



---

# Die Bachelor/Master-Struktur in der Medizin

**Die Perspektive der Medizinstudierenden**



© 2007 bvmd

Um eine gute Lesbarkeit des Textes zu gewährleisten, wird in diesem Manuskript darauf verzichtet, Bezeichnungen für beide Geschlechter explizit aufzuführen.

Die Vervielfältigung dieses Dokuments „Die Bachelor/Master-Struktur in der Medizin – Die Perspektive der Medizinstudierenden“ ist für persönliche, Ausbildungs- sowie öffentliche, nicht-kommerzielle Verwendungszwecke gestattet.

Voraussetzung hierfür ist:

1. Kopien müssen kostenlos sein.
2. Der folgende Hinweis muss in dem Dokument enthalten sein:

"© 2007 bvmd. Ein Produkt der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V."

**Bitte zitieren als:**

bvmd (2007), Die Bachelor/Master-Struktur in der Medizin – Die Perspektive der Medizinstudierenden

**Korrespondenzadresse:**

Katharina Kulike  
Bundeskordinatorin für Medizinische Ausbildung der bvmd  
c/o bvmd  
Kennedyallee 91-103  
53175 Bonn  
ausbildung@bvmd.de  
www.bvmd.de

## Vorwort

Auf der Mitgliederversammlung der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) vom 02.11 bis zum 04.11.2007 in Kiel, ist das nachfolgende Dokument, ein Statement of Beliefs der International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) zur Bachelor/Master-Struktur in der Medizin, als Positionspapier der bvmd verabschiedet worden.

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) ist die legitimierte Vertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, an allen 36 medizinischen Fakultäten vertreten und repräsentiert damit über 80.000 Studierende. Sie ist offizielles Mitglied im Netzwerk der International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA). In diesem internationalen Medizinstudierendenverband arbeiten Vertreter der bvmd unter anderem an der Verbesserung der Medizinischen Ausbildung.

Im Zuge der verschiedenen Reformen der Hochschulausbildung, erachten wir es für notwendig, nicht auf einer Sonderstellung für die Medizin innerhalb des Bologna-Prozesses zu bestehen, sondern sich konstruktiv mit den Chancen europäischer Reformen für die Medizinische Ausbildung auseinanderzusetzen.

Die Idee eines gemeinsamen europäischen Hochschulraumes stellt in unseren Augen den wichtigsten Grundgedanken des Bologna-Prozesses und seiner Kernthemen dar. Die Konzeption abgestimmter Strukturen für die verschiedenen europäischen Studiengänge kann Mobilität, Vergleichbarkeit und Transparenz innerhalb dieses Hochschulraumes stärken. Um der Idee der europäischen Vergleichbarkeit auch innerhalb des Medizinstudiums gerecht zu werden, machen die Medizinstudierenden Europas gemeinsame Vorschläge für die Umsetzung der Kernaspekte des Bologna-Prozesses<sup>8, 16, 17</sup>.

Das zweistufige System im Sinne einer Bachelor/Master-Struktur ist eines der Kernthemen des Bologna-Prozesses. Obgleich dieser Aspekt des Bologna-Prozesses aufgrund seiner Kontroversität oftmals nicht berücksichtigt wird, besteht auch in der Medizin die Notwendigkeit, sich mit einem möglichen, deutschlandweiten Konzept eines Bachelor/Master-Systems zu befassen. Die Dringlichkeit wird dabei durch die Bemühungen einzelner deutscher Fakultäten um eigene Entwürfe zur Bachelor/Master-Struktur in der Medizin verdeutlicht.

In einigen europäischen Ländern besteht aufgrund der nicht harmonisierten Reformansätze eine eingeschränkte Mobilität für die Studierenden selbst zwischen den Fakultäten. Um auf ähnliche Entwicklungen vorbereitet zu sein, halten wir Bemühungen um ein konsensfähiges, nationales Konzept zur Bachelor/Master-Struktur in der Medizin für notwendig. Den Ideen des Bologna-Prozesses dabei Rechnung tragend, ist die Abstimmung mit den anderen Fakultäten Europas erforderlich. Die bvmd lehnt Reformen, die die Studierendenmobilität oder bereits erreichte Ausbildungsstandards vermindern können, ab. Reformen sollten dem Ziel dienen, die Qualität der Ausbildung zu steigern.

Die Diskussion um die Zweistufigkeit wirft viele Fragen auf. Mit dem nachfolgenden Dokument, möchten wir die Diskussion um mögliche Konzepte für eine Bachelor/Master-Struktur in der Medizinischen Ausbildung anregen und von studentischer Seite begleiten.

Im Namen der Medizinstudierenden Deutschlands,



**Katharina Kulike**  
Bundeskoordinator für  
Medizinische Ausbildung  
bvmd



**Christoph Bader**  
Präsident  
bvmd

## **Inhaltsverzeichnis**

---

Vorwort.....	3
Zusammenfassung.....	5
Präambel.....	7
Ein gemeinsames europäisches Kerncurriculum für den Bachelor und Master.....	8
Integrierte Curricula, kontinuierliche Erneuerung und Reform des Curriculums.....	9
Integrität des Studiums.....	10
Interne Qualitätssicherung und externer Audit.....	11
Zugang zum Masterstudiengang.....	13
Förderung der europäischen Dimension der Hochschulbildung und des Gesundheitswesens.....	15
Verwendung der medizinischen Abschlüsse.....	16
Studiengebühren.....	17
Anhang 1: Geschichte.....	18
Anhang 2: Medizinstudierende und der Bologna Prozess.....	19
Anhang 3: Glossar.....	20
Anhang 4: Meinungen der Konferenzteilnehmer und Diskussion .....	21
Referenzen.....	24

## Zusammenfassung

Die Einführung der Bachelor/Master-Struktur ist einer der am kontroversesten diskutierten Aspekte des Bologna-Prozesses in der Medizin. Stärkeres Engagement aller Interessensgruppen ist daher unabdingbar, um die Qualität der Ausbildung in ganz Europa sicherzustellen und folglich auch die Patientensicherheit zu gewährleisten. Unter den in diesem Papier aufgezeigten, gegebenen Bedingungen und Voraussetzungen erscheint den Medizinstudierenden Europas die Implementierung der Bachelor/Master-Struktur möglich. Allerdings sollte man sich der möglichen negativen Konsequenzen einer Implementierung ohne die ihr angemessene Beachtung und Sorgfalt bewusst sein.

Dieses Statement of Beliefs verdeutlicht die Position der europäischen Medizinstudierenden so, wie sie auf der sechsten IFMSA/EMSA-Konferenz zum Bologna-Prozess erarbeitet wurde. Es soll als Grundlage für eine weitergehende Diskussion über die Bachelor/Master-Struktur in der Medizin dienen und das Bewusstsein der gesamten Berufsgruppe für die Zielsetzungen der Bologna-Deklaration und deren Folgedokumente schärfen.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup>

Wir glauben, dass die Implementierung der Bachelor/Master-Struktur in ein integriertes Curriculum möglich ist. Es ist jedoch von entscheidender Bedeutung, dass die Einführung weder ein integriertes noch ein nicht integriertes Curriculum negativ beeinflusst.

