



Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)136(7)

gel. ESV zur öAnh am 12.2.2020 -
Prüfverfahren ausländ. Ärzte

10.2.2020

IfAS – Institut für
Ausbildung und
Studienangelegen-
heiten

Prof. Dr. med. B. Marschall
Studiendekan der
Medizinischen Fakultät
Direktor IfAS

Stellungnahme

im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Bundestages zum Thema „Einheitliche Prüfverfahren zur fachlichen Eignung ausländischer Ärzte aus Drittstaaten“

Ärztinnen und Ärzte, die ihre Qualifikation im Ausland erworben haben, stellen eine wesentliche Stütze des deutschen Gesundheitssystems dar. Der demographische Wandel mit seinem Mehrbedarf an ärztlichen Leistungen, die erwartbar geringeren Lebensarbeitszeiten pro Kopf ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte, die fortschreitende Spezialisierung im Gesundheitswesen, sowie die Veränderungen im beruflichen (Dienst-)Alltag einer neuen Arzt-Generation haben zu einem viel diskutierten „Ärztemangel“ geführt - zumindest in dem bestehenden Gesundheitssystem.

Daher steht entsprechenden Bewerberinnen und Bewerbern aus dem Ausland ein begründeter Bedarf an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten gegenüber. Die Auswirkungen eines hierdurch ggf. verursachten Brain-Drains in den Herkunftsländern bedarf einer gesonderten, moralisch ethischen Betrachtung.

Bei der Frage nach dem Grad der Eignung potentieller Kandidatinnen und Kandidaten muss neben dem formalen Grad einer Qualifikation, insbesondere auch deren Passgenauigkeit auf das hiesige Gesundheitssystem Berücksichtigung finden. So weisen Studien darauf hin, dass selbst geringfügige Unterschiede in den Curricula der benachbarten EU-Länder Deutschland und den Niederlanden zu signifikant unterschiedlichen Verhaltensweisen der Absolventinnen und Absolventen, beispielsweise bei der Anforderung von Laborwerten und Röntgenuntersuchungen, führen können (Harendza).

Neben derartigen methodischen und konzeptionellen Varianzen können auch die kulturellen, religiösen und sprachlichen, aber auch beispielsweise die versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen einer medizinischen Ausbildung das Absolventenprofil maßgeblich beeinflussen.

Darüber hinaus muss konstatiert werden, dass es sich im Studienfach der Medizin um einen hochspezialisierten und überaus forschungsaktiven Bereich handelt. Der hier festzustellende rasante Wissenszuwachs führt zu rapide abnehmenden Halbwertszeiten des medizinischen Fachwissens. In einigen Bereichen wird bereits von einer Halbwertszeit von nur wenigen Monaten gesprochen.

Daher haben sich die Ziele eines akademischen Studiums mehr denn je auf den Erwerb ärztlicher Kompetenzen, denn auf einen reinen Wissenstransfer zu fokussieren. Dennoch oder gerade deswegen ist eine enge Anbindung der Lehre an die Forschung notwendig, da bereits kleinere Latenzen zwischen dem aktuellen Erkenntnisstand der Wissenschaft und dem jeweiligen Stand der medizinischen Ausbildung zu sich selbst potenzierenden Defiziten führen können. Dem entsprechend ist auch der aktuelle Entwicklungsstand bei der Beurteilung der in einem spezifischen Umfeld erworbenen Abschlüsse zu berücksichtigen.

Daher ist bei einer Eignungsprüfung potentieller Kandidatinnen und Kandidaten neben einer rein quantitativen Bewertung der Curricula insbesondere auch ein inhaltlicher Vergleich des erreichten Absolventenprofils auf der Basis des im Nationalen Kompetenz basierten Lernzielkataloges in der Medizin (NKLM) niedergelegten Standards zu berücksichtigen.

Dem gegenüber muss allerdings auch festgestellt werden, dass die in der Presse aufgeworfenen deletären Verläufe vermeintlich unzureichender Qualifizierungen ausländischer Ärztinnen und Ärzte eher auf ein Organisationsverschulden der diese Kolleginnen und Kollegen führenden Einrichtungen, denn auf ein Individualversagen hindeuten. Zumindest ist für die Tätigkeit als Notarzt eine entsprechende Zusatzqualifikation und für die Assistenzarztätigkeit im Krankenhaus eine fachärztliche Aufsicht vorgesehen, die derartig tragische Auswirkungen von Einzelentscheidungen vermeiden sollten.

