



Wortprotokoll der 80. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 12. Februar 2020, 14:30 Uhr
Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101,
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

- a) Antrag der Abgeordneten Dr. Axel Gehrke, Paul Viktor Podolay, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Einheitliches Prüfverfahren zur fachlichen Eignung ausländischer Ärzte aus Drittstaaten

BT-Drucksache 19/6423

- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Filiz Polat, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Inneres und Heimat
Ausschuss für Arbeit und Soziales
Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung

Hohe Versorgungsqualität in der Einwanderungsgesellschaft sicherstellen, interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen fördern

BT-Drucksache 19/16844

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Freudenstein, Dr. Astrid Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14.30 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Ich eröffne unsere 80. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, die in Form einer öffentlichen Anhörung stattfindet. Ich darf Sie alle begrüßen, die Zuschauerinnen und Zuschauer, die Sachverständigen, die Kolleginnen und Kollegen und ganz besonders begrüße ich die Parlamentarische Staatssekretärin Frau Weiss, sowie weitere Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Wir beschäftigen uns heute mit einem Antrag der Fraktion der AfD – Einheitliches Prüfverfahren zur fachlichen Eignung ausländischer Ärzte aus Drittstaaten, sowie einem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Hohe Versorgungsqualität in der Einwanderungsgesellschaft sicherstellen, interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen fördern. Meine Damen und Herren, die Fraktion der AfD ist der Auffassung, dass durch fehlende Fach- und Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte aus Drittstaaten Gefahren für die Patienten drohen. Sie verlangt deshalb, dass ausländischen Ärztinnen und Ärzten die Berufserlaubnis bzw. Approbation erst nach einer dem dritten Staatsexamen des Medizinstudiums entsprechenden Prüfung und dem Nachweis von Sprachkenntnissen auf dem Niveau C1 erteilt wird. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hält eine diversitätsbezogene Öffnung des Gesundheitswesens für dringend notwendig und fordert die Bundesregierung deshalb unter anderem dazu auf, bundesweit Standards für Anerkennungsverfahren bei Pflege- und Gesundheitsberufen für Inhaberinnen und Inhaber von Qualifikationen aus dem Ausland zu schaffen und dabei Berufserfahrung, praktische Kenntnisse, sowie sprachliche und interkulturelle Kompetenzen als Grundlage für eine Anerkennung miteinzubinden. Das kurz als Zusammenfassung der beiden Anträge. Ich denke, dass wir jetzt auf die Expertise der Sachverständigen setzen können. Bevor wir damit beginnen einige Anmerkungen. Die Anhörung dauert vereinbarungsgemäß 60 Minuten und die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge, die der Stärke der Fraktionen entspricht, stellen. Es wird eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gerichtet, nach genau 60 Minuten werden wir die Anhörung schließen. Ich bitte darum, dass die Fragen und auch die Antworten kurz gehalten werden und ich bitte darum, dass die

Sachverständigen bei der Beantwortung das Mikrofon benutzen und dass man Namen und Verband benennt. Das erleichtert die Protokollierung und erleichtert es auch den Zuschauerinnen und Zuschauern nachzuvollziehen, wer antwortet. Mobiltelefone sollten nicht genutzt werden, wenn es klingelt, kostet das fünf Euro. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen. Außerdem ist sie in der Mediathek des Bundestages abzurufen und es wird ein Wortprotokoll erstellt. Die erste Frage stellt der Kollege Rudolf Henke für die CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe, GfG, an Frau Dörfler. Könnten Sie uns zu Beginn der Anhörung einmal knapp die Aufgabenstellung der Gutachtenstelle erläutern, insbesondere wie genau eine Echtheitsprüfung von Ausbildungsnachweisen durchgeführt wird und wie häufig sich die zuständigen Anerkennungsbehörden aus den Ländern diesbezüglich an die Gutachtenstelle wenden?

Sve **Carola Dörfler** (Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG)): Die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe ist eingebettet in die Zentralstelle für Ausländisches Bildungswesen (ZAB) im Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) und wurde 2016 errichtet, im Nachgang zur Anerkennungsgesetzgebung des Bundes, insbesondere der Öffnung für die Drittstaaten im Gesundheitsbereich. Vorher war es nur einem EU-Angehörigen möglich, zum Beispiel als Arzt in Deutschland approbiert zu werden. Das wurde damit anders. Die Anerkennungsbehörden waren mit der Aufgabe der Begutachtung dieser vielen verschiedenen Ausbildungen überfordert und die Länder haben sich überlegt, wie man Unterstützung schaffen kann. Das ist mit der Einrichtung der Gutachtenstelle geschehen. Wir unterstützen die Anerkennungsbehörden, arbeiten nicht für Privatpersonen oder für Verbände und sind dadurch quasi in die normalen Anerkennungsverwaltungsverfahren eingebunden. Wir bieten drei verschiedene Produkte an. Eines davon ist die Echtheitsprüfung – dazu komme ich gleich etwas detaillierter –, dann die Feststellung der deutschen Referenzqualifikation, und unser



Hauptgeschäft, das detaillierte Gutachten zur inhaltlichen Gleichwertigkeit. Die Echtheitsprüfung gliedert sich in die Dokumentenprüfung, also man guckt sich das Abschlussdokument an. Wir arbeiten mit Originaldokumenten, nicht mit deutschen Übersetzungen, wir haben genügend Personal, das die Fremdsprachenkompetenz abbildet, sodass wir mit Originalunterlagen arbeiten können. Wir haben eine große Datenbank mit Vergleichsdokumenten. Wenn zum Beispiel eine Abschlussurkunde aus Syrien zur Überprüfung kommt, haben wir sehr viele Vergleichsdokumente aus unterschiedlichen Zeiträumen von verschiedenen Ausbildungsinstitutionen zur Verfügung, um die Unterlage zu vergleichen. Darüber hinaus haben wir die Möglichkeit, Datenbanken zu nutzen. Um beim Beispiel Syrien zu bleiben: In Syrien muss man nach dem Medizinstudium eine Staatsprüfung ablegen, das syrische Gesundheitsministerium führt Datenbanken, wo man sehen kann, wer diese Prüfung wann, mit welchem Ergebnis abgelegt hat. Wir haben die Möglichkeit Ärztekammern zu kontaktieren – in sehr vielen Staaten der Erde ist es so, dass Ärzte auch bei den Kammern organisiert und registriert werden, dort werden auch Listen geführt über die Angehörigen der Kammern – und die können in der Regel sagen, wer in welchem Zeitraum Mitglied gewesen ist und so weiter. Also man kann an sich sehr gut überprüfen, auch anhand der Ausbildungsunterlagen, ob das, was eingereicht wird, plausibel ist. Im Einzelfall kann man die Urkunde und das Dokument überprüfen. Wir haben bisher knapp 1 000 Echtheitsprüfungen durchgeführt. Wir werden aber sicherlich nicht in jedem Fall hinzugezogen. Das hängt damit zusammen, dass manche Anerkennungsbehörden in den Fällen, in denen die Unterlagen nicht von der deutschen Botschaft des Herkunftslandes legalisiert sind, die Person direkt in die Kenntnisprüfung schicken und gar keine weitere Überprüfung vornehmen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau Ahmed. Sie sind als Assistenzärztin in Wiesbaden tätig und stammen aus dem Sudan. Sie haben einen Vorbereitungskurs zur Kenntnisprüfung beim Verein *beramí e. V.* in Frankfurt absolviert. Bitte berichten Sie uns kurz von Ihren persönlichen Erfahrungen auf dem Weg bis zur Erlangung der Approbation in Deutschland. Was waren Ihre größten Herausforderungen?