Um die Harmonisierung der medizinischen Ausbildung über ganz Europa hinweg zu erreichen, ist es notwendig, sich auf Kernergebnisse der Ausbildung zu einigen, die für den Abschluss des Medizinstudiums erreicht sein müssen.<sup>7, 8</sup> Diese gemeinsamen Kernergebnisse, welche alle europäischen Absolventen erreichen müssen, würden in einem europäischen Kerncurriculum in Übereinstimmung mit den relevanten europäischen Bestimmungen wie der Richtlinie 2005/36/EC festgelegt werden.<sup>9</sup> Lokale akademische Traditionen und Prioritäten sollten dennoch gefördert und diese zusätzlichen curricularen Elemente sollten klar definiert werden.

Ein europäisches Kerncurriculum ist die Voraussetzung für die Implementierung der Bachelor/Master-Struktur. Zusätzlich muss die Überprüfung der Kompetenzen der Studierenden evidenzbasiert erfolgen, um im Kontext der Mobilität der Studierenden zwischen den Bachelor- und Masterabschnitten die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Ein Bachelor/Master-System könnte es Studierenden aus nicht-medizinischen Bachelorstudiengängen ermöglichen, sich für die Ausbildung des Master of Medicine einzuschreiben. Diese Studierenden müssten allerdings die Kernkompetenzen des Bachelor of Medicine vorweisen, bevor sie das Studium des Master of Medicine beginnen.

Solange es möglich sein sollte, sich für den Master of Medicine einzuschreiben, nachdem man vorab erfolgreich einen anderen Bachelorabschluss als den der Medizin absolviert hat, muss betont werden, dass das Medizinstudium als Kontinuum angesehen werden sollte. Daher sollte das Medizinstudium als Ganzes betrachtet werden – Bachelor of Medicine und Master of Medicine zusammen.

Die Einführung von transparenten internen und externen Qualitätssicherungsmaßstäben in Übereinstimmung mit allgemeinen und berufsspezifischen Qualitätsstandards ist notwendig, um eine Qualitätsverbesserung der Ausbildung zu erreichen.<sup>10, 11, 12, 13, 14, 15, 16</sup>

Dies ist der entscheidende Schritt, um eine Vertrauensbasis zu schaffen, die Anerkennung der Abschlüsse zu ermöglichen und die Sicherheit der Patienten in Europa zu gewährleisten. Dennoch sollte kein Verfahren zur Qualitätssicherung unnötig kostspielig sein und somit der eigentlichen Ausbildung wertvolle Ressourcen entziehen.

Die finanziellen Konsequenzen der Einführung einer Bachelor/Master-Struktur müssen berücksichtigt werden. Insbesondere sollten Studierende nicht über steigende Studiengebühren Maßnahmen finanzieren, die zur Einführung des Systems benötigt werden.

# Die Bachelor/Master-Struktur in der Medizin

## Die Perspektive der Medizinistudierenden

Bundesvertretung der Medizinistudierenden in Deutschland e.V. (bvmd)

Die Bachelor/Master-Struktur darf kein Hindernis für die Verbesserung, Weiterentwicklung und Reform medizinischer Curricula darstellen. Die Struktur an sich stellt weder einen Widerspruch zu einem integrierten Curriculum dar noch hat sie einen negativen Einfluss darauf. Vielmehr könnte eine unüberlegte Einführung der Bachelor/Master-Struktur zu Beeinträchtigungen der Ausbildungsergebnisse und der Patientensicherheit führen.

## Präambel

---

Seit 2003 haben die *European Medical Students' Association (EMSA)* und die *International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA)* an der Entwicklung des Europäischen Hochschulraumes im Bereich der Medizin zusammengearbeitet, was in allgemein anerkannten Positionspapieren resultierte.<sup>8, 16, 17</sup>

Weitere Informationen über die Geschichte des Bologna-Prozesses und die unternommenen Anstrengungen von IFMSA und EMSA sind in den Anhängen eins und zwei des vollständigen Dokumentes zu finden.

Im Juli 2007 fand die sechste Folgekonferenz zum Bologna-Prozess in Amsterdam statt. Im Laufe dieser Konferenz haben Medizinstudierendenvertreter die kontroversen Aspekte der Bachelor/Master-Struktur in der Medizin analysiert.

Interessensvertreter verschiedener Gruppierungen (z.B. aus Industrie, akademischen Einrichtungen und internationalen Organisationen) präsentierten ihre Auffassungen und informierten über Eingangskriterien, die ein Bachelor in ihren jeweiligen Gebieten erfüllen müsste.

Das Ergebnis dieser Veranstaltung ist eine einvernehmliche Erklärung über die Bachelor/Master-Struktur, wie sie in der Bologna-Deklaration dargelegt wird, über wünschenswerte Voraussetzungen für deren Implementierung, sowie potentielle Chancen und mögliche Gefahren bei ihrer Anwendung auf das Medizinstudium.

Anhang vier dieses Dokumentes behandelt zusätzliche, kontroverse Punkte, die aus der Konferenz hervorgegangen sind und die weiterhin eine sorgfältigen Berücksichtigung durch alle Interessensgruppen benötigen, um eine sichere und effektive Einführung jeglicher Bachelor/Master-Struktur zu gewährleisten.

## Ein gemeinsames europäisches Kerncurriculum für den Bachelor und Master

### Voraussetzungen

Um die Bachelor/Master-Struktur erfolgreich einzuführen, ist es notwendig gemeinsame europäische Kernkompetenzen zu definieren, die Bachelor wie auch Master of Medicine erzielen müssen.<sup>8</sup> Dies ist ebenfalls unabdingbar für die Kontinuität des Ausbildungsprozesses in einem System, in dem Studierende an verschiedenen Einrichtungen einen Bachelor of Medicine und einen Master of Medicine erlangen können. Zudem wird es vergleichbare Abschlüsse über ganz Europa hinweg hervorbringen.

Ein gemeinsames europäisches Kerncurriculum muss für jeden Abschnitt definiert und eingeführt werden. Interne Prüfungsmaßstäbe sollten garantieren, dass Studierende die Kernkompetenzen der jeweiligen Abschnitte erlangen.

Die eindeutige Unterscheidung zwischen den Kompetenzen und dem Wissen eines Bachelor of Medicine im Vergleich zu denen eines Master of Medicine ist erforderlich.

Das Curriculum sollte sowohl Kernanteile wie auch optionale Anteile enthalten. Letztere können dazu beitragen, innerhalb des Studiums des Bachelor bzw. Master of Medicine individuelle Fakultätsprofile zu bilden und studentische Lernerfahrungen zu fördern.

Die europäischen Medizinstudierenden stimmen darin überein, dass klinische Kompetenzen und Erfahrungen Bestandteil der Kernanteile beider Abschnitte – des Bachelor und des Master of Medicine – sein sollten.

Das Kerncurriculum des Bachelor of Medicine sollte nicht entwickelt werden, um die Bedürfnisse der Wirtschaft zu erfüllen, sondern vielmehr um Studierende auf das weiterführende Studium des Master of Medicine vorzubereiten. Wir betrachten das Medizinstudium als Ganzes – Bachelor und Master zusammen.

### Chancen

Die Medizinstudierenden Europas fordern die medizinischen Fakultäten auf, eine internationale Datenbank für Curricula zu erarbeiten, welche die Bestandteile ihrer jeweiligen, spezifischen Studienpläne genau darlegt.