Nichts desto trotz ist der Prüfung und Anerkennung eines im Ausland erworbenen Abschlusses im Hinblick auf die hiermit zu erteilende Approbation eine erhebliche Relevanz beizumessen.

Das Postulat dieser von einer vollständigen Ableistung der in der Approbationsordnung vorgeschriebenen Ärztlichen Prüfung in allen ihren Abschnitten abhängig zu machen, ist dem gegenüber ebenso inadäquat, wie die alleinige Fokussierung auf deren letzten Prüfungsabschnitt.

Eine Prüfung bezieht sich in der Regel auf die zu erreichenden Lernziele des ihr vorangehenden Ausbildungsabschnittes. Dem entsprechend ist die Ausrichtung des ersten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung nach aktueller Approbationsordnung deutlich mehr Grundlagenorientiert, als dies beispielsweise für den Zweiten Abschnitt zu erwarten ist. Auch wenn das im so genannten vorklinischen Studienabschnitt erworbene Fachwissen eine nicht unerhebliche Rolle – im Sinne eines wissen(schafts) basierten Handelns - bei der Lösung der Prüfungsaufgaben des Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung spielt, wäre auch ein Absolvent nach hiesigem Recht zum Zeitpunkt des Zweiten, und schon gar nicht zum Dritten Abschnitt kaum mehr in der Lage, die im Ersten Abschnitt geforderte Detailtiefe zu reproduzieren.

Die Forderung nach einer zwingenden Ableistung aller Prüfungsabschnitte im Rahmen einer Kenntnisprüfung würde zu einer vollkommen unnötigen Beschäftigung der Absolventinnen und Absolventen mit dem Prüfungsstoff einer viel niedrigeren Taxonomie-Stufe bedingen, als es ihrem eigentlichen Ausbildungsstand angemessen ist.

Dem gegenüber kann aber ebenfalls der alleinige Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach aktueller Approbationsordnung nicht als eine Vorlage für ein Prüfungsformat dienen, welches den o.g Erfordernissen einer angemessenen Erfassung der Ärztlichen Kompetenz auch nur annähernd entsprechen kann. Betrachtet man allein die in den drei Prüfungsabschnitten üblichen Durchfallquoten so ist diesen deutlich zu entnehmen, dass es sich hierbei um eine in der Gesamtheit aufeinander aufbauende Qualifikation handelt, die ihre Gültigkeit nur in ihrer Gesamtheit aus schriftlichen, mündlichen und mündlich-praktischen Prüfungsanteilen bezieht.

Insbesondere das bis dato vorgesehene Format einer mündlichen Prüfung im Rahmen der Kenntnisprüfungen gemäß §37 der Ärztlichen Approbationsordnung muss im Hinblick auf die Tragweite der zu treffenden Entscheidung und unter Berücksichtigung der mit diesem Format erreichbaren Parameter für Reliabilität und Validität als vollkommen unzureichend angesehen werden.

Die mündliche Prüfung kann als eine der ältesten und traditionellsten Formen der Beurteilung fachlicher Kompetenzen angesehen werden. Nach Auffassung der Befürworter soll mit ihr nicht nur das Wissen der Kandidatinnen und Kandidaten bewertet, sondern auch die Tiefe des Wissens untersucht und andere Qualitäten, wie z. B. die mentale Flexibilität, getestet werden.

So alt das Prüfungsformat ist, so lange wird bereits in der Literatur dessen Einsatz in so genannten High-Stakes-Examina diskutiert. Dem entsprechend weit reichen die relevanten Artikel in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung und die darin niedergelegte Kritik an der erwiesenermaßen viel zu geringen Zuverlässigkeit (Reliabilität) dieses Prüfungsformates zurück (Colton & Peterson; Foster et al.; Kelly et al.). Diese basiert im Wesentlichen auf der aktiven Rolle der Prüferin, bzw. des Prüfers innerhalb einer Prüfung und die damit einhergehende Subjektivität, was bei methodischer Betrachtung als systemischer Bias angesehen werden muss.

