachhaltigen Netzwerkstruktur von Forschungspraxen geben. Dadurch soll eine stabile Infrastruktur für die allgemeinmedizinische Forschung in Deutschland geschaffen werden, durch die auch klinische Studien patientenorientiert, effizient und den methodischen Standards entsprechend durchgeführt werden können.

#### 4. Praxisnahe Prüfungen

Den Paradigmenwechsel in der ärztlichen Ausbildung hin zum kompetenzbasierten Lernen vollziehen wir auch in den Prüfungen nach. Im Rahmen einer jeden Ausbildung kommt den Prüfungen als zentrales Steuerungselement eine entscheidende Rolle zu. Prüfungen sind motivationssteigernd, geben eine klare Richtung vor und fördern das Lernen. Ablauf, Inhalt und Form der Prüfungen müssen standardisiert und aufeinander abgestimmt sein.

Durch einheitliche, vom IMPP gestaltete, staatliche Prüfungen heben wir zugleich Unterschiede zwischen den derzeitigen Regel- und Modellstudiengängen auf und stellen die Vergleichbarkeit der Leistungsstandards an den verschiedenen Fakultäten wieder her. Außerdem erleichtern wir für die Studierenden die Mobilität im Inland.

Wir werden folgende Maßnahmen umsetzen:

- Das Studium umfasst die Ärztliche Prüfung, die in drei Abschnitten abzulegen ist.
  - <23> Nach dem ersten Studienabschnitt wird eine einheitliche staatliche Prüfung vorgegeben. Diese besteht aus einem schriftlichen (nach vier Semestern) und einem mündlich-praktischen Teil (nach sechs Semestern). Der mündlich-praktische Teil wird ggfs. als eine strukturierte klinisch-praktische Prüfung im Sinne des Prüfungsformats „Objective Structured Clinical Examination“ (OSCE) durchgeführt.
  - <24.1> Für den zweiten, schriftlichen Abschnitt der Staatsprüfung wird das IMPP entsprechend der Umstrukturierung der Ausbildung den bisher faktenorientierten Gegenstandskatalog in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Fakultätentag überarbeiten. Der NKLM bietet dafür in großen Teilen eine geeignete Ausgangsbasis.  
<24.2> Mittelfristig soll die Durchführung des schriftlichen Teils des Staatsexamens mit elektronischer Unterstützung stattfinden, da dies das Spektrum von kompetenzorientierten schriftlichen Prüfungsformaten deutlich erweitert.
  - <25> Die dritte staatliche Prüfung am Ende des Studiums beinhaltet wie bisher die Prüfung am Patientenbett. Dabei werden Anamnese und körperliche Untersuchung nun unter Aufsicht der Prüferinnen und Prüfer erfolgen und mittels standardisierter Checklisten bewertet. Der bisherige zweite Prüfungstag in der abschließenden staatlichen Prüfung wird zu einem OSCE umgestaltet. Die Fragestellungen



erstrecken sich ausschließlich auf die Innere Medizin, die Chirurgie, die Allgemeinmedizin und das Wahlfach.

- <26> Zusätzlich wird zwischen dem mündlichen Teil des ersten und dem zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung ein universitärer Leistungsnachweis in Form einer „Objective Structured Clinical Examination“ (OSCE) zum Beleg der klinisch-praktischen Fähigkeiten eingeführt.
- <27> Das IMPP entwickelt für die Ein- und Durchführung der OSCE-Prüfungen in der Ärztlichen Prüfung verbindlichen Vorgaben; dies beinhaltet auch die Standardisierung der mündlich-praktischen Prüfung am Patientenbett und Vorgaben zur Prüferqualifizierung.
- <28> Wir erwarten, dass die Universitäten diese Vorgaben in der Qualifizierung und Fortbildung der Lehrenden sowie der Prüferinnen und Prüfer nachvollziehen.
- <29> Ergänzend sind die Hochschulen aufgefordert, neue kompetenzorientierte Lehr- und Prüfungsformate zu erproben und weiterzuentwickeln.

### **Zulassung zum Studium**

Das Interesse am Medizinstudium ist ungebrochen, denn der Arztberuf ist unverändert attraktiv. Doch der hohen Zahl an Bewerberinnen und Bewerbern steht eine beschränkte Anzahl an Studienplätzen der Humanmedizin gegenüber. Ziel des Zulassungsverfahrens ist es, die Bewerberinnen und Bewerber zum Medizinstudium zuzulassen, die die beste Aussicht dafür bieten, gute Ärztinnen und Ärzte insbesondere in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu werden oder in der Wissenschaft und Forschung erfolgreich tätig zu sein. Daneben muss das Auswahlverfahren auch gewährleisten, dass die zum Medizinstudium zugelassenen Bewerberinnen und Bewerber eine gute Aussicht haben, das Studium erfolgreich zu absolvieren.