ESVe **Wafa A. B. Ahmed**: Ich komme ursprünglich aus dem Sudan. Ich lebe seit 15 Jahren hier in Deutschland und habe mittlerweile drei Kinder zur Welt gebracht. Ich habe meinen Weg hier in Deutschland angefangen mit einer Berufserlaubnis, drei Jahre habe ich mit Unterbrechungen in einer neurologischen Rehaklinik gearbeitet. Ich war bei der Landesärztekammer und beim Landesprüfungsamt Hessen und man hat mir dort nicht gesagt, dass ich eine Kenntnisprüfung ablegen muss. Das war eine sehr lange Wartezeit, erstmal, auch eine sehr schwierige Bürokratiezeit, danach habe ich vom Landesprüfungsamt die Akademie *beramí e. V.* kennengelernt und habe dort einen Vorbereitungskurs absolviert. Das war sehr wichtig und ein Wendepunkt in meiner Karriere, weil dort werden die Ärzte auch sprachlich und praktisch intensiv trainiert und auch das Gesundheitswesen in Deutschland wird vorgestellt. Ich habe meine Prüfung in Marburg absolviert und das war, meiner Meinung nach, eine optimale Prüfung. Ich hatte Glück mit meiner Kommission. Die Prüfung ist eine Mischung aus mündlichen, praktischen und schriftlichen Teilen. Ich bin jetzt im DRK-Schmerzzentrum Mainz als Assistenzärztin und habe angefangen mit meiner Facharztausbildung hier in Deutschland und Schmerztherapie auch.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Heinemann-Meerz von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt. Zurzeit finden sogenannte Gleichwertigkeitsverfahren und Kenntnisprüfungen bei den Landesärztekammern statt. Welche Probleme gibt es aus Ihrer Sicht dabei und was müsste geändert werden?

SVe **Dr. Simone Heinemann-Meerz** (Ärztekammer Sachsen-Anhalt (ÄKSA)). Ich bin Präsidentin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt. Wir sind schon seit 2012 mit der Thematik befasst und haben damals mit den Sprachprüfungen angefangen. Das hat natürlich immer irgendwelche Gründe und wir sind dann übergegangen zu Kenntnisprüfungen, die das Landesverwaltungsamt macht. Das Landesverwaltungsamt nimmt sich natürlich Ärzte, die unsere Mitglieder sind, zur Hilfe, um diese Prüfungen zu organisieren. Im Prinzip kommen alle Anwärter aus Nicht-EU-Staaten in die sogenannte Gleichwertigkeitsprüfung. Wenn festgestellt ist, es gibt eine Gleichwertigkeit der Ausbildung, bekommen



diejenigen die vorläufige Approbation und wenn die Gleichwertigkeit nicht gegeben ist, muss eine Kenntnisprüfung abgelegt werden. Man kann sich leicht vorstellen, dass die Gleichwertigkeit von Ländern aus Nicht-EU-Staaten nie gegeben ist. Also in Arabien oder Syrien und so weiter ist die Ausbildung nie gleich, es gibt immer Differenzen in den Inhalten der Ausbildung. Man kann das schwer vergleichen, es gibt keinen Standard. Beispiel: Wenn die Mitarbeiterin im Landesverwaltungsamt feststellt, 100 Stunden innere Medizin müssen sein, und es sind nur 70, stellt sich die Frage, ist das jetzt belanglos, kann man das ignorieren oder ist das relevant? Wie gesagt, es gibt keinen Standard in der Vergleichbarkeit, wo man sagen kann, das ist gleichwertig und das nicht; das ist schon mal das eine und das ist bundesweit so. Von denen, die in der Gleichwertigkeitsprüfung sind, kommt nur die Hälfte bei den Kenntnisprüfungen an. Das ist aus unserer Sicht ganz schlecht. Aus unserer Sicht müssten alle eine Kenntnisprüfung machen, was auch nicht schlimm ist, sondern das dient der Patientensicherheit und auch den Kollegen, die mit diesen Kollegen zusammen arbeiten müssen. Also da ist nichts standardisiert und es ist ganz schwer vergleichbar. Ich muss sagen, wir brauchen die ausländischen Kollegen, das ist inzwischen fast wie die dritte Fakultät bei uns im Land. Wir können auf die nicht verzichten. Wir haben etwa 1 200 ausländische Kollegen, mehr als die Hälfte kommen aus Drittstaaten und wir brauchen die und sie sind uns eine wertvolle Hilfe, aber wir brauchen sie wirklich nur, wenn sie eine vergleichbare Ausbildung haben. Um das zu vergleichen, gibt es keinen bundesweiten Standard, sondern es wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Es ist auch bekannt, was in welchem Bundesland wie gehandhabt wird und danach richten sich die Kollegen auch bei ihrer Bewerbung. Die Echtheit der Urkunden können sie nicht vergleichen. Ich habe das auf dem Ärztetag auch laut gesagt: Bei einer Urkunde, die von einer ausländischen Universität angefordert wird, in einem Land, wo es Korruption gibt oder wo bestimmte Werte nicht ganz so geachtet werden wie bei uns, können sie nicht prüfen, ob die Urkunde, selbst wenn sie vom Rektor unterschrieben ist, echt ist. Also wir hätten als Ärztekammer für 300 Euro an einer Universität aus den GUS-Staaten eine Approbation, einen Abschluss eines Medizinstudiums kaufen können. Das können sie hier nicht prüfen. Man kann das nur