Die Gründe für die geringe Reliabilität wirken sich ebenfalls nachteilig auf die Validität der mündlichen Prüfungen aus (Schuwirth & Van der Vleuten), da insbesondere die prüferabhängige Varianz der Prüfungs inhalte, sowie deren Schwerpunktsetzung zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Aussagekraft führen.

Obwohl mündliche Prüfungen eigentlich zur möglichst unabhängigen Beurteilung der Kenntnisse einer Bewerberin, eines Bewerbers dienen sollten, fließen nachgewiesenermaßen ebenfalls Persönlichkeitsaspekte der Kandidatinnen und Kandidaten als Störgröße in die Wertung mit ein (Bull; Holloway et al.; Thomas et al.).

Als für die hier zu erörternden Kenntnisprüfungen von besonderer Bedeutung müssen Hinweise verstanden werden, die nahelegen, dass auch der verbale Stil

und sogar die Kleidung der Kandidatinnen und Kandidaten die Ergebnisse in gravierendem Maß beeinflussen können (Rowland-Morin et al.; Burchard et al.).

Roberts et al. wiesen anhand einer detaillierten Analyse der verwendeten Sprache (Diskursanalyse) im Rahmen der Aufnahmeprüfung des Royal College of General Practitioners (MRCGP) darauf hin, dass Kandidatinnen und Kandidaten aus ethnischen Minderheiten und solche, die im Ausland ausgebildet wurden ein höheres Maß an Problemen mit der mündlichen Prüfungen ausgesetzt waren, als es ihrem realen Kenntnisstand nach erwartbar gewesen wäre. Eine derartige Benachteiligung ist nicht zuletzt auf institutionell, empirisch und kulturell bedingte Deutungs- und Verwendungsunterschiede der gebrauchten Begrifflichkeiten zurückzuführen.

Angesichts der angeführten Probleme mit dem Prüfungsformat ist es nachvollziehbar, dass „die meisten US-Boards die mündliche Prüfung vor etwa 30 Jahren gänzlich abgebrochen haben, da nachgewiesen wurde, dass sie trotz gegenteiliger Intuition dem Bewertungsprozess wenig Wert hinzufügte“ (Norman (2000)).

In Zusammenschau dieser Befunde ist es naheliegend, dass traditionelle mündliche Prüfungen für die Beurteilung von High Stake – Examina nicht geeignet sind. Allerdings kann das Potential *erfahrener* mündlicher Prüfer nicht ignoriert werden. Cox behauptete in Bezug auf die mündliche Prüfung, dass (nur) der „direkte persönliche Kontakt die Beurteilung [...] von Werten und Einstellungen ermöglicht“.

Daher gilt es für ein der Tragweite der Entscheidung angemessenes Prüfungsformat zu entwickeln, welches die in der Literatur hinlänglich bekannten Tools zur Sicherstellung einer adäquaten Reliabilität berücksichtigt.

Dies kann und darf ausschließlich von Einrichtungen übernommen werden, die eine entsprechende Erfahrung in der curricularen Planung, dem Erstellen von Blueprints und der Organisation und Durchführung von Hochschulprüfungen verfügen, bzw. über ein Qualifikationspotential, welches dem Master of Medical Education entspricht.

Prof. Dr. B. Marschall
Studiendekan der Medizinischen Fakultät
Direktor des Institutes für Ausbildung und Studienangelegenheiten

Institut für Ausbildung und Studienangelegenheiten
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Albert-Schweitzer-Campus 1 / Gebäude A6
48149 Münster
Tel.: +49 (0) 251 / 83-58900
Fax: +49 (0) 251 / 83-58934
E-Mail: studiendekan@uni-muenster.de
Web: <http://medicampus.uni-muenster.de>
Sprechstunden: <http://medicampus.uni-muenster.de/marschall.html>

Literaturauswahl:

- AMIEL, G.E., TANN, M., KRAUSZ, M.M. & BITTERMAN, A. (1997) Increasing examiner involvement in an Objective Structured Clinical Examination by integrating a structured oral examination, *American Journal of Surgery*, 173, pp. 546–549.
- ANASTAKIS, D.J., COHEN, R. & REZNICK, R.K. (1991) The structured oral examination as a method for assessing surgical residents, *American Journal of Surgery*, 162, pp. 67–70.
- BROWN, M.H., REGEHR, G. & REZNICK, R.K. (1996) The effect of early performance on examiners' marking patterns during an oral examination, *Academic Medicine*, 71, pp. 73S–75S.
- BULL, G.M. (1959) Examinations, *Journal of Medical Education*, 34, pp. 1154–1158.
- BURCHARD, K.W., ROWLAND-MORIN, P.A., COE, N.P.W. & GARB, J.L. (1995) A surgery oral examination: interrater agreement and the influence of rater characteristics, *Academic Medicine*, 70, pp. 1044–1046.
- COLTON, T. & PETERSON, O.L. (1967) An assay of medical students' abilities by oral examination, *Journal of Medical Education*, 42, pp. 1005–1014.
- COX, K.R. (1982) How to improve oral examinations, in: K.R. COX & C.E. EVANS (Eds), *The Medical Teacher* (Edinburgh, Churchill Livingstone).
- DAELMANS, H.E.M., SCHERPIER, A.J.J.A., VAN DER VLEUTEN, C.P.M. & DONKER, A.B.J.M. (2001) Reliability of clinical oral examination re-examined, *Medical Teacher*, 23, pp. 422–424.
- DEALE, R.N. (1975) Assessment and testing in the secondary school, *Schools Council Examinations Bulletin*, 32 (London, Evans/Methuen Educational).
- DES MARCHAIS, J.E. & JEAN, P. (1993) Effects of examiner training on open-ended, higher taxonomic level questioning in oral certification examinations, *Teaching and Learning in Medicine*, 3, pp. 24–28.
- ESMAIL, A. & MAY, C. (2000) Oral exams—get them right or don't bother, *British Medical Journal*, 320, p. 375.
- EVANS, L.R., INGERSOLL, R.W. & SMITH, E.J. (1966) The reliability, validity and taxonomic structure of the oral examination, *Journal of Medical Education*, 41, pp. 651–657.
- FABB, W.E. & MARSHAL, J.R. (1983) *The Assessment of Clinical Competence in General Family Practice* (Lancaster, MTP Press).

FOSTER J.T., ABRAHAMSON, S., LASS S., GIRARD, R. & GARRIS, R. (1969) Analysis of an oral examination used in specialty board certification, *Journal of Medical Education*, 44, pp. 951–954.

GIBBS, H., HABESHAW, S. & HABESHAW, T. (1988) *Interesting Ways to Teach: 53 Interesting Ways to Assess your Students* (Bristol, Technical and Educational Services).

HARDEN, R.M., CROSBY, J.R. & DAVIS, M.H. (1999) AMEE Medical Education Guide No. 14: Outcome-based education, Part 1: an introduction to outcome-based education, *Medical Teacher*, 21, pp. 7–14.

HOLLOWAY, P.J., COLLINS, C.K. & START, K.B. (1968) Reliability of viva voce examinations, *British Dental Journal*, 125, pp. 211–214.

HOLLOWAY, P.J., HARDWICK, J.L., MORRIS, J. & START, K.B. (1967) The validity of essay and viva-voce examining techniques, *British Dental Journal*, 123, pp. 227–232.

JAYAWICKRAMARAJAH, P.T. (1985) Oral examinations in medical education, *Medical Education*, 19, pp. 290–293.

JOLLY, B. & GRANT, J. (1997) *The Good Assessment Guide—A Practical Guide to Assessment and Appraisal for Higher Specialist Training* (London, Joint Centre for Education in Medicine).

KEARNEY, R.A., PUCHALSKI, S.A., YANG, H.Y.H. & SKAKUN, E.N. (2002) The inter-rater and intra-rater reliability of a new Canadian oral examination format in anesthesia is fair to good, *Canadian Journal of Anaesthesia*, 49, pp. 232–236.

KELLY, P.R., MATTHEWS, J.H. & SCHUMACHER, C.F. (1971) Analysis of the oral examinations of the American Board of Anesthesiology, *Journal of Medical Education*, 46, pp. 982–988.