Diese Datenbank und die Einführung eines gemeinsamen europäischen Kerncurriculums werden dazu beitragen, die Freizügigkeit zwischen den Einrichtungen, wie sie in der Bologna-Deklaration und ihren Folgekommunikés beschrieben wird, zu fördern.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup>

Dabei ist es wichtig festzuhalten, dass der Bachelor of Medicine als gemeinsamer Referenzpunkt innerhalb des Medizinstudiums dienen kann, welcher die Möglichkeit eröffnet, die Fakultät zu wechseln.

### Gefahren

Oftmals werden Bedenken geäußert, dass ein gemeinsames Kerncurriculum der Autonomie der medizinischen Hochschulen schaden könnte.

# Integrierte Curricula, kontinuierliche Erneuerung und Reform des Curriculums

---

## Voraussetzungen

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Einführung der Bachelor/Master-Struktur keine negativen Auswirkungen haben darf, weder auf integrierte noch auf nicht integrierte Curricula.

Klinische Kompetenzen und Erfahrungen sollten Kernbestandteile des Curriculums des Bachelors wie auch des Masters of Medicine sein.

Jede Einrichtung sollte die Möglichkeit haben, weiterhin die Medizinische Ausbildung so zu gestalten, wie es für ihre Studierenden und die Bedürfnisse der jeweiligen Gesellschaft am geeignetsten erscheint.

Es ist ebenso wichtig, dass die Einführung der Bachelor/Master-Struktur nicht die Curriculumsentwicklung behindert. Es sollte weiterhin auch möglich sein, innerhalb einer Bachelor/Master-Struktur die Ausbildung zu verbessern, zu entwickeln und zu reformieren.

## Chancen

Die Implementierung des Bachelor/Master in der Medizin könnte eine treibende Kraft für positive Veränderungen sein. Die Einführung einer neuen Struktur könnte die Hochschulen darin bestärken, ihre Curricula zu reformieren und weiterzuentwickeln.

## Gefahren

Wir erkennen an, dass die Einführung der Bachelor/Master-Struktur bestehende Curricula und insbesondere integrierte Curricula ernsthaft beeinträchtigen könnte.

## **Integrität des Studiums**

---

### **Voraussetzungen**

Das übergeordnete Ziel des Medizinstudiums ist es, akademische Absolventen auszubilden, die berechtigt sind, die ärztliche Approbation zu erhalten. Das Studium der Medizin muss daher als Einheit gesehen werden - Bachelor of Medicine und Master of Medicine zusammen.

Der Absolvent des Bachelor of Medicine ist solange nicht berechtigt, ärztliche Aufgaben zu erfüllen, solange dies nicht im Rahmen seiner Ausbildung zum Master of Medicine vorgesehen ist oder er den Master of Medicine erfolgreich absolviert hat.

Absolventen eines Medizinstudiums mit Bachelor/Master-Struktur sollten vorzugsweise den Abschluss als Bachelor of Medicine und den als Master of Medicine erworben haben.

Die Implementierung eines europäischen Kerncurriculums für den Bachelor of Medicine ist unabdingbar, um die Kontinuität der medizinischen Ausbildung in einem System zu gewährleisten, in dem es möglich ist, die Hochschule zwischen dem Bachelor- und dem Master-Studium zu wechseln.

Absolventen des Bachelor of Medicine muss das Recht gewährleistet werden, ihr Master-Studium an der Hochschule aufnehmen zu können, an der sie den Bachelor of Medicine erworben haben.

### **Chancen**

Die Möglichkeit, alternative Karrierewege auszuwählen, wird als einer der möglichen Vorteile für Studierende angesehen, die nach dem Erwerb des Bachelor of Medicine erkennen, dass sie ihr Medizinstudium nicht fortsetzen möchten. Dennoch sollten Absolventen des Bachelor of Medicine vorzugsweise ihr Studium mit dem Master of Medicine fortsetzen.

### **Gefahren**

Falls die Absolventen des Bachelor of Medicine sich entscheiden, das Studium des Master of Medicine nicht aufzunehmen, verliert die Gesellschaft potentielle Ärzte.

# Interne Qualitätssicherung und externer Audit

## Voraussetzungen

In einem System, in dem Abschlüsse als Bachelor of Medicine und als Master of Medicine, ganz gleich an welcher europäischen Hochschule sie erreicht wurden, in ganz Europa als gleichwertig anerkannt werden sollen, sind die suffiziente Qualitätssicherung und Audit essentiell, um die Qualität der Ausbildung und Zeugnisse zu gewährleisten.

Daher sehen wir die Notwendigkeit, sowohl die Ergebnisse der Ausbildung als auch die der Qualitätssicherung für den Ausbildungsprozess zu überprüfen, um die Patientensicherheit zu gewährleisten und um die Ausbildung von kompetenten Ärzten zu fördern, die bestimmte Standards erfüllen.

Es besteht der Bedarf nach einem Konsens über europäische Richtlinien für Qualitätssicherung als Ergebnis eines Dialogs zwischen allen Interessensgruppen, insbesondere unter Einbeziehung der Studierenden.

Studierende sollten nicht nur daran beteiligt sein, einen solchen Konsens über europäische Richtlinien zu erreichen, sondern auch in die regelmäßigen Evaluationsabläufe eingebunden sein, die die Qualität ihres Hochschulraumes messen.

Wir empfehlen daher die europäischen Spezifikationen von WFME/MEDINE zu den „WFME Global Standards in Basic Medical Education“ oder vergleichbarer Dokumente, da diese als Basis für den formalen Audit medizinischer Fakultäten dienen können.<sup>15</sup>

Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, dass es das Ziel der Qualitätssicherung sein muss, medizinischen Hochschulen zu helfen, die Qualität ihrer Ausbildung zu verbessern und nicht ein Ranking der medizinischen Fakultäten zu erzeugen. Es ist für die Gesellschaft, Patienten und Absolventen nicht akzeptabel, ein System zu schaffen, in dem die Master of Medicine verschiedener Bildungseinrichtungen einen unterschiedlichen Wert haben.

Die Kosten des Audit sollten so niedrig wie möglich gehalten werden, um der eigentlichen Ausbildung keine wertvollen Ressourcen zu entziehen.

Eine europäische Autorität, die sicherstellt, dass die Qualitätssicherungsrichtlinien erfüllt werden, sollte die Kooperation zwischen den verschiedenen Interessensgruppen, die an der Qualitätssicherung mitwirken, verbessern und sicherstellen, dass die Bachelor und Master of Medicine die notwendigen Standards erfüllen.

Um den Qualitätssicherungsprozess zu unterstützen und Transparenz zu gewährleisten, sollten die Universitäten Schlüsselemente ihres Curriculums sowie der Fähigkeiten der Studierenden definieren und diese Informationen allen Interessensgruppen zugänglich machen. Dies wird außerdem dabei helfen, sicherzustellen, dass Studierende eine fundierte Entscheidung treffen, wenn sie sich für eine Hochschule entscheiden.

## Chancen

Die Notwendigkeit, formale Auditvorgänge als Teil der Implementierung einer Bachelor/Master-Struktur und der Entwicklung des europäischen Hochschulraumes (EHEA) einzuführen, wird von den Medizinstudierenden Europas begrüßt. Wir glauben, dass dies die Qualität der medizinischen Ausbildung in Europa steigern wird.<sup>18, 19, 20, 21</sup>

Qualitätssicherung und Qualitätssteigerung, so wie sie im „Copenhagen paper“ der IFMSA/EMSA dargelegt sind, sollten so zu einem Vertrauensverhältnis zwischen den Fakultäten führen, um die Vereinfachung studentischer Mobilität zu fördern.<sup>16</sup>

## Gefahren

Die Patientensicherheit könnte gefährdet sein, wenn adäquate und gebräuchliche, europäische Qualitätssicherungsprozesse nicht in ganz Europa anerkannt und eingeführt werden.