hinbekommen, indem man die Leute in die Kenntnisprüfung schickt und wenn derjenige das Staatsexamen nochmal mitmacht und besteht, ist es völlig in Ordnung. Dann könnte man sich sogar die Sprachprüfung sparen, weil wer das versteht und wer da durchkommt, der kann auch mit den Inhalten und der Sprache umgehen. Also Gleichwertigkeitsprüfung ist immer nur per Aktenlage und das ist zum Teil ungerecht und es gibt keinen Standard. Kenntnisprüfung wäre sinnvoll für alle, aber dann nach einem bestimmten Standard. Das Staatsexamen würde sich anbieten. Den Nachweis für die Echtheit der Urkunden, das können wir in Deutschland, glaube ich, nicht wirklich leisten.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Frau Wichmann vom Marburger Bund. Die AfD sagt in ihrem Antrag, die Ärzte bringen nicht das Wissen mit, deswegen dürfen sie eigentlich auch nicht im Krankenhaus arbeiten. Wie ist denn Ihr Eindruck von Ihren Kolleginnen und Kollegen, die aus dem Ausland stammen? Sind dies alles Leute, die unfähig sind etwas zur medizinischen Versorgung beizutragen oder haben Sie den Eindruck, dass sie schon einen großen Beitrag zur medizinischen Versorgung leisten? Was halten Sie also von diesem Antrag, den die AfD hier stellt?

ESVe **Ruth Wichmann**: Ich bin die Leiterin des Auslandsreferates des Marburger Bundes. Der Antrag der AfD zielt auf eine Änderung des Anerkennungsgesetzes ab. Der Grundgedanke des Anerkennungsgesetzes ist, dass zunächst die Ausbildung und die beruflichen Leistungen von in Drittstaaten ausgebildeten Ärzten begutachtet und auch wertgeschätzt werden. Es soll nur dann eine Prüfung stattfinden, wenn wesentliche Unterschiede festgestellt werden, die nicht durch Berufserfahrung ausgeglichen werden können. Der Antrag geht dahin, dass man das Anerkennungsgesetz ausschließlich für den ärztlichen Beruf ändert. Es wird gesagt, das wäre im Sinne der Patientensicherheit. Die Belege, die beigebracht werden, sind allerdings überhaupt nicht stichhaltig und rechtfertigen meiner Auffassung nach keine derart weitreichende Gesetzesänderung. Die ausländischen Ärzte leisten einen enormen Beitrag zur Patientensicherheit in Deutschland. Aus den Drittstaaten haben seit in Kraft treten des Anerkennungsgesetzes rund 17 000 Ärzte das Anerkennungsverfahren



erfolgreich durchlaufen und sind in der Patientenversorgung angekommen. Wenn man jetzt ohne stichhaltige Beweise zu haben sagt, ich kann es zwar nicht belegen, aber da gibt es Mängel, diskreditiert man die Arbeit dieser Ärzte. Ein anderes Ziel des Anerkennungsgesetzes war es, die Gewinnung von qualifizierten und erfahrenen Ärzten aus Drittstaaten zu erleichtern. Das würde natürlich erschwert, wenn sich die Forderungen der AfD durchsetzen. Mir sind keine Hinweise, auch nicht von unseren Mitgliedern bekannt, dass ausländische Ärzte aus Drittstaaten schlechte Arbeit leisten oder eine Gefahr für die Patienten wären. Wir müssten überlegen, wie es aussehen würde, auch in den Kliniken, wenn die Arbeit, die jetzt diese 17 000 Ärzte leisten, auf weniger Schultern verteilt würde. Dass übermüdete, überlastete Ärzte schneller Fehler machen, das ist wissenschaftlich relativ eindeutig belegt.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, an Herrn Köpf und knüpft an das eben gesagte, Stichwort Fachkräftemangel, Ärztemangel im Klinikalltag, an. Mich würde interessieren, welche Bedeutung ausländische Ärztinnen und Ärzte für die Gesundheitsversorgung in den deutschen Kliniken haben?

SV **Peer Köpf** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Frau Wichmann hat das sehr gut zusammengefasst; ohne ausländische Ärzte und das sind mittlerweile knapp 40 000, die in den Krankenhäusern tätig sind – davon die Hälfte aus der EU – wäre vielerorts eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung gar nicht mehr möglich. Von daher haben sie eine sehr hohe Bedeutung für uns. Für die Krankenhäuser möchte ich mich vor unsere Mitarbeiter stellen und sie vor der Diskreditierung durch Einzelfälle, die mal in der Presse waren, in Schutz nehmen. Ohne die ausländischen Ärzte können wir tatsächlich vielerorts keine Patientenversorgung mehr gewährleisten. Da muss man sich überlegen, ich sage das überspitzt formuliert, ob man von einem Arzt ausländischer Herkunft versorgt werden möchte oder von gar keinem Arzt mehr.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Dr. Katharina Thiede, Einzelsachverständige. Der AfD-Antrag schert alle Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten über einen Kamm. Für mich klingt das nach gezielter Ausländerschikane, als nach Sorge um Versorgungsqualität. Dient es nach Ihrer Einschätzung der Patientensicherheit, wenn pauschal alle Ärzte aus Drittstaaten in der Fachkompetenz geprüft werden?

