



**Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
Fachschaftsrat Medizin Leipzig
Fachschaftsrat Medizin und Zahnmedizin Dresden**

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetz zur Sicherstellung der
ärztlichen Versorgung in ländlichen und anderen
Bedarfsgebieten im Freistaat Sachsen
(Sächsisches Landarztgesetz - SächsLARztG)**

Im Rahmen des schriftlichen Anhörungsverfahrens zum Entwurf eines Gesetzes zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in ländlichen und anderen Bedarfsgebieten im Freistaat Sachsen (Sächsisches Landarztgesetz - SächsLARztG) nimmt die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) gemeinsam mit dem Fachschaftsrat Medizin Leipzig (StuRaMed) und dem Fachschaftsrat Medizin und Zahnmedizin Dresden im Folgenden Stellung.

Die Landarztquote ist kein probates Mittel gegen den Landärzt*innenmangel.

Wie bereits vielfach betont^{1,2,3} lehnen die Vertretungen der Medizinstudierenden eine Verpflichtungsregelung im Rahmen der Zulassung zugunsten einer Tätigkeit in unterversorgten Regionen und Fachbereichen als unwirksam ab. Wesentliche Kritikpunkte sind dabei:

- Die Quote setzt zum falschen Zeitpunkt an. Mögliche Effekte wären frühestens in 10 bis 15 Jahren spürbar. In diesem Zeitraum stehen deutlich mildere und geeignetere Maßnahmen zur Verfügung mittelfristig auftretendem Bedarf auch in anderen Bereichen, wie z.B. dem öffentlichen Gesundheitsdienst lösungsorientiert zu begegnen.
- Sie adressiert die falsche Zielgruppe. Statt Studierende im fortgeschrittenen Studium oder Ärzt*innen zu Beginn der Weiterbildung anzusprechen, die bereits Interesse an ärztlicher Tätigkeit auf dem Land und/oder in der Allgemeinmedizin entwickelt haben und damit mittelbar die ländliche

¹ bvmd e.V., „Stellungnahme zur Versorgung in Thüringen“.

² bvmd e.V., „Offener Brief zur Positionierung zur Landarztquote in Baden-Württemberg“.

³ bvmd e.V., Fachschaftsrat Medizin und Zahnmedizin Dresden, Fachschaftsrat Medizin Leipzig (StuRaMed), „Stellungnahme zur ‚Landarztquote‘ in Sachsen“.

bvmd-Geschäftsstelle

Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin

Telefon +49 (30) 95590585
Fax +49 (30) 9560020-6
Home bvmd.de
E-Mail buero@bvmd.de

Ansprechpartner

Sebastian Schramm
Email vpe@bvmd.de
Phone +49 (0) 170 4983565

Vorstand

Aurica Ritter	(Präsidentin)
Anna Hofmann	(Internes)
Sebastian Schramm	(Externes)
Lucas Thieme	(Internationales)
Kilian Zuber	(Finanzen)
Tim Schwarz	(PR)

Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland ist ein eingetragener Verein (Vereinsregister Aachen VR 4336). Sitz und Gerichtsstand sind Aachen.

Europäische Integration
Famulaturaustausch

Forschungsaustausch
Gesundheitspolitik
Projektwesen

Medizin und Menschenrechte
Medizinische Ausbildung
Training

Public Health
Sexualität und Prävention

Die bvmd ist auf internationaler Ebene Teil der IFMSA- und EMSA-Netzwerke

Versorgung sicherstellen könnten, wird hier eine kaum selektierte Gruppe zu Beginn des Studiums angesprochen.⁴

- Sie vermittelt einen negativen Eindruck vom Berufsbild Landärzt*in. Eine mögliche Stigmatisierung unter Kolleg*innen und in der Öffentlichkeit als "Ärzt*innen zweiter Klasse", die den regulären Anforderungen an Studienplatzanwärter*innen nicht entsprechen, kann zu einer empfindlichen Störung des ärztlichen Vertrauensverhältnisses führen. Weiterhin steht zu befürchten, dass sich hierdurch mehr Interessent*innen von der Perspektive Landärzt*in abwenden, als über die Quote letztlich in der Versorgung ankommen.

Die Regelungen nach §2 des SächsLARztG stellen eine unzumutbare Einschränkung der selbstbestimmten Lebensgestaltung junger Menschen dar.