Es ist zu befürchten, dass die Patientensicherheit ernsthaft gefährdet wird, wenn Auditmechanismen nicht eingeführt werden, um die Qualität der Ausbildung und Abschlüsse sicherzustellen.

# Zugang zum Masterstudiengang

## Voraussetzungen

Ein europäisches Kerncurriculum sowohl für den Bachelor als auch den Master of Medicine ist absolut erforderlich, wenn eine Bachelor/Master-Struktur implementiert wird. Hierbei könnte das "European Core Curriculum - the Students' Perspective" als gemeinsame Grundlage für die Lernergebnisse beider Abschnitte zusammen dienen.<sup>8</sup>

Interne Prüfungsmaßstäbe sollten garantieren, dass Studierende des Bachelor of Medicine am Ende auch die Kernkompetenzen eines Europäischen Kerncurriculums für den Bachelor of Medicine erreichen.

Absolventen des Bachelor of Medicine muss ihr Recht garantiert werden, ihr Studium mit dem Master of Medicine an der gleichen Hochschule abzuschließen, an der sie auch den Bachelor erworben haben, um ihre Ausbildungszukunft sicherzustellen.

Zeitliche Flexibilität für Absolventen des Bachelor of Medicine bei der Immatrikulation zum Master of Medicine ist erstrebenswert, um Raum für die weitere persönliche und akademische Entwicklung zu lassen.

Studierende nicht-medizinischer Bachelorstudiengänge, die sich für ein Studium des Master of Medicine bewerben, müssen fähig sein, Kernkompetenzen eines europäischen Kerncurriculums für den Bachelor of Medicine zu demonstrieren. Einzuführende Prüfungsverfahren für diese Kompetenzen müssen auf bestmöglicher Evidenz beruhen.

Die Autonomie der Hochschulen ist unverzichtbar. Den Universitäten sollte es möglich sein, für ihr Masterprogramm über Zulassungskriterien und die Anzahl auswärtiger Studierender, die ihren Bachelor nicht an dieser Hochschule abgeschlossen haben, selbst zu entscheiden. Die Hochschulen werden dazu ermutigt, wenn notwendig, für die Bewerber, die ihre Zugangskriterien nicht erfüllen, Vorbereitungskurse für ihr Masterprogramm anzubieten.

Des Weiteren sollten alle Bewerber (z.B. Absolventen des Bachelors of Medicine und nichtmedizinischer Bachelorstudiengänge) die spezifischen Anforderungen der jeweils betreffenden Fakultäten erfüllen und sie sollten ausreichende Kommunikationsfähigkeiten gegenüber Patienten und anderen Gruppierungen in der Amtssprache des Landes, in dem sie studieren, vorweisen können.

Die Zulassungskriterien müssen faire, gleichberechtigte und transparente Bedingungen schaffen, in Einklang mit europäischen Standards zur Qualitätssicherung.

Nicht nur akademische relevante Informationen müssen an andere Hochschulen übermittelt werden. Wünschenswert wären ebenso Informationen zu den praktischen Fähigkeiten des Studierenden. Diese Information ist essentiell für die Patientensicherheit und geht möglicherweise verloren, sollte ein Studierender an einer anderen Hochschule zum Masterstudium zugelassen werden.

Um sicherzustellen, dass die Studierenden eine fundierte Entscheidung bei der Wahl ihrer zukünftigen Hochschule treffen können, bestärken wir die medizinischen Fakultäten darin, eine internationale Datenbank für Curricula zu erstellen, in der die Bestandteile ihrer spezifischen Curricula detailliert aufgeführt werden. Die Hochschulen sollten ebenfalls Informationen dazu veröffentlichen, welche Einrichtungen für Studierende zur Verfügung stehen.

## Chancen

Die Einführung der Bachelor/Master-Struktur kann nach einem erfolgreichen Abschluss des Bachelors der Medizin einen Wechsel zwischen den medizinischen Fakultäten ermöglichen und eröffnet zudem die Möglichkeit, sich nach dem

Bachelor zwischen verschiedenen medizinischen Masterstudiengängen zu entscheiden.

Der Wettbewerb zwischen den medizinischen Hochschulen bei der Implementierung attraktiver Masterprogramme könnte in qualitativ hochwertigen Lernbedingungen münden.

## **Gefahren**

Eine auf den Endnoten des Bachelors basierende Zulassung zum Masterstudiengang kann zur Etablierung der Betrachtungsweise führen, Lehreinrichtungen im Vergleich zu anderen Hochschulen als besser oder schlechter zu betrachten, und somit eine Ungleichheit der Abschlüsse herbeiführen.

Sollte der Zugang zum Masterstudium an der Hochschule, an der auch der Bachelor erworben wurde, nicht garantiert werden, so wird ein Pool an Absolventen des Bachelors der Medizin entstehen, die auf ihre Zulassung zum Masterstudiengang warten.

# Förderung der europäischen Dimension der Hochschulbildung und des Gesundheitswesens

## Vorraussetzungen

Einige Mobilitätsgrenzen sind erkannt. Lösungen müssen gefunden werden, um die zahlreichen praktischen Probleme, die die Mobilität begrenzen, zu überwinden, und wir empfehlen Wege zu diskutieren, um diese Probleme zu lösen.

Mobilität, so wie sie in der Bologna-Deklaration und ihren nachfolgenden Kommuniqués beschrieben wird, könnte durch die Implementierung einer Bachelor/Master-Struktur unterstützt werden, wenn die Umsetzung eines gemeinsamen europäischen Kerncurriculums beschlossen wird, das benötigt wird, um die Freizügigkeit zwischen Institutionen zu unterstützen.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 8</sup>

Es ist unabdingbar, dass Fakultäten und Ihre Mitarbeiter einen aktiven Part in der Mobilitätsförderung übernehmen und Lösungen finden, um praktische Probleme zu bewältigen, die die Mobilität behindern.

Um Mobilität und flexible Bachelor/Master-Strukturen zu erreichen, sind die Universitäten außerdem aufgefordert, ihren Studierenden medizinische Sprachkurse in europäischen Fremdsprachen anzubieten.

## Chancen

Die Einführung einer harmonisierten Bachelor/Master-Struktur in das Medizinstudium kann die Mobilität erhöhen. Gesteigerte Mobilität ist für die Gesellschaft wichtig, da diese die Gesundheitsversorgung verbessern kann.

Mobilität fördert ein tieferes Verständnis der verschiedenen Kulturen und Gesundheitssysteme Europas und führt damit zu einer besseren Patientenversorgung. Mobilität wird dabei helfen, eine europäische Umgebung der medizinischen Wissenschaft zu entwickeln, in der Medizinstudierende und Fachvertreter zusammenarbeiten können, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Gesteigerte Mobilität kann auch dem einzelnen Studierenden zu Gute kommen, da Graduierte infolge der verbesserten Sprachkenntnisse und dem größeren Verständnis der verschiedenen Gesundheitssysteme und Kulturen ein breiter gefächertes Angebot genießen können.

Es ist des Weiteren entscheidend zu beachten, dass die Mobilität der Ausbildung in Europa eine europäische Identität und eine europäische Idee fördert.