Die Zulassung zum Studium der Humanmedizin ist von rechtlichen Rahmenbedingungen geprägt. Die Gesetzgebung und die Rechtsprechung wurden im Wechselspiel in den letzten Jahrzehnten immer weiter ausdifferenziert und weiterentwickelt. Dabei geht es um die Entfaltung des Grundrechts der Berufswahlfreiheit und der freien Wahl der Ausbildungsstätte im Verhältnis zu anderen Allgemeinwohlbelangen.

Unter den verfassungsrechtlich legitimierten Auswahlkriterien sticht die Abiturnote heraus. Sie gewährleistet nicht nur einen für alle Beteiligten rechtssicheren und planbaren Weg zum Studium. Studien zeigen eine Korrelation zwischen Abiturnoten und späterem Studienerfolg. Die Abiturnote erlaubt aber keine Aussage über die Eignung und Bereitschaft für eine spätere Tätigkeit in der kurativen Versorgung. Der Studienerfolg ist gleichwohl ein wichtiges Kriterium gerade für Medizin als einem der teuersten Studiengänge, weil die Gesellschaft ein berechtigtes Interesse daran hat, dass der finanzielle Aufwand nicht ins Leere läuft und im Ergebnis der

Gesellschaft auch Ärzte zur Verfügung stehen. Daher wird die Abiturnote auch weiterhin ein wichtiges Auswahlkriterium im Zulassungsverfahren bleiben, ihr Gewicht relativiert sich an der Anzahl zusätzlicher Kriterien.<sup>5</sup> So sollen u.a. auch soziale und kommunikative Kompetenzen sowie einschlägige Berufserfahrung im Auswahlverfahren künftig stärkeres Gewicht haben.

Der größte Teil der Studienplätze wird über das Auswahlverfahren der Hochschulen vergeben (60 %). Dieses Auswahlverfahren werden wir stärker auf solche Fähigkeiten ausrichten, die für die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte wichtig sind.

Wir werden folgende Maßnahmen umsetzen:

- <30> Das Hochschulzulassungsrecht wird dahingehend verändert, dass die Hochschulen in ihren Auswahlverfahren neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Auswahlkriterien anwenden. Diese sollen insbesondere die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten sowie die Leistungsbereitschaft der Studienbewerberinnen und –bewerber einbeziehen. Weiterhin soll eine Ausbildung oder Tätigkeit in medizinischen Berufen stärker gewichtet werden. Auch andere Erfahrungen im Rahmen von Studien-, Ausbildungs- oder Praxiszeiten im Gesundheits- und/oder Pflegebereich bzw. durch ehrenamtliches Engagement in einem medizinnahen Bereich sollen als Nachweis einer besonderen Motivation für den Arztberuf berücksichtigt werden. Zur Einschätzung arztrelevanter Kompetenzen empfiehlt sich der Einsatz von Studierfähigkeitstests und Auswahlgesprächen. Die Hochschulen sollen ihre Auswahlkriterien entsprechend ihrem Profil in Forschung und Lehre aus der gesamten Bandbreite der möglichen Kriterien wählen.
- <31.1> Die Hochschulen sollen bei der Anpassung ihrer Auswahlverfahren unterstützt und die Analyse, Evaluation und Weiterentwicklung bereits bestehender Auswahlverfahren gefördert werden. Damit sollen alle Hochschulen in die Lage versetzt werden, die sowohl für die Studienplatzbewerberinnen und –bewerber als auch für die Universitäten geeignetsten Auswahlkriterien und –verfahren zu identifizieren und anzuwenden.  
<31.2> Das BMBF wird geeignete Vorhaben zur Begleitforschung für den Erfolg von kompetenzbezogenen Auswahlverfahren der Hochschulen fördern.
- <32> Die Wissenschafts- und Gesundheitsressorts von Bund und Länder vereinbaren, nach dem zu erwartenden Urteils des Bundesverfassungsgerichtes zur Bedeutung der Wartezeit für die Auswahl der Studienplatzbewerberinnen und -bewerber zeitnah gemeinsam die Frage zu erörtern, welche Konsequenzen das Urteil z.B. auf eine
  - Erhöhung der Wartezeitenquote,
  - Gleichstellung von Ausbildungszeiten und Studienzeiten,

---

<sup>5</sup> Nach § 32 Absatz 3 Satz 2 des Hochschulrahmengesetzes und Art. 10 Absatz 1 Satz 2 des Staatsvertrages über die Errichtung einer gemeinsamen Einrichtung für Hochschulzulassung muss bei der Auswahlentscheidung dem Grad der Qualifikation, d.h. der Abiturnote, ein **maßgeblicher Einfluss** gegeben werden. Davon weicht Art. 7 Absatz 1 Satz 2 i.V.m. Art. 5 Absatz 5 Satz 4 des Gesetzes über die Hochschulzulassung in Bayern ab. Hiernach muss der Durchschnittsnote der Hochschulzugangsberechtigung **überwiegende Bedeutung** zugemessen werden. Das Gewicht der Abiturnote relativiert sich damit nicht, wenn zusätzliche Kriterien hinzukommen.