An einem Medizinstudium Interessierte, welche über die Landarztquote zum Studium zugelassen werden, treffen eine Entscheidung für die folgenden zwei Jahrzehnte ihres Lebens: Die Regelungen nach §2 SächsLARztG behindern die zukünftigen Ärzt*innen in einer selbstbestimmten Gestaltung ihres beruflichen und familiären Werdegangs.

Die Studienanfänger*innen verpflichten sich, nach der Approbation eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin oder der Inneren Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung zu absolvieren. Dabei bleibt unverständlich, warum die Kinder- und Jugendmedizin hier explizit ausgenommen wird, obwohl diese ebenso integraler Bestandteil der hausärztlichen Versorgung ist.

Weiterhin ist eine Änderung, zu einem anderen Fachgebiet in welchem ein Bedarf besteht, auf Antrag lediglich bis zum Beginn der Weiterbildung möglich. Viele Studierende ändern ihren Wunsch zur fachärztlichen Weiterbildung während des Studiums, da erst im Studium ein genaues Auseinandersetzen mit den verschiedenen Fachgebieten möglich wird. Doch auch nach Weiterbildungsbeginn ist eine Änderung der Fachrichtung nicht selten⁵ und entsprechend der Weiterbildungsordnungen ausdrücklich möglich. Wir begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, eine von der Allgemeinmedizin abweichende fachärztliche Weiterbildung zu beantragen, möchten jedoch vorschlagen, die Antragstellung bis zum Ende der fachärztlichen Weiterbildung zu ermöglichen. Diese Flexibilität

⁴ Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“. S. 45f.

⁵ van den Bussche u. a., „Stabilität und Wechsel der von angehenden Fachärztinnen und Fachärzten angestrebte fachärztliche Anerkennung nach vier Weiterbildungsjahren“.

erlaubt den Ärzt*innen, verschiedene Fachbereiche kennenzulernen und dieses wertvolle Wissen in ihre spätere landärztliche Tätigkeit mitzunehmen.

§2 Absatz 1 Satz 1 des SächsLArztG sieht die Aufnahme einer vertragsärztlichen Tätigkeit mit vollem Versorgungsauftrag vor. Über 90% der Medizinstudierenden ist die gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf wichtig.⁶ Auch andere Aspekte der Lebensgestaltung erfordern eine flexible Gestaltung von Arbeitszeiten. Die Verpflichtung zur Vollzeittätigkeit hindert die Betroffenen daran, selbstbestimmt Prioritäten in Berufs- und Privatleben zu setzen und Aufgaben im Bereich der Sorgearbeit zu übernehmen.

Die in §3 aufgeführten Regelungen zum Auswahlverfahren bilden den wissenschaftlichen Konsens nicht ab.

Es ist unklar, wie das Auswahlverfahren die in der Begründung zu § 3 genannten "Schlüsselfaktoren der ärztlichen Praxis, insbesondere im ländlichen Raum" überprüft. Aktuell ist uns dazu kein erfolgreich evaluiertes Verfahren bekannt.⁷

Der mit 60 Punkten in der ersten Stufe dotierte **Studierfähigkeitstest** hat sich in der Vergangenheit als reliabler Prädiktor des Studienerfolgs erwiesen.^{8,9} Dabei zeigte er sich teilweise unabhängig von der Abiturnote der Bewerber*innen.¹⁰ Studierfähigkeitstests, insbesondere der "Test für medizinische Studiengänge"¹¹, werden meist in großen Städten Deutschlands oder Österreichs kostenpflichtig von kommerziellen Drittanbietern veranstaltet. Das Ergebnis nach einmaliger Teilnahme ist bindend. Um eine soziale Selektion zu vermeiden fordern wir, dass solche Tests kostenfrei und lokal verfügbar werden. Weiterhin sollte es die Möglichkeit geben, den Test zu wiederholen: So wird verhindert, dass ein einmaliges Ergebnis ausschließlich tagesformabhängig ist und nicht die realen Fähigkeiten der Bewerber*innen widerspiegelt.

Eine einschlägige **Berufsausbildung** könnte einen Zugewinn für die interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Sektor bedeuten. Der spätere

⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung, „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“. S. 29f.

⁷ Schwibbe u. a., „Medizinstudierendenauswahl in Deutschland“.

⁸ Hell, Trapmann, und Schuler, „Eine Metaanalyse der Validität von fachspezifischen Studierfähigkeitstests im deutschsprachigen Raum“.