## Gefahren

Sprachbarrieren und die finanzielle Ungleichheit zwischen den Mitgliederstaaten der EU könnten darin resultieren, dass für die Studierenden ungleiche Chancen bestehen, von der Mobilität zu profitieren, die der Bachelor/Master-Struktur innewohnt.

## Verwendung der medizinischen Abschlüsse

### Vorraussetzungen

Bachelor- und Masterabschlüsse sind akademische Abschlüsse, die an Universitäten erworben werden. Weder der Titel Bachelor/Master of Arts, noch der Titel Bachelor/Master of Science sollten für die Medizin verwandt werden. Vielmehr sollte der Bachelor/Master of Medicine eingerichtet werden. Dieser Titel sollte geschützt werden und seine Lernziele sollten durch eine gesetzgebende Einrichtung definiert werden.

Die Definition der Abschlüsse Bachelor of Medicine und Master of Medicine sollte allen Interessensgruppen und insbesondere der Gesellschaft klar sein.

Der Abschluss als Bachelor of Medicine sollte verliehen werden, wenn die vorgesehene Studiendauer erfolgreich abgeschlossen wurde und die Kernkompetenzen, wie sie in einem europäischen Kerncurriculum für den Bachelor of Medicine beschrieben sind, sowie die spezifischen fakultären Anforderungen erreicht wurden.

Der Absolvent des Bachelor of Medicine ist solange nicht berechtigt, ärztliche Aufgaben zu erfüllen, solange dies nicht im Rahmen seiner Ausbildung zum Master of Medicine vorgesehen ist oder er den Master of Medicine erfolgreich absolviert hat. Aus diesem Grund sollte die Definition der Abschlüsse eindeutig sein.

Die Verleihung des Master of Medicine erteilt nicht das Recht, als Arzt zu praktizieren. Dieses Recht wird den nationalen Bestimmungen entsprechend gewährt. Dies ist unabdingbar, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Darüber hinaus betonen wir, dass das Studium und die ärztliche Tätigkeit den relevanten europäischen Bestimmungen entsprechend gestaltet sein sollten.<sup>9</sup>

Die Zusammenarbeit zwischen allen Interessensgruppen ist notwendig, um die Vergleichbarkeit der Abschlüsse zu erreichen.

Wir erkennen die berufliche Autonomie anderer Berufe im Gesundheitswesen an und betonen, dass Bachelor of Medicine diese Berufe nur nach weiterer berufsspezifischer Ausbildung ergreifen können.

### Chancen

Wir billigen die Möglichkeit, dass Studierende, die sich entschieden haben, nicht als Mediziner zu praktizieren, das Medizinstudium nach dem Bachelor mit einem akademischen Titel verlassen.

### Gefahren

Es besteht das mögliche Risiko einer Unklarheit bezüglich der Befähigung eines Bachelor of Medicine. Dies könnte später Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben.

# Studiengebühren

---

## Vorraussetzungen

Die Einführung des Bachelor- bzw. Master of Medicine- Abschlusses darf nicht dazu genutzt werden, höhere oder zusätzliche Studiengebühren für das Medizinstudium einzuführen.

## Gefahren

Das Medizinstudium verursacht schon jetzt eine bedeutende finanzielle Belastung für Medizinstudierende und ihre Familien. Die Notwendigkeit für Studierende, zu arbeiten, um die Studiengebühren aufzubringen, die der Einführung einer Bachelor/Master-Struktur in der Medizin folgen könnten, könnte die Studiendauer erhöhen und einen negativen Einfluss auf die Ausbildungsergebnisse haben.

Es besteht das potentielle Risiko, dass höhere oder zusätzliche Studiengebühren für den Master einige Studierende, die am Masterstudium teilnehmen möchten, benachteiligen könnten.

## Anhang 1: Geschichte

Mit der Unterzeichnung der Sorbonne Deklaration im Mai 1998 stießen die Bildungsminister von Frankreich, Deutschland, Italien und des Vereinigten Königreichs einen Reformprozess für den Europäischen Hochschulraum an, mit dem primären Ziel, Europas Stellung gegenüber Nordamerika, insbesondere den Vereinigten Staaten, zu stärken.<sup>1</sup>

Diese Idee fand bei anderen Bildungsministern großen Anklang und im Juni 1999 unterzeichneten 29 europäische Länder die Bologna-Deklaration und legten damit den Grundstein für den Europäischen Hochschulraum.<sup>2</sup>

Sie einigten sich auf regelmäßige Nachfolgetreffen und sechs Kernthemen:

- Ein System leicht lesbarer und vergleichbarer Abschlüsse anzunehmen
- Ein zweistufiges System anzunehmen
- Ein Leistungspunktesystem einzuführen
- Mobilität zu fördern
- Zusammenarbeit im Bereich der Qualitätssicherung zu fördern
- Die europäische Dimension der Hochschulbildung zu fördern

Zwei Jahre später wurden auf dem ersten Nachfolgetreffen drei weitere Kernpunkte aufgenommen:

- Lebenslanges Lernen
- Die Einbeziehung von Hochschulen und Studierenden
- Die Förderung der Attraktivität des europäischen Hochschulraumes<sup>3</sup>

In Berlin einigte man sich auf das zehnte Kernthema (den PhD als dritte Stufe und den europäischen Forschungsraum). Es wurde beschlossen, dass für die nächsten beiden Jahre der Fokus auf den Kernthemen Förderung der Qualitätssicherung, dem zweistufigen System und der Anerkennung der Abschlüsse und Studienzeiten liegen sollte.<sup>4</sup>

Von 2005 an überprüften die Konferenzen den Fortschritt in Bezug auf diese Kernthemen und definierten Zielpunkte für die Arbeit bis zum nächsten Treffen.<sup>5, 6</sup>

Gegenwärtig haben 46 europäische Staaten die Bologna Deklaration mit ihren Kernthemen unterzeichnet. Ihre Kernaspekte werden auch in anderen Teilen der Welt diskutiert und implementiert.

## Anhang 2: Medizinstudierende und der Bologna Prozess

2003 begannen Medizinstudierende, die die European Medical Students' Association (EMSA) und die International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) vertreten, die Arbeit an der Implementierung des Bologna-Prozesses in der Medizin. Seitdem haben sechs Treffen stattgefunden.

Als die ersten internationalen Organisationen, die eine Position zur Implementierung des Bologna-Prozesses in der Medizin äußerten, verabschiedeten EMSA und IFMSA auf dem dritten Bologna-Prozess Folgetreffen in Megève (Frankreich) ein Positionspapier.<sup>17</sup> Beide Organisationen begrüßten die Mehrzahl der Kernthemen, die Flexibilität, Mobilität und Qualitätssicherung unterstützen. Sie betonten die Bedeutung von drei Aspekten:

1. *„Ein gemeinsames System zur Qualitätssicherung der Medizinischen Ausbildung in Europa würde die Mobilität steigern und die Qualität der zukünftigen Ärzte verbessern.“*
2. *Wir sind über die negativen Einflüsse einer zweistufigen Struktur auf die medizinische Ausbildung besorgt. Die Harmonisierung der medizinischen Ausbildung in Europa ist entscheidend, ganz gleich welches System besteht.*
3. *Studentische Einbindung ist auf allen Ebenen des Prozesses unerlässlich.“*

Die zweistufige Struktur nicht einzuführen, sollte allerdings keine Entschuldigung dafür sein, den übrigen Bologna-Prozess nicht umzusetzen. Ebenso wurde die Bedeutung gemeinsamer europäischer Richtlinien für den Inhalt der medizinischen Abschlüsse betont.