- Privilegierung medizinischer Ausbildungs- und Studienzeiten bei der Wartezeit und
  - Anrechnung von Wartezeit als Boni auf die Abiturnote
- haben wird.

### **Mehr Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung**

Der demographische Wandel ist in den ländlichen Regionen besonders spürbar. Immer mehr Landarztpraxen müssen schließen, weil immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte bereit sind, dort eine Praxis zu übernehmen. Zugleich ist der Wunsch der Menschen unverändert, sich bei Gesundheitsfragen zuerst an ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt zu wenden – und dies möglichst wohnortnah. Gerade in den ländlichen Regionen betreut eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt nicht selten die Familien über Generationen hinweg und kennt ihre bzw. seine Patientinnen und Patienten von Kindesbeinen an. Es ist daher eine gemeinsame Aufgabe mehr Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land zu gewinnen. Die Erfahrung zeigt, wenn Studierende der Humanmedizin bereits frühzeitig im Studium und in der Ausbildung fortlaufend Erfahrungen mit der ärztlichen Tätigkeit in ländlichen Regionen sammeln können, steigt die Bereitschaft, als fertig ausgebildete Ärztin bzw. Arzt dort tätig zu werden, deutlich an. Bei Studentinnen und Studenten, die ursprünglich selbst aus ländlichen Regionen stammen, liegt diese Bereitschaft oft nochmals höher.

Wir werden folgende Maßnahmen umsetzen:

- <33> Wir erwarten, dass die Hochschulen stärker als bisher von der Möglichkeit der Approbationsordnung für Ärzte Gebrauch machen und ihre Gestaltungsspielräume nutzen, um mehr Lehrkrankenhäuser auch im ländlichen Raum dauerhaft einzubinden.
- <34.1> Die Hochschulen haben bei der Auswahl der Lehrpraxen einer angemessenen regionalen Verteilung Rechnung zu tragen.  
<34.2> Es wird unter Berücksichtigung vorhandener Projekte nach weiteren geeigneten Mitteln gesucht, z.B. im Rahmen der Strukturfonds, um den zu großen finanziellen Belastungen der Studierenden durch zusätzliche Fahrt- und Unterkunftskosten, die im Einzelfall mit Ausbildungsabschnitten im ländlichen Raum einhergehen, entgegenzuwirken.
- <35> Wir begrüßen studienbegleitende Angebote zum aktiven Kennenlernen des Berufsalltages niedergelassener Ärztinnen und Ärzte.
- <36.1> Das BMG wird eine Informationsplattform initiieren, um den Bekanntheitsgrad und die Information über bereits bestehende Ausbildungsmodelle und die vielfältigen finanziellen Fördermaßnahmen bei den Hochschulen und den Studierenden zu steigern. Dies schließt auch Angebote ein, deren Ziel es ist, den finanziellen Belastungen von Studierenden durch zusätzliche Fahrt- und Unterkunftskosten, die im Einzelfall mit Ausbildungsabschnitten im ländlichen Raum einhergehen, entgegenzuwirken.

<36.2> Wir erwarten von den Hochschulen, dass sie ihre Studierenden der Humanmedizin verstärkt und fortlaufend über die von ihnen angebotenen Ausbildungsmodelle und Kooperationen mit Lehrpraxen und Lehrkrankenhäuser im ländlichen Raum informieren.

- <37> Zur Gewinnung von Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung werden die Verfahren der Zulassung zum Medizinstudium in der Weise weiterentwickelt und erprobt, dass die ärztliche Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen spürbar verbessert wird. In diesem Zusammenhang wird unverzüglich in der Vergabeverordnung der Stiftung für Hochschulzulassung die Möglichkeit eröffnet, bis zu 10 % der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in den oben genannten Regionen oder Planungsbereichen tätig zu sein. Hierbei sind die fachliche Eignung und Motivation zur hausärztlichen Tätigkeit in besonderen Auswahlverfahren zu überprüfen. Die eingegangene Verpflichtung wird mit wirksamen Sanktionen abgesichert.

Berlin, den 31. März 2017