⁹ Hampe u. a., „Reduzierbarkeit der Abbrecherquote im Humanmedizinstudium durch das Hamburger Auswahlverfahren für Medizinische Studiengänge - Naturwissenschaftsteil (HAM-Nat)“.

¹⁰ Kadmon und Kadmon, „Studienleistung von Studierenden mit den besten versus mittelmäßigen Abiturnoten: Gleicht der Test für Medizinische Studiengänge (TMS) ihre Prognosen aus?“

¹¹ TMS-Koordinationsstelle, „Über den TMS“.

Einstieg ins Studium steht jedoch in Verbindung mit geringerem Studienerfolg und einer höheren Abbruchquote.¹² Darüber hinaus befürchten wir, dass eine Gewichtung mit 30 Punkten dazu führen könnte, dass sich eine einschlägige Berufsausbildung oder Berufstätigkeit zur Voraussetzung zur Studiumszulassung entwickelt und hierdurch der Fachkräftemangel in den medizinischen Ausbildungsberufen weiter vorangetrieben wird.¹³

Die **Leistung eines Freiwilligendienstes** ist als Wert für die Gesamtheit der Gesellschaft zu würdigen, darf aber seine "freiwillige" Absicht nicht verlieren.

Mündliche Auswahlverfahren sind in ihrer Eignung zur Auswahl Studierender umstritten. Hintergrund ist, dass die subjektive Wahrnehmung der Interviewer*innen durch unbewusste Biases die Chancengleichheit der Bewerber*innen mindert. Es besteht das Risiko, dass vermehrt hellhäutige hochdeutsch sprechende Bewerbende über diesen Auswahlprozess zugelassen und damit Kinder aus städtischen Akademikerfamilien bevorzugt werden. Dies steht im Kontrast dazu, dass der einzige bisher wissenschaftlich erfasste Prädiktor für eine spätere Tätigkeit im ländlichen Raum ein ländlicher Hintergrund der Bewerbenden ist, der als Strukturelement in Rahmen des Auswahlverfahren jedoch verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen würde.¹⁴

Um diese Kritikpunkten anzugehen schlagen wir vor, den gesetzgeberischen Rahmen dahingehend zu öffnen, dass andere strukturierte Testtypen zur Erfassung nicht-kognitiver Eigenschaften ermöglicht werden, die besser wissenschaftlich begleitet und qualitätsgesichert werden können. Beispielhaft seien die im Ausland, aber auch an einigen Universitätsstandorten in Deutschland durchgeführten Multiplen Mini Interviews.¹⁵ Dabei muss stets sichergestellt werden, dass die Interviewer*innen im Vorfeld bezüglich kognitiver Biases geschult werden, um deren Effekt zu vermindern.¹⁶ Da auch diese Formate noch wissenschaftlichen Entwicklungsbedarf aufweisen vor allem hinsichtlich der

¹² Hampe u. a., „Reduzierbarkeit der Abbrecherquote im Humanmedizinstudium durch das Hamburger Auswahlverfahren für Medizinische Studiengänge - Naturwissenschaftsteil (HAM-Nat)“.

¹³ bvmd. e.V., „Positionspapier ‚Zulassungsverfahren zum Medizinstudium in Deutschland‘“.

¹⁴ Walker u. a., „Rural Origin plus a Rural Clinical School Placement Is a Significant Predictor of Medical Students' Intentions to Practice Rurally: A Multi-University Study“.

¹⁵ Breil u. a., „Construct validity of multiple mini interviews – Investigating the role of stations, skills, and raters using Bayesian G-theory“.

¹⁶ Hertel-Waszak A u. a., „Steigerung von Interrater-Reliabilitäten im Münsteraner Studierfähigkeitstest“.

Outcome-Kriterien, die es vorherzusagen gilt, sollte die Gewichtung im Auswahlverfahren insgesamt nicht höher als 30% sein.

Daneben bleibt die Frage nach der Zuständigkeit für die evidenzbasierte Entwicklung, Implementierung, Erprobung und kontinuierliche Evaluation eines solchen Verfahrens offen. Auch wenn solche Kompetenzen an den sächsischen medizinischen Fakultäten durchaus vorhanden sind, halten wir sie für eine solch umfangreiche Neukonzeption für nicht ausreichend finanziert. Untersuchungen zu den Gütekriterien solcher Auswahlmethoden zeigen einen weitreichenden Bedarf an finanziellen und personellen Ressourcen. Wir befürchten, dass z.B. eine noch weiter reichende Inanspruchnahme der bisherigen Kapazitäten der Fakultäten zu Lasten der Ausbildungsqualität der aktuellen Studierenden gehen könnte.