ESVe **Dr. Katharina Thiede**: Also erst einmal finde ich wichtig, dass man bei der Begriffsklärung ausländischer Ärzte nochmal klar macht, dass man eine andere Staatsbürgerschaft als die deutsche haben kann und trotzdem in Deutschland studiert hat. Die Fragestellung, die wir eigentlich beantworten wollen ist, wie gut oder wie qualitativ hochwertig ist die medizinische Aus- und Weiterbildung in anderen Ländern. In der EU haben wir das Anerkennungsverfahren, bei den Drittstaaten ist es viel komplizierter zu überblicken, aber ich denke, dass wir uns zum einen klar machen müssen, dass die medizinische Ausbildung weltweit sehr inhomogen ist. Es gibt Länder, die bilden vielleicht sogar anspruchsvoller und besser aus als wir. Nicht umsonst unterliegt das Medizinstudium stetigen Erneuerungen, weil auch wir dazulernen und wissen, man kann die Qualität durch Veränderungen in der Approbationsordnung verbessern. Es gibt auch viele Länder, da liegen die Qualitätsunterschiede schon zwischen den Fakultäten. So oder so, wir haben eine sehr inhomogene Ausbildung, wir haben auch eine inhomogene Weiterbildung. Auch die Ärztinnen und Ärzte, die ihre Ausbildung in Deutschland gemacht haben, haben nicht alle die gleiche Ausbildung durchlaufen. Das heißt, wir müssen in der medizinischen Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten auskommen, die sehr unterschiedlich ausgebildet und sehr unterschiedlich weitergebildet worden sind. Deswegen kommt der Tatsache, dass wir eine hinreichende Personaldecke brauchen, eine ganz hohe Bedeutung zu. Ein wichtiger Fokus ist immer die professionelle Weiterentwicklung und die Fortbildung, weil das medizinische Wissen sich einfach wahnsinnig schnell weiterentwickelt und man den Wissensstandard immer wieder anpassen muss. Ich finde auch, dass man sich klarmachen muss, dass man die Ärztinnen und Ärzte mit Migrationsgeschichte, egal ob sie in Deutschland oder in einem anderen Land studiert haben, nicht nur braucht, um die hinreiche



Personaldecke sicherzustellen, sondern auch um eine gute medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Migrationsgeschichte sicherzustellen. Da gibt es zum einen Sprachbarrieren, aber auch eine kultursensible medizinische Versorgung. Alleine deswegen finde ich, ist es sehr wichtig sich darüber Gedanken zu machen, wie man zu einem guten Gleichwertigkeitsverfahren kommt. Man muss sich klar machen, dass gleichwertig nicht das Gleiche ist wie identisch. Das heißt, es ist schon wichtig zu würdigen, was für eine Aus- oder Weiterbildung Menschen absolviert haben, um sich gezielt zu fragen, was brauchen die eigentlich. Auch wenn wir vom Medizinstudium wissen, dass die Prüfung die Ausbildung beeinflusst, finde ich soll das Ziel nicht sein, wir legen den Fokus nur auf die Prüfung, sondern man muss sich klar machen, was im Zweifelsfall notwendig ist, um jemanden so zu qualifizieren, dass er eine gute oder sehr gute medizinische Versorgung sicherstellen kann. Dazu wäre es wichtig, die Berufsbiografien stärker in den Fokus zu nehmen. Es ist nicht das Gleiche, ob man gerade seine Ausbildung absolviert hat oder ob man schon mehrere Jahre als Facharzt in einem anderen Land gearbeitet hat.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Razum von der Universität Bielefeld. Warum sind die Vermittlung von inter- und transkultureller Kompetenz sowie eine Diversitätsorientierung im Gesundheitswesen wichtig?

ESV Prof. Dr. Oliver Razum: Aus Sicht der Gesundheitswissenschaften greift der Antrag der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehr drängende Themen auf. Die gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland sind noch nicht ausreichend an die zunehmende Diversität der Nutzerinnen und Nutzer angepasst und das erschwert deren gesundheitliche Versorgung. Sprachliche Barrieren sind nur ein Beispiel, es gibt auch kulturelle Barrieren, es gibt auch Barrieren, die nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund, sondern auch mit anderen Diversitätsmerkmalen betreffen. Wir konnten solche Mängel unter anderem in der rehabilitativen und in der präventiven Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund wissenschaftlich nachweisen. Durch solche Zugangsbarrieren besteht ein Risiko der Unterversorgung oder

Fehlversorgung, die wiederum zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und in der Folge zu höheren Kosten führen. Zur Lösung benötigt man einerseits Fortbildungen, die das Bewusstsein des Personals für Diversität erhöhen und andererseits müssen in allen Gesundheitseinrichtungen auch die notwendigen Strukturen geschaffen werden, um Versorgungsangebote diversitätssensibel gestalten zu können. Diversitätssensibel, wie gesagt, nicht nur hinsichtlich des Merkmals Migrationshintergrund, sondern auch anderer Merkmale wie Alter, Religion oder sexueller Orientierung, sodass im Endeffekt alle Bevölkerungsgruppen davon profitieren, auch solche ohne Migrationshintergrund.

Abg. Marja-Liisa Völlers (SPD): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Vurgun. Ihre Akademie in Frankfurt, wie das heute hier ebenfalls vertretene mibeg-Institut Medizin aus Köln, bereitet Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten auf die Kenntnisprüfung vor. Geben Sie uns doch bitte aus Ihrer Praxisperspektive eine Einschätzung zum Ausbildungsniveau von Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten, wenn Sie sie in die Betreuung oder in die Beratung aufnehmen.

ESV Atila Vurgun: Seit vier Jahren betreuen wir ausländische Kolleginnen und Kollegen, die bei uns die Qualifizierung machen, die Vorbereitung auf die Fachsprachprüfungen, genauso gut auf die Kenntnisprüfungen. Diejenigen, die schlecht ausgebildet sind, und es gibt welche, die fallen durch, sei es bei den Sprachprüfungen oder spätestens bei den Kenntnisprüfungen. Insofern sehe ich die in dem Antrag der AfD formulierte Gefahr, dass dadurch Patienten gefährdet werden, überhaupt nicht nachgewiesen. Wir haben Prüfsysteme, die genau das verhindern. Selbst nach einer erfolgreich bestanden Kenntnisprüfung – Frau Ahmed kann dazu noch was sagen – sind sie nicht allein, sie machen noch die Facharztprüfung, sie haben ständige Aufsicht. Das heißt also, wenn da was schief gegangen sein sollte, muss man sich fragen, was ist da schief gegangen, liegt es an der ausländischen Kraft oder gibt es ein strukturelles Problem. Zwei Drittel derjenigen die zu uns kommen – wir haben durchschnittlich 16 bis 20 Menschen in einem Kurs – sind exzellent ausgebildet. Die brauchen sprachliche Förderung und eine Einführung in unser Gesundheitssystem, das von uns Deutschen kaum