Ein Jahr später fand die Nachfolgekonzferenz in Kopenhagen (Dänemark) statt.<sup>16</sup> Die Medizinstudierenden Europas drückten ihre große Bereitschaft aus, den Qualitätsprozess in der medizinischen Ausbildung zu unterstützen: *„Dennoch wurde der europäische Hochschulraum herausgefordert, die Ziele höher zu stecken. Es gibt keine Garantie, dass Qualitätssteigerung naturgemäß auf Qualitätssicherung folgt. Vielmehr ist Qualitätssicherung ein erster Schritt zur Einführung von Qualitätssteigerung. Die Bewegung von der Qualitätssicherung weg hin zu Qualitätssteigerung muss bewusst und systematisch umgesetzt werden. Diese Anstrengung beginnt mit der Einbeziehung aller Interessensgruppen, der weit verbreiteten Veröffentlichung von Evaluationsergebnissen und setzt sich fort in der Bildung eines gemeinsamen Kerncurriculums, dem systematischen Gebrauch von Verbesserungsmethoden und dem umfassenden Verständnis dafür, dass das höchste Ziel der Medizinischen Ausbildung die Verbesserung der Gesundheit unserer Bürger ist.“*

In Anlehnung an die Diskussionen während der Konferenz in Kopenhagen, wurde das „European Core Curriculum – the Students' Perspective“ während der fünften Folgekonferenz in Bristol (UK) 2006 geschrieben.<sup>8</sup> Dieses ergebnisorientierte Kerncurriculum ist das erste internationale, ergebnisorientierte Kerncurriculum aus der studentischen Perspektive; es bezieht andere Curricula mit ein und spiegelt die Meinung der Medizinstudierenden Europas über die zukünftige Gestaltung ihres Studiums wieder.<sup>22, 23, 24, 25, 26, 27</sup> Das Curriculum, bestehend aus 9 Domänen mit 76 Lernzielen, beschreibt das Kernwissen und die Lernziele, die von einem europäischen Absolventen der Medizin erwartet werden.

Das Kerncurriculum hat durch Präsentationen auf nationalen und internationalen Konferenzen, die Verabschiedung durch das Standing Committee of European Doctors (CPME) bei der Hauptversammlung des CPME im März 2007, die Veröffentlichung im „Medical Teacher“ und Übersetzungen ins Niederländische, Französische, Deutsche, Griechische und Spanische einen beträchtlichen Einfluss auf nationaler und internationaler Ebene erzielt.<sup>28, 29, 30</sup>

## Anhang 3: Glossar

Audit	Audit ist die Evaluation einer Person, Organisation, eines Systems, Prozesses, Projekts oder Produkts. Audits werden durchgeführt, um die Validität und Reliabilität von Informationen zu ermitteln und auch um die Überprüfung der internen Kontrollmechanismen eines Systems zu ermöglichen.
Bachelor/Master-Struktur	Ist die zweistufige Struktur so wie in der Bologna-Deklaration beschrieben. <sup>2, 3, 4</sup> Diese ist nicht notwendigerweise direkt vereinbar oder vergleichbar mit bestehenden Abschlüssen, die den gleichen Namen tragen (zum Beispiel mit denen im UK).
Erasmus Mobilität	Die Möglichkeit, während des Bachelor- oder Masterstudiums Zeit an einer anderen Hochschule zu verbringen, die sich am Erasmus Austauschnetzwerk beteiligt und daher Prüfungen und Zeugnisse anerkennt, um auf diese Weise weder Zeit noch Leistungspunkte zu verlieren.
Die Mobilität der Absolventen	Die Gelegenheit für graduierte Masters of Medicine, in den Unterzeichnerstaaten so zu praktizieren, wie es in der EU-Direktive 2005/36/EC dargelegt ist. <sup>9</sup>
Integrität des Studiums	Das Ziel aufeinander folgender Bachelor- und Master of Medicine-Studiengänge ist es, die Studierenden auf die Tätigkeit als praktizierender Arzt und damit auf die Patientenversorgung in der bestmöglichen Art und Weise vorzubereiten. Dadurch möchten wir hervorheben, dass Integrität sich auf die Idee bezieht, dass die beiden Abschnitte aufeinander folgen.
Mobilität	Solange nicht anders bezeichnet (Erasmus Mobilität, Mobilität der Absolventen), bezieht sich Mobilität auf die Möglichkeit der Studierenden, zwischen Hochschulen oder Studiengängen zu wechseln, nachdem der Bachelor erfolgreich abgeschlossen wurde.
Nicht-medizinischer Bachelor	Alle anderen Bachelor Abschlüsse als der Bachelor of Medicine
Der ärztliche Ausbildungsweg	Ist das Studium des Bachelor und des Master of Medicine, um die Ergebnisse zu erzielen, die erforderlich sind, um die volle Zulassung zum praktizierenden Arzt zu erhalten.
Qualität	Wie im „Copenhagen paper“ zu Qualitätssicherung an medizinischen Hochschulen dargelegt, definieren IFMSA und EMSA Qualität als die „Merkmale einer Funktion, eines Prozesses oder Objekts, die beim Vergleich mit zuvor definierten Zielen oder Standards erfüllt sind“. <sup>16</sup>
Qualitätssicherung	Wie im „Copenhagen paper“ zu Qualitätssicherung an medizinischen Hochschulen dargelegt, definieren IFMSA und EMSA Qualitätssicherung als internen Mechanismus, „um zu garantieren, dass die zuvor definierten Standards erfüllt werden“. <sup>16</sup>
Qualitätssteigerung	Wie im „Copenhagen paper“ zu Qualitätssicherung an medizinischen Hochschulen dargelegt, definieren IFMSA und EMSA Qualitätssteigerung als „einen kontinuierlichen Prozess, um zu überdenken, zu kritisieren und Veränderungen durchzuführen“. <sup>16</sup>

## Anhang 4: Meinungen der Konferenzteilnehmer und Diskussion

„Die Einführung der Bachelor/Master-Struktur in das Medizinstudium, so wie sie in der Bolognadeklaration beschrieben wird, könnte sowohl die Qualitätssicherung der europäischen Medizinabsolventen als auch die der Lehrveranstaltungen unterstützen.“

„Dies (Patientensicherheit, kompetente Ärzte) kann durch die Einführung der Bachelor/Master-Struktur unterstützt werden, sofern eine Implementierung erzielt wird, die die notwendigen europäischen Richtlinien befolgt.“

„Die Existenz eines zusätzlichen Referenzpunktes nach drei Jahren wird die Harmonisierung der Medizinischen Ausbildung unterstützen, Mobilität durch die ermöglichte curriculare Vergleichbarkeit fördern und den Studierenden ein Erfolgsgefühl geben, da so die Kernkompetenzen, die in diesem Abschnitt erreicht wurden, festgestellt werden.“

„Die Implementierung harmonisierter Bachelor/Master-Strukturen, entsprechend den notwendigen europäischen Richtlinien, kann die Gelegenheit bieten, die Kompetenzen der medizinischen Absolventen in ganz Europa zu standardisieren.“

„Um die Transparenz zu erreichen, die benötigt wird, um der Mobilität im Europäischen Hochschulraum zum Erfolg zu verhelfen, empfehlen wir dringend den Gebrauch des Diploma Supplements.“