Die **Abiturnote** sollte als Auswahlkriterium verwendet werden, wenn die gleichzeitige Forderung nach gutem Studienerfolg bestehen bleibt. Eignungstests wie z.B. der TMS werden am Studienerfolg validiert. Die Abiturnote stellt einen starken Prädiktor für eben diesen dar¹⁷, weshalb wir dieser als als Auswahlkriterium positiv gegenüber stehen, solange eine schlechte Note mit den restlichen Kriterien kompensierbar ist.¹⁸ Die Abiturnote nicht als Kriterium zu verwenden, könnte schließlich auch zu einer Verschlechterung der Außenwahrnehmung der landärztlichen Tätigkeit führen.

Der vorliegende Gesetzesentwurf lässt eine eindeutige Festlegung ob der Qualitätsmerkmale des Auswahlverfahrens vermissen. Es wird wiederholt von Studienerfolg oder in Umschreibungen von Berufserfolg als Zielkriterium gesprochen. Die Ausführung eben letzteren bleibt jedoch unbeantwortet. Eine Qualitätssicherung und Evaluation der Bewerber*innenauswahl wird dadurch erschwert.¹⁹

Insgesamt schlagen wir vor dem Hintergrund der genannten Argumente folgende Gewichtung ausgehend von einem einstufigen Bewertungsverfahren auf Basis von 100 erreichbaren Punkten vor:

- Ein objektiver, standardisierter, strukturierter und transparent ablaufender, sowie fortlaufend wissenschaftlich evaluierter Test für nicht-kognitive Eigenschaften wird mit bis zu 30 Punkten berücksichtigt.

¹⁷ Hampe u. a., „Wer wird ein guter Arzt?“

¹⁸ Hampe u. a., „Reduzierbarkeit der Abbrecherquote im Humanmedizinstudium durch das Hamburger Auswahlverfahren für Medizinische Studiengänge - Naturwissenschaftsteil (HAM-Nat)“.

¹⁹ bvmd. e.V., „Positionspapier ‚Zulassungsverfahren zum Medizinstudium in Deutschland‘“.

- Das Ergebnis eines strukturierten und validierten fachspezifischen Studierfähigkeits- und Berufseignungstest kann mit 40 Punkten angerechnet werden.
- Einschlägige Berufserfahrung und/oder eine mindestens einjährige und einschlägige Tätigkeit nach einem Freiwilligendienstgesetz oder Zivildienstgesetz soll mit insgesamt bis zu 10 Punkten berücksichtigt werden.
- Die verbleibenden 20 Punkte ergeben sich aus dem Ergebnis der Hochschulzugangsberechtigung.

Die Vertragsstrafe ist diskriminierend, die geplante Auslegung realitätsfremd.

Wir erkennen an, dass eine Strafe bei Vertragsbruch sinnvoll ist, um zu verhindern, dass Studieninteressierte, die kein tatsächliches Interesse an einer späteren Tätigkeit als Landärzt*in haben, die Plätze der Quote missbrauchen. Dies trifft allerdings nicht auf Personen zu, welche aus finanziell gut situierten Verhältnissen stammen und denen es somit möglich wäre, sich von den Verpflichtungen „freizukaufen“. Von unserer Seite wurde auf diesen Missstand, der die Studierenden anhand ihres Vermögens diskriminiert, bereits mehrfach hingewiesen.^{20,21,22}

Absatz 2, während er in seiner Grundidee natürlich richtig und wichtig ist und Studierende in Notsituationen vor einer „existenziellen Bedrängnis“ bewahren soll, führt aufgrund der in der Begründung geforderten restriktiven Auslegung zu erheblichen Problemen, die in diesem Entwurf nicht bedacht worden sind. Die Hintergründe, weshalb ein Studium abgebrochen oder nicht erfolgreich abgeschlossen werden kann, sind vielschichtig. Die hier vorliegenden Formulierungen bilden diese Komplexität in keinsten Weise ab. Studierende welche beispielsweise aufgrund von unzureichenden Prüfungsergebnissen exmatrikuliert werden, was nur in Teilen auf soziale, familiäre oder gesundheitliche Ursachen zurückzuführen ist, finden keine Erwähnung. Folglich würde auf Personen, die vor ihrem letzten Versuch einer Prüfung stehen, zusätzlich zu der ohnehin schon unverhältnismäßigen Drucksituation, die Angst lasten, diese Konventionalstrafe entrichten zu müssen.