verstanden wird, geschweige denn von ausländischen Kolleginnen und Kollegen. Deswegen haben wir ein Programm, das nicht nur auf die Fachsprachprüfung und nicht nur auf die Kenntnisprüfung vorbereitet, sondern wir haben tatsächlich Psychologen, wir haben Sozialberater, wir haben das Thema Gesundheit, deutsches Gesundheitswesen immer wieder auf unserer Agenda. Die Diversität, kulturelle Eigenheiten der Patienten, die kulturellen Eigenheiten der Kolleginnen und Kollegen, das alles findet Berücksichtigung. Nur wenn wir ein integratives Konzept mit einheitlichen Standards in allen Bundesländern durchführen, sowohl was Fachsprachprüfungen als auch was Kenntnisprüfungen angeht, werden wir Erfolg haben. Ich weiß von ein und derselben Prüfung, an ein und demselben Ort, an ein und derselben Kammer, wo die eine Gruppe Glück hatte in der Zusammensetzung ihrer Prüfer und durchgekommen ist und die andere Gruppe hatte weniger Glück, sie musste eine sehr spezifische Frage beantworten, weil der Prüfer nur darauf abgezielt hat. Das ist nicht einheitlich und deswegen begrüßen wir alles, was die Einheitlichkeit fördern könnte. Zur Förderung der Diversität: Ich muss Kolleginnen und Kollegen leider absagen, weil die nicht gefördert werden, obwohl sie beste Voraussetzungen haben, also junge Kolleginnen und Kollegen. Wir haben Fachärztinnen und -ärzte, fertig ausgebildete Neurochirurgen aus Argentinien, aus den lateinamerikanischen oder anderen Ländern. Die sind hier, aus diversen Gründen und die müssen zurück auf Los und eine allgemeine Kenntnisprüfung ablegen. Ich habe gestern eine Kollegin getroffen, sie ist Gynäkologin, wir haben zusammen studiert und ich habe ihr vorgeschlagen bei uns zu unterrichten. Sie sagte, sie kann kein EKG mehr lesen, das wäre für sie eine Herausforderung, das wäre zu viel. Das könnte sie nicht mehr, weil sie Gynäkologin und auf ihren Bereich eingeschränkt ist. Da sollten wir überlegen, ob wir diesen Kollegen, die nachweislich fachärztlich ausgebildet sind, ob wir nicht dadurch Kosten und Verfahren sparen, indem wir bei den Kammern angesiedelte, gezielte Facharztprüfungen für diese Kollegen anbieten.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die Einzelsachverständige Barbara Rosenthal vom mibeg-Institut. Sie bieten mit dem mibeg Institut seit vielen Jahren Vorbereitungskurse für die Kenntnisprüfung an. Mich

würde interessieren, ob Sie die Vorbehalte gegenüber Abschlüssen im Bereich der Humanmedizin aus Drittstaaten für begründet halten?

ESVe **Barbara Rosenthal**: Ich würde zusammenfassend vorwegstellen, nein, diese Vorbehalte halte ich für nicht begründet. Wir haben ein Verfahren auf Gleichwertigkeitsprüfung installiert, eigentlich schon in der Voraussetzung für ein bundesweites System, was weitgehend auch eingeholt ist. Dieses Prüfverfahren zielt auf den Ausbildungsstand Medizin in Deutschland. Das ist der Maßstab aller Prüfungen. Wenn ich kein Studium in Deutschland absolviert habe und hier die ärztliche Approbation erlangen will, ist das der Maßstab der Gleichwertigkeitsprüfung. Das sollten wir nochmal festhalten, dass auf dieses Niveau abgezielt wird und nicht auf spezielle Spezifikationen, die aus unserer Sicht Rückschritt bedeuten würden, denn wir zielen auf die Approbation und damit auf die Befähigung, den Arztberuf hier ausüben zu können. Von Interesse ist bei all diesen Fragen nicht die Herkunft, sondern die Gleichwertigkeit, so wie wir denken, dass Nationalität keine Kategorie medizinischen Handelns ist. Um diese Gleichwertigkeit zu prüfen, sind in den letzten Jahren regelrechte Meilensteine erzielt worden, im positiven Sinne einer Angleichung und einer qualitativen Verbesserung der Anerkennungsprozedur. Dazu zählen wir die Einrichtung der Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe. Wir möchten Ihnen da nicht viel mehr Arbeit machen Frau Dörfler, aber wir würden jeder Gutachtenstelle noch eine wesentlich zentralere Rolle wünschen, auf der Basis entsprechender Ressourcen, die personell und sachlich zur Verfügung gestellt werden, sodass eine Einheitlichkeit bei der Dokumentenprüfung erreicht werden kann. Zweiter Teil, und hier ist schon eine Menge, denke ich, positiv auf den Weg gebracht worden: Meilenstein war der Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2014 zur Fachsprache. Hier haben die Landesärztekammern qualitativ hochwertige Verfahren eingerichtet, um die wichtigen fachsprachlichen Kenntnisse zu prüfen. Das sollte fakultätskollegial erfolgen. Der dritte Schritt ist die Kenntnisprüfung. Es ist mittlerweile in vielen Bundesländern – ich komme aus Nordrhein-Westfalen – flächendeckend so angesetzt, dass eine Kenntnisprüfung bei Ärzten aus Drittstaaten erfolgt. Es gibt dafür mehrere Gründe. Der eine ist, dass nach der Dokumentprüfung eine Gleichwertigkeit nicht



gegeben ist oder dass ein Gutachten diese Aussage trifft, sodass dann die Kenntnisprüfung ansteht. Viele Antragsteller wählen die Kenntnisprüfung von sich aus, um eine Beschleunigung des Verfahrens zu erreichen. Das sind also drei Bereiche, Gleichwertigkeitsprüfung ist vielschichtig, sie ist qualitativ hochwertig. Wir würden uns wünschen, dass das viel umfangreicher in der Vollzugspraxis der Approbationsbehörden der Länder umgesetzt wird.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Es werden seit dem Jahr 2005 die Behandlungsfehler in einer Statistik erhoben. Gibt es nach Ihrem Kenntnisstand seit dem Anstieg der Migrationszahlen auch einen Anstieg an Behandlungsfehlern und könnte man daraus einen konkreten Zusammenhang zwischen der Herkunft eines Arztes bzw. seiner Approbation und der Behandlungsqualität feststellen?