„Die Fakultäten sind aufgefordert, die Zugangsvoraussetzungen nicht nur durch „high stakes exams“ abzu prüfen, sondern auch andere stabile Methoden einzusetzen, um die Kompetenzen der Studierenden sicherzustellen.“

„Ein zweiter Selektionsprozess der Bachelor of Medicine für den Eintritt in den Master an derselben Ausbildungseinrichtung könnte den Aufwand verdoppeln und Ressourcen verschwenden.“

„Patienten stellen einen wesentlichen Teil der Medizinischen Ausbildung in der Bachelor- und Masterphase dar. Durch ihren Beitrag zur Ausbildung der Medizinstudierenden geben die Patienten großzügig Ihr Einverständnis und erwarten im Gegenzug auch, dass aus dieser Ausbildung kompetente Ärzten hervorgehen. Wenn man Medizinstudierende dazu motiviert, nur einen Bachelorabschluss anzustreben, wird dieser implizite Vertrag verletzt.“

„Die Fakultäten sollten erwägen einen Teil ihres Curriculums in einer europäischen Fremdsprache anzubieten.“

„Alle Interessensgruppen im Bologna Prozess sollten ihr Wissen über die bestmögliche Implementierung der Zweistufigkeit in das Medizinstudium untereinander austauschen.“

„Einige Medizinstudierende argumentieren, dass ohne die Harmonisierung der Curricula den Medizinstudierenden Kernkompetenzen fehlen könnten und dass daraus Beeinträchtigungen der Patientensicherheit resultieren.“

„Die Implementierung des Diploma Supplement wird die Vergleichbarkeit der Bachelor- und Masterabschlüsse in der Medizin sicherstellen.“

„Mobilität könnte die Qualität der Medizinischen Ausbildungen durch die mögliche Gefahr beeinträchtigen, dass Studierende Bestandteile des Kerncurriculums verpassen, während sie zwischen verschiedenen Institutionen wechseln.“

„Ein Ranking der Medizinischen Hochschulen, das auf Qualitätssicherungsberichten gründet, würde gleichwertige, medizinischer Bachelor- und Masterabschlüsse im Europäischen Hochschulraum konterkarieren.“

„Finanzielle Ressourcen sollten bereitgestellt werden, um Mobilität zu fördern und zu steigern.“

„Der Abschluss des Master of Medicine kann nach dem Zeitraum erlangt werden, der benötigt wird, um die Kernkompetenzen eines europäischen Kerncurriculums zu erlangen.“

„Es sollten weitere Bemühungen unternommen werden, um etwaige Beschäftigungsmöglichkeiten für die Bachelors of Medicine zu etablieren.“

„Zusätzlich zu den Bachelor- und Masterzeugnissen sollte ein entsprechendes Diploma Supplement bestehen.“

„Legislative Institutionen sollten sicherstellen, dass Evaluations- und Akkreditierungsmaßnahmen implementiert werden, um Transparenz zu schaffen.“

„Eine gemeinsame europäische Definition des Arztes kann die gesellschaftliche Fehleinschätzung der Bachelor/Master-Struktur verhindern.“

„Optionale Bestandteile des Bachelor- und Masterstudiums können den Studierenden dabei helfen, Interessensfelder für ihre weitere Entwicklung zu entdecken.“

„Die Vergabe von Bachelorabschlüssen gibt den Studierenden die Gelegenheit, ihren Berufswunsch zu überdenken.“

„Die Vergabe von Bachelorabschlüssen gibt den Universitäten die Gelegenheit, den Stärken der Studierenden entsprechende Alternativen zu empfehlen.“

„Die Implementierung von Bachelorabschlüssen in der Medizin kann für die Gesellschaft in einer Steigerung der Kosten-Wirksamkeit der Ausbildung resultieren, darf dabei aber keinen negativen Einfluss auf die Qualität der Ausbildung haben.“

„Die Fakultäten sollten sich darüber im Klaren sein, dass eine der unterschwelligen Motivationen des Bologna-Prozesses wirtschaftliche Belange waren.“

„Die Implementierung der Bachelor/Master-Struktur kann ein Antrieb für positive Veränderungen und die Modernisierung der medizinischen Curricula sein. Sie darf Innovationen in der Lehre nicht verhindern.“

„Die Integrität des Studiums hilft dabei, ungesunde Konkurrenz zwischen den Studierenden innerhalb ihres Studiums zu verhindern.“

„Wir haben den Eindruck, dass die Wirtschaft sich der Kapazitäten und Grenzen der Bachelors of Medicine bewusst ist und dass Möglichkeiten für die Bachelor bestehen, direkt den Arbeitsmarkt zu betreten.“

„Neue Berufsbilder bekommen im Gesundheitssektor zunehmend Bedeutung und wir glauben, dass der Abschluss als Bachelor of Medicine ein attraktiver Ausgangspunkt für weitere fachliche Ausbildung und Entwicklung sein könnte.“

„Bachelor of Medicine könnten eine zusätzliche Ausbildung benötigen, um einen Arbeitsplatz zu bekommen.“

„Wir denken, dass es wünschenswert ist, integrierte Curricula überall dort zu implementieren, wo es dafür keine gesetzlichen Hindernisse gibt.“

„Medizinstudierende sollten über ausreichende Kommunikationsfähigkeit gegenüber Patienten und anderen Interessensgruppen in der offiziellen Sprache der Gemeinschaft, in der sie studieren, verfügen.“

„Ein gemeinsames europäisches Profil für Medizinabsolventen könnte durch die Implementierung der Bachelor/Master-Struktur gefördert werden.“

„Die Kerncurricula des Bachelor und Master of Medicine dürfen nicht für sich alleine betrachtet werden, sondern müssen miteinander in einem Gefüge verbunden werden, das zur Entwicklung fähiger Ärzte führt.“

„Die Zulassung von Bachelor anderer Fakultäten benötigt Verwaltungszeit. Dies könnte zu einer Zunahme der Zeit führen, die benötigt wird, um den Abschluss in Medizin zu vervollständigen.“

„Kein Prüfungsformat für sich alleingenommen kann all die Daten zur Verfügung stellen, die benötigt werden, um über etwas derart Komplexes wie die Ausführung beruflicher Leistungen zu urteilen.<sup>31</sup> Deshalb werden Hochschulen möglicherweise damit zu kämpfen haben, nicht-medizinische Bachelor für den Master of Medicine zuzulassen, während sie die best mögliche Patientensicherheit gewährleisten.“