²⁰ bvmd e.V., „Stellungnahme zur Versorgung in Thüringen“

²¹ bvmd e.V., „Offener Brief zur Positionierung zur Landarztquote in Baden-Württemberg“.

²² bvmd e.V., Fachschaftsrat Medizin und Zahnmedizin Dresden, Fachschaftsrat Medizin Leipzig (StuRaMed), „Stellungnahme zur ‚Landarztquote‘ in Sachsen“.

Die Evaluation liefert erst sehr spät aussagekräftige Zahlen und bedarf einer differenzierteren Aufstellung an Parametern.

Das beschriebene Vorgehen bezüglich der Evaluation betrachten wir mit Skepsis, da nahezu alle der angeführten Daten erst im Anschluss an Approbation und Fachärzt*innenausbildung erhoben werden können. Aufgrund des großen Zeitintervalls zwischen Bewerbendenauswahl und Teilnahme an der ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen kann das SächsLARztG so erst etwa 15 Jahre nach Inkrafttreten bezüglich der erfolgreichen Rekrutierung von Landärzt*innen ausgewertet werden. Mit der Definition differenzierter Evaluationskriterien, welche auch schon während des Studiums genutzt werden können, wäre eine schnellere Anpassung beispielsweise des Auswahlverfahrens möglich.

Im Gesetz fehlen zentrale Elemente für die erfolgreiche Bindung Studierender an das ländliche Tätigkeitsfeld.

Während im Entwurf der Eintritt ins Studium und der Weiterverbleib der Bewerber*innen in der Versorgung geregelt ist, fehlt es an Maßnahmen zur Unterstützung während des Studiums und bei der Niederlassung. Im gesetzlich vorgeschriebenen Ablauf ist zu erwarten, dass es vor allem in der zweiten Hälfte des Studiums, wenn die Kommiliton*innen auf den unquotierten Studienplätzen ihre Weiterbildungsentscheidungen treffen, zu Sinnkrisen mit dem Wunsch zur Umorientierung kommt. Weiterhin ist der Übergang der Absolvent*innen in die Versorgung ohnehin oft mit erheblichen persönlichen Herausforderungen belegt. Diese Umstände gilt es abzumildern, um eine erfolgreiche Übernahme von Versorgungsverantwortung in ländlichen Regionen gewährleisten. Vielversprechende Ansätze bieten hierzu studienbegleitende Programme wie sie bspw. von der Selbstständigen Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Leipzig²³ koordiniert werden. Die entsprechenden Studierenden kommen über diese Projekte schon im Studienverlauf mit dem Tätigkeitsfeld in Berührung und werden auf die späteren Anforderungen vorbereitet, was vor allem in den Anfangsjahren die Berufszufriedenheit und damit auch die Versorgungsqualität steigert. Um die Studierenden aus der Landarztquote im Studienverlauf nicht finanziell gegenüber anderen Studierenden mit Primärversorgungsabsicht zu benachteiligen, sollte ihnen außerdem ein Anspruch auf das sächsische Hausarztstipendium für Medizinstudierende²⁴ eingeräumt werden. In Vorbereitung der angestrebten Praxisübernahme sollten strukturierte Schulungen zu betriebswirtschaftlichen Fragestellungen, sowie zu Teamführung im Praxiskontext schon frühzeitig und

²³ Selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin, "Lehrprojekte".

²⁴ Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, "Sächsisches Hausarztstipendium für Medizinstudierende".

weiterbildungsbegleitend für die entsprechenden Absolvent*innen angeboten werden.

Langfristig muss die Versorgungsstruktur neu gedacht werden.