SV **Prof. Dr. Karsten Scholz** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich war bis Ende letzten Jahres Justiziar der Ärztekammer Niedersachsen und das ist die geschäftsführende Gesellschafterin der norddeutschen Schlichtungsstelle, wie sie sich kurz bezeichnet. In der Tat werden die Daten über Behandlungsfehler, wie Sie das gesagt haben, seit 15 Jahren erhoben. Zu dieser Statistik muss man allerdings sagen, das ist keine flächendeckende, sondern das sind Vorkommnisse, die Patienten darauf überprüfen lassen wollen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt. Die Zahlen der Behandlungsfehler sind in den letzten Jahren, jedenfalls soweit sie von den Schlichtungsstellen bearbeitet worden sind, eher zurückgegangen. 2014 hatten wir 1 854 Fälle, im Jahr 2018 waren es knapp 1 500 Fälle. Diese Statistik erhebt keinen Zusammenhang hinsichtlich der Frage der Ärzte mit Migrationshintergrund. Allerdings hat es dazu keinen Anlass gegeben, denn die Mitarbeiter schauen sich das an und wenn etwas auffällt, wird gefragt, ob man das in der Statistik erheben müsste. Das wird auch bundesweit abgestimmt, aber da hat es keine Anzeichen dafür gegeben, dass man diese Fehler erheben müsste. Ganz generell kann man allerdings sagen, dass Kommunikationsfehler häufig Anlass für Behandlungsfehler sind. Deshalb ist es aus unserer Sicht wichtig,

dass auch ein hinreichendes Sprachniveau sichergestellt und durch die Fachsprachprüfungen abgedeckt wird.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht ebenfalls an die Bundesärztekammer. Sie verwehren sich in Ihrer Stellungnahme ausdrücklich gegen die Instrumentalisierung einer Entschließung des 121. Deutschen Ärztetages durch die AfD. Ich bitte um Erläuterung.

SV **Prof. Dr. Karsten Scholz** (Bundesärztekammer (BÄK)): Der Deutsche Ärztetag hat sich, soweit ich das erinnern kann, sehr intensiv mit dieser Thematik beschäftigt – Frau Dr. Heinemann-Meerz hat selber schon aus dieser Diskussion berichtet – aber sehr viele Gesichtspunkte beigetragen. Der Aspekt, den die AfD-Fraktion vorträgt, war nur einer von sehr vielen Aspekten, die dort eine Rolle gespielt haben. Ein anderer Aspekt war, eine Chancengleichheit sicherzustellen. Die Krankenhausgesellschaft hat schon betont, dass es darum geht, Ärzte, die in unserem Gesundheitssystem gebraucht werden, zu gewinnen. Das war auch ein Gesichtspunkt, dass wir die Kompetenzen der Ärzte, die wir für uns hier in Deutschland gewinnen wollen, dass diese voll einsatzfähig sind und für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stehen. Frau Thiede hatte das schon angedeutet, dass diese auch die Befähigung haben, hinterher eine Facharztweiterbildung abzuschließen. Wir müssen, bei aller Berechtigung, dass es zunächst mal um den Ausbildungsstand geht, schauen, dass es hinterher einen Facharztstandard in Deutschland gibt, der überprüft werden muss. Das ist uns ganz wichtig. Vielleicht haben Sie neulich in der Presse gesehen, dass es auch darum geht, dass die Ärzte hier nur gehalten werden können in den Institutionen, in den Krankenhäusern, wenn sie das, was sie gelernt haben, ausüben können. Das waren Gesichtspunkte, die neben anderen Gesundheitspunkten ganz wesentlich für die Entscheidung des Deutschen Ärztetages, sich dafür einzusetzen, waren. Wichtig ist auch das, was Herr Vurgun gesagt hat, dass Qualifizierungen dafür stattfinden, dass wir denjenigen, die hier in Deutschland tätig werden wollen, die Chancen geben, sich unserem Gesundheitsarbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen.



Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Meine Frage richte ich an den Einzelsachverständigen, Herrn Dr. Martin Wolz. Inwiefern können fehlende Qualifikationen oder Qualifikationen, die nicht abgeprüft werden, einmal zu einer Gefahr für die Patienten aber auch zu Problemen in der Arbeit zwischen den einzelnen Ärzten werden? Können Sie vielleicht aus Ihrem eigenen Tätigkeitsbereich dazu berichten?

ESV **Dr. Martin Wolz**: Ich bin Chefarzt der Klinik für Neurologie und Geriatrie und ärztlicher Direktor im Verbund der Elbland-Kliniken. Das ist ein Landkreis in Sachsen, der zum Teil recht weit in die Fläche hereinreicht. Wir haben drei Akut-Krankenhäuser bei uns im Verbund, die sich an der Elbe aufreihen und etwas weiter von der Landeshauptstadt entfernt sind. Das sage ich deshalb, weil das wichtig ist um zu verstehen, wo arbeiten ausländische Ärzte. Je näher wir an die Großstädte rankommen, desto geringer ist der Anteil von Ärzten mit Migrationshintergrund. Das Ganze steigt an, je weiter man in die Peripherie kommt beziehungsweise je schwächer die Strukturen im Krankenhaus oder Klinikum sind. Zum Beispiel Rehabilitationskliniken auf dem Land haben einen sehr hohen Anteil von Ärzten mit Migrationshintergrund. Ich arbeite an zwei Kliniken, in der einen mit einem recht hohen Anteil von Ärzten mit Migrationshintergrund. Ich habe in meiner persönlichen Zusammenarbeit dort sehr positive und überwiegend positive Erfahrungen gemacht und kann nur beipflichten, dass wir mit einem Anteil von fast zehn Prozent Ärzten mit Migrationshintergrund im Moment zwingend darauf angewiesen sind, dass die da sind. Allerdings, und das ist das Andere, müssen wir sicherstellen, dass die Qualifikation und die Sprachkenntnisse vorhanden sind. Da ist es in der Tat so, dass die Kommunikation zum Teil sehr unterschiedlich ist. Es gibt durchaus sprachliche Probleme in der Kommunikation mit Patienten, beispielsweise in der Notaufnahme, es gibt durchaus auch Probleme in der Kommunikation zwischen ärztlichen Kollegen. Das kann man auch nicht wegdiskutieren, da reicht, glaube ich, auch die reine Sprachprüfung nur bedingt aus. Es ist sehr von der Motivation der Kollegen abhängig und es gibt Kollegen, die sind wenige Wochen oder Monate in Deutschland und sprechen die Sprache sehr sicher, sehr gut, aber wir haben auch Kollegen, die schon mehrere Jahre hier sind, wo es immer noch sprachliche Verständigungsschwierigkeiten gibt. Das