MARSHAL, V.R. & LUDBROOK, J. (1972) The relative importance of patient and examiner variability in a test of clinical skills, *British Journal of Medical Education*, 6, pp. 212–217.

MCFARLANE, A.C., GOLDNEY, R.D. & KALUCY, R.S. (1989) A factor analytic study of clinical competence in undergraduate psychiatry,

Medical Education, 23, pp. 422–428. MCGUIRE, C.H. (1966) The oral examination as a measure of professional competence, *Journal of Medical Education*, 41, pp. 267–274.

MILLER, G.E. (1990) The assessment of clinical skills/competence/performance, *Academic Medicine*, 65, pp. S63–S67.

NORMAN, G. (2000), Examining the examination: Canadian versus US radiology certification exam, *Canadian Association of Radiologist Journal*, 51, pp. 208–209.

POKORNY, A.D. & FRAZIER, S.H. (1966) An evaluation of oral examinations, *Journal of Medical Education*, 41, pp. 28–40.

ROBERTS, C., SARANGI, S., SOUTHGATE, L., WAKEFORD, R. & WASS, V (2000) Oral examinations equal opportunities, ethnicity, and fairness in the MRCGP, *British Medical Journal*, 320, pp. 370–375.

ROWLAND-MORIN, P.A., BURCHARD, K.W., GARB, J.L. & COE, N.P. (1991) Influence of effective communication by surgery students on their oral examination scores, *Academic Medicine*, 66, pp. 169–171.

SANDARS, J. (1998) *MRCGP: approaching the New Modular Examination Approach to the Oral Examination Component* (Cheshire, Pasttest).

SCHIFF, R. (2001) A short case prolonged, *British Medical Journal*, 323, p. 551.

SCHUWIRTH, L.W.T. & VAN DER VLEUTEN, C.P.M. (1996) Quality control: assessment and examinations. Available at: http://www.oeghd.or.at/zeitschrift/1996h1-2/06_art.html (accessed).

SCHWARTZ, P.L. & SEIN, K.T. (1987) A different twist to the 'staff:student ratio': administering medical oral examinations to students in groups, *Medical Education*, 21, pp. 265–268.

SOUTHGATE, L. & GRANT, J. (2003) Principles and standards for an assessment system for postgraduate medical training, the Postgraduate Medical Education and Training Board. Available at: <http://www.pmetb.org.uk> (accessed 27 May 2005).

STILLMAN, R.M., LANE, K.M., BEETH, S. & JAFFE, B.M. (1983) Evaluation of the student: improving validity of the oral examination, *Surgery*, pp. 439–442.

SWANSON, D.B. (1987) A measurement framework for performance based tests, in: I.R. HART & R.M. HARDEN (Eds), *Further Developments In Assessing Clinical Competence* (Montreal, Can-Heal).

SWING, S. & BASHOOK, F.G. (2000) *Toolbox of Assessment Methods* (Evanston, IL, Accreditation Council for Graduate Medical Education & American Board of Medical Specialties).

THOMAS, C.S., MELLSOP, G., CALLENDER, K., CRAWSHAW, J., ELLIS, P.M., HALL, A., MACDONALD, J., SILFVERSKIOLD, P. & ROMANS-CLARKSON, S. (1992) The oral examination: a study of academic and non-academic factors, *Medical Education*, 27, pp. 433–439.

WAKEFORD, R., SOUTHGATE, L. & WASS, V. (1995) Improving oral examinations: selecting, training and monitoring examiners for the MRCGP, *British Medical Journal*, 311, pp. 931–935.

WASS, V., WAKEFORD, R., NEIGHBOUR, R. & VAN DER VLEUTEN, C. (2003) Achieving acceptable reliability in oral examinations: an analysis of the Royal College of General Practitioners membership examination's oral component, *Medical Education*, 37, pp. 126–131.

ZELENOCK, G.B., CALHOUN, J.G., HOCKMAN, E.M., YOUMANS, L.C., ERLANDSON, E.E., DAVIS, W.K. & TURCOTTE, J.G. (1985) Oral examinations: actual and perceived contributions to surgery clerkship performance, *Surgery*, 97, pp. 737–744.