Eine Reihe von Faktoren und Entwicklungen gilt es dabei zu bedenken:

1. Um erfolgreich Ärzt*innen zu einer Tätigkeit im ländlichen Raum zu motivieren, muss vor allem dieser selbst attraktiv gestaltet werden. So müssen Umstände hergestellt werden, unter denen auch Lebenspartner*innen dem gewünschten Beruf nachgehen können und Möglichkeiten zur Kinderbetreuung bestehen. Eine gute infrastrukturelle Anbindung an nahe gelegene Städte ist ebenso essentiell.
2. Repräsentative Umfragen wie das "Berufsmonitoring Medizinstudierende" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Kooperation mit der bvmd²⁵ zeigen, dass eine Karriere im niedergelassenen Bereich in den letzten Jahren wieder für einen größeren Anteil der Studierenden grundsätzlich denkbar erscheint. Hier gilt es nun weitere Hürden abzubauen. Als größte Hürde zur Niederlassung sehen 62,3% der Medizinstudierenden medizinfremde Tätigkeiten und Bürokratie, gefolgt vom finanziellen Risiko (57,4%) und drohenden Regressforderungen durch die Krankenkassen (46,7%). Dabei präferiert eine wachsende Mehrheit der Medizinstudierenden eine angestellte Tätigkeit, wobei auch der ambulante Sektor zunehmend in Betracht gezogen wird²⁶. Gesetzgeberisch gilt es also, die Möglichkeiten auszubauen, mit denen Ärzt*innen im ambulanten Sektor in Angestelltenverhältnissen tätig werden können. Potential bieten hierbei Ärztenetze sowie medizinische Versorgungszentren, die zudem noch dem Wunsch nach enger interprofessioneller Zusammenarbeit entsprechen²⁷.
3. Darüber hinaus gibt es weitere, von der Ärzt*innenzahl weniger abhängige Innovationen, um die Versorgung zu verbessern und Engpässen entgegenzuwirken. Darunter fallen so unterschiedliche Modelle wie mobile Praxen, telemedizinische Angebote oder verstärkte Einbindung nicht- ärztlichen Personals in die Betreuung von Patient*innen.

²⁵ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“

²⁶ ebd.

²⁷ bvmd e.V. "Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu arbeiten? - Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels".

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Sebastian Schramm
Bundesvertretung der Medizinstudierenden
in Deutschland e. V.
vpe@bvmd.de

Katharina Freitag
Fachschaftsrat Medizin Leipzig
katharina.freitag@struamed-leipzig.de

Konstantin Willkommen
Fachschaftsrat Medizin und Zahnmedizin Dresden
konstantin.willkommen@medforum-dresden.de

Lukas Röhrig
Fachschaftsrat Medizin Leipzig
lukas.roehrig@sturamed-leipzig.de

Querverweise:

Breil, Simon M., Boris Forthmann, Anike Hertel-Waszak, Helmut Ahrens, Britta Brouwer, Eva Schönefeld, Bernhard Marschall, und Mitja D. Back. „Construct validity of multiple mini interviews – Investigating the role of stations, skills, and raters using Bayesian G-theory“. *Medical Teacher* 42, Nr. 2 (1. Februar 2020): 164–71. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1670337>.

Bussche, Hendrik van den, Stine Ziegler, Lea Krause-Solberg, und Martin Scherer. „Stabilität und Wechsel der von angehenden Fachärztinnen und Fachärzten angestrebte fachärztliche Anerkennung nach vier Weiterbildungsjahren“. *Das Gesundheitswesen* 79, Nr. 10 (Oktober 2017): 865–70. <https://doi.org/10.1055/s-0042-123848>.

bvmd e.V. „Gemeinsame Stellungnahme des Fachschaftsrates Medizin der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. zum Beratungsgegenstand: „Den medizinischen und pharmazeutischen Nachwuchs in Thüringen sichern - Ausbildungskapazitäten ausbauen“, 26. April 2020.
https://www.bvmd.de/fileadmin/user_upload/FSR_Medizin_Jena__bvmd_-_Stellungnahme_-_Den_medizinischen_und_pharmazeutischen_Nachwuchs_in_Thu%CC%88ringen_sichern_-_Ausbildungskapazita%CC%88ten_ausbauen.pdf.

bvmd e.V. „Offener Brief zur Positionierung zur Landarztquote in Baden-Württemberg“, 27. Juli 2019.
https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Stellungnahmen/2019-07-27_offener-Brief-Landarztquote-BW.pdf.