Zweite, und das ist selbstverständlich, wir erwarten, dass wir von Menschen oder von Ärzten behandelt werden, die eine entsprechende Qualifikation haben. Ich glaube, das ist etwas ganz selbstverständliches und sollte auch nicht zur Diskussion stehen. Es muss sichergestellt sein, dass diese Qualifikation da ist und wir müssen diese Qualifikation prüfen können. Diese Qualifikation zu prüfen, ist in Einzelfällen schwierig. Wir können natürlich, ich sage es jetzt mal sehr salopp, ein gefälschtes Dokument zu einer Gutachtenstelle geben worden und vielleicht wird das aufgedeckt, aber wir haben, das ist die Erfahrung, auch in Sachsen – ich habe mich da auch nochmal mit der Landesärztekammer abgestimmt – Hinweise darauf, dass zum Teil Originaldokumente gekauft werden. Dann wird es schon schwierig und da würde ich doch davor warnen, in so einen gewissen Enthusiasmus zu verfallen und zu sagen, das darf uns nicht interessieren. Wir haben auch gehört, dass die Gleichwertigkeitsverfahren in den Bundesländern unterschiedlich sind und bei den Landesärztekammern, je nachdem wer zuständig ist, ist es nicht so, dass die Anerkennungsprüfung oder Kenntnisprüfung zu 100 Prozent durchgeführt wird. Die wird nur zum Teil durchgeführt. Das ist schon relevant und es erschließt sich mir nicht so richtig, wo das Problem sein soll, Ärzten aus Drittstaaten einer entsprechenden Prüfung zu unterziehen. Es wäre schon die Forderung, die jetzige Form der Kenntnisprüfung zu erweitern. Das wäre vom Zeitaspekt, aktuell dauert die Kenntnisprüfung in Sachsen einen Tag, das dritte Staatsexamen dauert zwei Tage, in denen man, wenn man das als Standard ansetzt, einen vernünftigen Überblick bekommt, ob dort eine entsprechende Qualifikation vorliegt oder nicht. Zum Abschluss möchte ich die Frage stellen, weil hier aus meiner Wahrnehmung im Prinzip jeder Arzt gebraucht wird und wir die Ärzte aus Drittstaaten in Deutschland zum Auffüllen unserer fehlenden Strukturen nutzen, ob es da nicht viel sinnvoller wäre, langfristig die Zahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen, um die Kollegen im Land auszubilden. Ich finde es schon fatal, wenn wir eine größere Anzahl Ärzte aus Kriegsgebieten hier haben, die eigentlich vor Ort gebraucht würden. Aber das ist eine persönliche Bemerkung.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Marschall. Die Bundesländer sind für die



Umsetzung des Anerkennungsgesetzes zuständig. Wir würden uns eine möglichst einheitliche Umsetzung vor Ort wünschen. Wie bewerten Sie die momentane Situation der Umsetzung in den Bundesländern?

ESV Prof. Dr. Bernhard Marschall: Ich komme von der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, bin dort Studiendekan an der medizinischen Fakultät und Direktor des Institutes für Ausbildung und Studienangelegenheiten. Nun, Ihre Frage hat schon implementiert, dass es hier Unterschiede gibt und die Unterschiede sind zum Teil sehr groß, wie die einzelnen Bundesländern damit umgehen, wer mit der Gleichwertigkeit als auch mit der Kenntnisprüfung befasst ist. Es gibt Bundesländer, die sich hier an die Ärztekammern gewandt haben, es gibt andere Bundesländer, die das über die Approbationsstellen erfüllen. Aus der Sicht von jemandem, der in der Hochschulmedizin beziehungsweise in der Medizindidaktik tätig ist, irritiert die Methodenvielfalt, die hierbei zum Tragen kommt. Wir haben bei der Erfassung von medizinischer Kompetenz an den Hochschulen die Erfahrung und die Expertise und wir beschäftigen uns tagtäglich damit, sodass es uns zum Teil befremdet, wenn man versucht, die Kompetenzerfüllung einer Ausbildung durch das Zählen von Stunden oder Ähnlichem zu erfassen. Selbst Inhalte sind nicht einfach zu bemessen und es kommt auf die Vertiefungsebene, auf die Kompetenzstufe etc. an. Das ist schon eine sehr schwere Aufgabe, die sie bei der Gleichwertigkeitsstelle oder an den Ärztekammern oder an den Bezirksregierungen zu erfüllen haben. Des Weiteren geht es dahin, dass wir ganz unterschiedliche Herangehensweisen bei der Kenntnisprüfung haben. Es gibt Landesärztekammern wie in Sachsen-Anhalt, die strukturierende Elemente wie zum Beispiel praktische Aufgaben oder Simulationspatienten einsetzen, es gibt aber auch den Weg der einfachen mündlichen Prüfung, mit all den Problemen, die wir dort bei Reliabilität und Validität sehen. Es ist so, dass dieses Prüfungsformat als solches in anderen Nationen mittlerweile aus derartigen entscheidungsträchtigen Prüfungsfeststellungen verbannt worden ist. Wie auch der Entwurf der neuen Approbationsordnung für uns eigentlich keine mündliche Prüfung im klassischen, nicht strukturierten Sinne mehr vorsieht, sondern diese durch strukturierte Elemente ersetzt. Was ich aus meiner Expertise heraus anmahnen muss, ist, dass wir hier

dringend eine Evolution dieses Systems brauchen, denn die Prüfverfahren, wie sie angewandt werden oder andersrum, die gesetzlichen Vorgaben hierzu beschränken sich auf ein paar Sätze in § 37 Approbationsordnung. Da sind fünf Absätze und davon beziehen sich drei oder vier auf die eigentlichen Inhalte. Der neue Entwurf der Approbationsordnung, der das Medizinstudium hier in Deutschland beschreibt, umfasst 135 Paragraphen, was vielleicht schon darstellt, wie aufwändig die medizinische Ausbildung heutzutage gesehen wird und wie man dieser Rechnung tragen muss. Eine Prüfung oder die Feststellung der ärztlichen Kompetenz eines Bewerbers aus einem Drittstaat kann nicht einfach übernommen werden aus einem der Staatsexamina. Jede curriculare Intervention, insbesondere eine Prüfung, muss sich immer auf die Bedürfnisse des festzustellenden Faktums fokussieren. Hier brauchen wir Blueprints, hier brauchen wir entsprechend definierte Lernziele, hier brauchen wir daraufhin abgestimmte Lehr- und Prüfmethode, wo adäquates Vorgehen sicherzustellen ist. Das ist eine Wissenschaft für sich. Wenn wir über Lehre reden, vermissem ich manchmal, dass wir anerkennen, dass es hier um eine entsprechende Kompetenz geht, die erworben werden muss, sodass wir hier meiner Meinung nach aufgerufen sind, diese Prüfungen in der Form, wie wir sie haben, zu evolutionieren, fortzuentwickeln und an adäquate, aus der Hochschuldidaktik erworbene Elemente anzupassen. Das müsste einem Standard entsprechen, der letztendlich speziell auf die Fragestellung fokussiert wird und dann könnte man sicherlich aus der Erfahrung der Hochschulen, im Schulterschluss mit den Approbationsstellen und den Ärztekammern, eine adäquate Prüfung anbieten.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine direkt anknüpfende Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, an Herrn Prof. Dr. Scholz. Können Sie uns etwas über die derzeitige Dauer des Anerkennungsverfahrens für Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten sagen?