## Referenzen

- 1 Sorbonne Erklärung (1998). „JOINT DECLARATION IN HARMONISATION OF THE ARCHITECTURE OF THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION SYSTEM“. Paris.  
<http://www.bologna.msmt.cz/PragueSummit/Sorbonnska%20deklarace-plne%20zneni%20aj.doc>  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 2 Bologna Erklärung (1999). „JOINT DECLARATION OF THE EUROPEAN MINISTERS OF EDUCATION CONVINED IN BOLOGNA ON THE 19TH OF JUNE 1999“. Bologna.  
[http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main\\_doc/990719BOLOGNA\\_DECLARATION.PDF](http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/990719BOLOGNA_DECLARATION.PDF)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 3 Prag Kommuniké. (2001). „TOWARDS THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA“. Prag.  
<http://www.bologna.msmt.cz/PragueSummit/Fcommunique.html>  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 4 Berlin Kommuniké (2003). „REALISING THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA“. Berlin.  
<http://www.bologna-berlin2003.de/pdf/Communique1.pdf>  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 5 Bergen Kommuniké (2005). „THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA – ACHIEVING THE GOALS“. Bergen.  
[http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main\\_doc/050520\\_Bergen\\_Communique.pdf](http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050520_Bergen_Communique.pdf)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 6 London Kommuniké. (2007). „TOWARDS THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA: RESPONDING TO CHALLENGES IN A GLOBALISED WORLD“. London  
[http://www.dfes.gov.uk/bndonbologna/uploads/documents/BWSE\\_ExecutiveSummary\\_final.pdf](http://www.dfes.gov.uk/bndonbologna/uploads/documents/BWSE_ExecutiveSummary_final.pdf)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 7 Joint Quality Initiative informal group (2004). „SHARED ‚DUBLIN‘ DESCRIPTORS FOR SHORT CYCLE, FIRST CYCLE, SECOND CYCLE AND THIRD CYCLE AWARDS“. Dublin.
- 8 IFMSA/EMSA (2006). „EUROPEAN CORE CURRICULUM – THE STUDENTS’ PERSPECTIVE“.   
[http://www.ifmsa.org/scome/wiki/index.php?title=European\\_Core\\_Curriculum\\_-\\_the\\_Students%27\\_Perspective](http://www.ifmsa.org/scome/wiki/index.php?title=European_Core_Curriculum_-_the_Students%27_Perspective)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 9 EU-Direktive 2005/36/EC vom 7. September 2005. Straßburg.  
[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2005/l\\_255/l\\_25520050930en0220142.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2005/l_255/l_25520050930en0220142.pdf)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 10 „STANDARDS AND GUIDELINES FOR QUALITY ASSURANCE IN THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA“ (2005). Helsinki.  
[http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main\\_doc/050221\\_ENQA\\_report.pdf](http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050221_ENQA_report.pdf)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 11 World Health Organization (WHO) & World Federation for Medical Education (WFME) (2004). „WHO/WFME STRATEGIC PARTNERSHIP TO IMPROVE MEDICAL EDUCATION“. Genf/Kopenhagen.
- 12 World Health Organization (WHO) & World Federation for Medical Education (WFME) (2005). „WHO/WFME GUIDELINES FOR ACCREDITATION OF BASIC MEDICAL EDUCATION“. Genf/Kopenhagen.
- 13 World Federation for Medical Education (WFME) (2005). „PROMOTION OF ACCREDITATION OF BASIC MEDICAL EDUCATION: A PROGRAMME WITHIN THE FRAMEWORK OF THE WHO/WFME STRATEGIC PARTNERSHIP TO IMPROVE MEDICAL EDUCATION“. Kopenhagen.
- 14 World Federation for Medical Education (WFME) (2003). „BASIC MEDICAL EDUCATION: WFME GLOBAL STANDARDS FOR QUALITY IMPROVEMENT“. Kopenhagen.  
<http://www2.sund.ku.dk/wfme/Activities/WFME%20Standard%20Documents%20and%20translations/WFME%20Standard.pdf>  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 15 Medical Education in Europe (MEDINE) – The Thematic Network on Medical Education in Europe (2007). „WFME GLOBAL STANDARDS FOR QUALITY IMPROVEMENT – EUROPEAN SPECIFICATIONS“. Kopenhagen
- 16 IFMSA/EMSA (2005). „QUALITY ASSURANCE IN MEDICAL SCHOOLS – MOVING FROM QUALITY ASSURANCE TO QUALITY IMPROVEMENT“. Kopenhagen.  
[http://www.ifmsa.org/scome/wiki/index.php?title=Quality\\_Assurance\\_in\\_Medical\\_Schools](http://www.ifmsa.org/scome/wiki/index.php?title=Quality_Assurance_in_Medical_Schools)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 17 Westbye H (2004). „THE BOLOGNA DECLARATION AND MEDICAL EDUCATION: A POLICY STATEMENT FROM THE MEDICAL STUDENTS OF EUROPE“. *Med Teach*, 27, pp.83-5
- 18 Council recommendation vom 24. September 1998 (98/561/EC). Brüssel.  
[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/1998/l\\_270/l\\_27019981007en00560059.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/1998/l_270/l_27019981007en00560059.pdf)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 19 Berlin Kommuniké (2003). „REALISING THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA“. Berlin.  
<http://www.bologna-berlin2003.de/pdf/Communique1.pdf>  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 20 Bergen Kommuniké (2005). „THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA – ACHIEVING THE GOALS“. Bergen.  
[http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main\\_doc/050520\\_Bergen\\_Communique.pdf](http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/050520_Bergen_Communique.pdf)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)
- 21 European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA) (2005). „STANDARDS AND GUIDELINES IFOR QUALITY ASSURANCE IN THE EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA“ Helsinki.  
[http://www.enqa.eu/files/ESG\\_v03.pdf](http://www.enqa.eu/files/ESG_v03.pdf)  
 (zugegriffen am 21. September 2007)

- 22 British Medical Association, Medical Students Committee (2005). "MEDICINE IN THE 21<sup>ST</sup> CENTURY – STANDARDS FOR DELIVERY OF UNDERGRADUATE MEDICAL EDUCATION". London.
- 23 Frank JR (ed.) (2005). "THE CAN MEDS 2005 PHYSICIAN COMPETENCY FRAMEWORK. BETTER STANDARDS. BETTER PHYSICIANS. BETTER CARE". Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- 24 General Medical Council (2003). "TOMORROW'S DOCTORS – RECOMMENDATIONS ON UNDERGRADUATE MEDICAL EDUCATION" (London, GMC)
- 25 Core Committee, Institute of International Medical Education (2002). "GLOBAL MINIMUM ESSENTIAL REQUIREMENTS IN MEDICAL EDUCATION" *Med Teach*, 24(2), pp. 130-35
- 26 The Scottish Deans' Medical Curriculum Group (2002). "THE SCOTTISH DOCTOR – LEARNING OUTCOMES FOR THE MEDICAL UNGRADUATE IN SCOTLAND: A FOUNDATION FOR COMPETENT AND REFLECTIVE PRACTITIONERS" *Med Teach* 24(2), pp. 136-43
- 27 Newble D, Stark P, Bax N, Lawson M (2005). "DEVELOPING AN OUTCOME-FOCUSED CORE CURRICULUM". *Med Educ*, 2005; 39: 680-87
- 28 CPME 2006/144 Final EN
- 29 Hilgers J, Roos P (2007). "EUROPEAN CORE CURRICULUM – THE STUDENT'S PERSPECTIVE, BRISTOL, UK, 10 JULY 2006". *Med Teach*, 29, pp. 270-75
- 30 Rigby E (2007). "TAKING FORWARD AIMS OF THE BOLOGNA DECLARATION: EUROPEAN CORE CURRICULUM – THE STUDENT'S PERSPECTIVE". *Med Teach*, 29, pp. 83-4
- 31 Miller GE (1990). "THE ASSESSMENT OF CLINICAL SKILLS/COMPETENCE/PERFORMANCE". *Academic Medicine* 65(9), S63-S67.

# Die Bachelor/Master-Struktur in der Medizin

## Die Perspektive der Medizinstudierenden

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd)



**Die Bachelor-/Master-Struktur in der Medizin**  
**Die Perspektive der Medizinstudierenden**  
Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd)