bvmd e.V. „Wie können wir Ärzt*innen motivieren, als Landärzt*in zu arbeiten? - Strategien zur Begegnung des Haus- und Landärztemangels“, 30.06.2018.
https://www.bvmd.de/fileadmin/redaktion/Grundsatzentscheidung_2018-06_Zukunft_der_Primaryversorgung_-_Landärztemangel.pdf, Zugriffen am 8. Oktober 2020.

bvmd. e.V. „Positionspapier ‚Zulassungsverfahren zum Medizinstudium in Deutschland‘“, 10. Mai 2015.

https://www.bvmd.de/fileadmin/user_upload/Positionspapier_2015-05_Zulassungsverfahren_zum_Medizinstudium_gea%CC%88ndert_am_2017-05-14.pdf.

bvmd e.V., Fachschaftsrat Medizin und Zahnmedizin Dresden, und Fachschaftsrat Medizin Leipzig (StuRaMed), „Stellungnahme zur ‚Landarztquote‘ in Sachsen“, 8. Mai 2019. <https://sturamed-leipzig.de/2019/05/stellungnahme-zur-landarztquote-in-sachsen/>.

Hampe, W., J. Hissbach, M. Kadmon, G. Kadmon, D. Klusmann, und P. Scheutzel. „Wer wird ein guter Arzt?: Verfahren zur Auswahl von Studierenden der Human- und Zahnmedizin“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 52, Nr. 8 (August 2009): 821–30. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0905-6>.

Hampe, Wolfgang, Dietrich Klusman, Henry Buhk, Dieter Münch-Harrach, und Siegrid Harendza. „Reduzierbarkeit der Abbrecherquote im Humanmedizinstudium durch das Hamburger Auswahlverfahren für Medizinische Studiengänge - Naturwissenschaftsteil (HAM-Nat)“. *GMS Journal for Medicals Education* 25, Nr. 2 (2008). <http://www.egms.de/de/journals/zma/2008-25/zma000566.shtml>.

Hell, Benedikt, Sabrina Trapmann, und Heinz Schuler. „Eine Metaanalyse der Validität von fachspezifischen Studierfähigkeitstests im deutschsprachigen Raum“. *Empirische Pädagogik* 21, Nr. 3 (2007): 251–70.

Hertel-Waszak A, Schönefeld E, Brouwer B, Ahrens H, Kurpat R, Geldmacher T, Marschall B, Brouwer B, Ahrens H, Kurpat R, Geldmacher T, und Marschall B. „Steigerung von Interrater-Reliabilitäten im Münsteraner Studierfähigkeitstest“. Zugriffen 8. Oktober 2020. <http://gma2017.uni-muenster.de/wp-content/uploads/2017/11/Steigerung-von-Interrater-Reliabilit%C3%A4ten-im-M%C3%BCnsteraner-Studierf%C3%A4higkeitstest.pdf>.

Kadmon, Guni, und Martina Kadmon. „Studienleistung von Studierenden mit den besten versus mittelmäßigen Abiturnoten: Gleicht der Test für Medizinische Studiengänge (TMS) ihre Prognosen aus?“ *GMS Journal for Medicals Education* 33, Nr. 1 (2016). <https://doi.org/10.3205>.

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. „Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018“, Juli 2019. https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf.

Schwibbe, Anja, Janina Lackamp, Mirjana Knorr, Johanna Hissbach, Martina Kadmon, und Wolfgang Hampe. „Medizinstudierendenauswahl in Deutschland“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 61, Nr. 2 (1. Februar 2018): 178–86. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2670-2>.

Selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin. „Lehrprojekte“. Zugriffen am 8. Oktober 2020. <https://home.uni-leipzig.de/~allgemeinmedizin/index.php/lehre/lehrprojekte>

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen

Zusammenhalt, "Sächsisches Hausarztstipendium für Medizinstudierende".

Zugegriffen am 8. Oktober 2020. <https://www.gesunde.sachsen.de/stipendium-medizin.html>

TMS-Koordinationsstelle. „Über den TMS“. Zugegriffen 8. Oktober 2020.

https://cip.dmed.uni-heidelberg.de/tms-info/tms-info/index.php?id=ueber_den_tms.

Walker, JH, DE DeWitt, JF Pallant, und CE Cunningham. „Rural Origin plus a Rural Clinical School Placement Is a Significant Predictor of Medical Students' Intentions to Practice Rurally: A Multi-University Study". *Rural and Remote Health* 12, Nr. 1 (9. Januar 2012).