SV Prof. Dr. Karsten Scholz (Bundesärztekammer (BÄK)): Ja, gerne. Ich hatte schon gesagt, dass ich bis vor kurzem in Niedersachsen war und dort eine Mitverantwortung für die Approbationsbehörde in der besonderen Konstruktion, weil das letztlich eine Approbationsbehörde der Heilberufskammern



ist – das hat mit der Verwaltungsreform in Niedersachsen zu tun – hatte. Wir haben in diesem Verbandsausschuss, dem ich angehört habe, jedes Jahr überlegt, wie wir die Verfahren verkürzen können, wie weit die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe tätig ist und inwieweit wir Prüfer für die Gutachten akquirieren können. Trotzdem hat es dazu geführt, das hat mir unsere Geschäftsführerin aktuell mitgeteilt, dass die Verfahren deutlich länger dauern. Bis die Unterlagen aufbereitet und vollständig sind, kann man durchaus drei bis neun Monate veranschlagen. Dann brauchen sie einen Gutachter, da sind wir in den letzten Jahren vorangekommen und haben Ärzte, die teilweise in einem höheren Lebensalter sind, akquiriert. Das kann aber trotzdem je nach Belastung des Gutachters oder wie umfangreich der Fall ist, teilweise sind es 1 000 Seiten, zwei bis zehn Monate dauern, bis wir ein solches Gutachten haben. Dann dauert es nochmal bis man diese Sachen gemacht hat. Das kostet natürlich erhebliches Geld, wenn sie die Unterlagen übersetzen müssen, denn die Approbationsbehörden haben natürlich in aller Regel keine Sprachsachverständigen. Das ist also mit erheblichen Kosten verbunden. Dann braucht man einen Prüfungstermin. In Niedersachsen ist die Ärztekammer für die Kenntnisprüfung zuständig, weil es für die Hochschulen sehr schwierig war, diese Prüfung mit zu leisten. Das hat dazu geführt, dass akademische Lehrkrankenhäuser, auch auf dem Land, zum Beispiel in Vechta, solche Prüfungen abgenommen haben. Um die Gleichwertigkeit darzustellen ist es jetzt ein Fortschritt, dass wir uns in Niedersachsen mit Schauspiel-Patienten, die eine gewisse Gleichwertigkeit darstellen, auf den Weg gemacht haben. Das soll nicht das ausschließen, was Herr Prof. Dr. Marschall gesagt hat, das kann ich durchaus unterstützen, aber der Prozess dauert schon sehr lange und deshalb versuchen einige auf dem Fast-Track direkt die Kenntnisprüfung zu machen. Das hilft vielen, weil sie gerne ganz schnell arbeiten wollen und wir sie auch brauchen.

Abg. Pia Zimmermann (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Frau Dr. Katharina Thiede. Die wenigsten Akademikerinnen und Akademiker die seit 20 Jahren im Beruf sind, könnten nochmal ein Uni-Examen bestehen. Dafür haben sie aber Kenntnisse und Fähigkeiten erworben, die in der Praxis wertvoll und notwendig sind. Wie wichtig ist die Erfahrung generell in der Medizin und wie

kann die Erfahrung ausländischer Ärztinnen und Ärzte sinnvoll für die Verbesserung der Versorgung in Deutschland genutzt werden?

ESVe Dr. Katharina Thiede: Natürlich sind die meisten Akademiker in der Lage, sich wieder auf eine Uni-Prüfung vorzubereiten, aber die Frage ist schon, ob das sinnvoll investierter Intellekt und sinnvoll investierte Zeit ist oder ob es nicht besser wäre, mit den Qualifikationen, die man erworben hat, wieder tätig zu werden. Wir haben in den Gesundheitsberufen, im Bereich der Ärztinnen und Ärzte insbesondere, aber auch in anderen Gesundheitsberufen, eher einen Mangel an qualifiziertem Personal als einen Mangel an nicht qualifiziertem Personal. Insofern denke ich, ist es schon ganz besonders wichtig, dass diejenigen, die über eine umfassende Berufserfahrung und auch eine Facharztqualifikation verfügen, ihre Zeit nicht damit verbringen, sich auf ein Universitätsexamen vorzubereiten, was anderes beinhaltet, als das, was sie die letzten 10, 15 gar 20 Jahre gemacht haben. Ich selber nehme in der Landesärztekammer Berlin manchmal die Fachsprachprüfungen ab und es gibt diese Kolleginnen und Kollegen auf jeden Fall. Das ist jetzt nicht fiktiv, dass viele Menschen zu uns kommen, die über reichlich Berufserfahrung verfügen. Ich denke, es wäre sinnvoll, dass man das Verfahren stuft und sich bei den Menschen, die kürzlich ein Studium absolviert haben, an dem Studieniveau orientiert. Diejenigen, die über viel Berufserfahrung verfügen, bei denen sollte die Überprüfung der Facharztqualifikation im Vordergrund stehen. Momentan ist es so, dass man erst die Gleichwertigkeit des Studiums feststellen würde, um dann im nächsten Schritt die Facharztqualifikation anerkennen zu lassen. Wir haben uns gerade damit befasst, wie lang dieser ganze Weg ist. Da geht einfach sehr viel Zeit verloren, die die Menschen schon in ihren jeweiligen Beruf einbringen könnten. Keine Frage, wenn die Facharztqualifikation nicht gegeben ist, müsste die- oder derjenige sich mit einem Weiterbildungsabschluss also Weiterbildungsinhalten oder Weiterbildungszeiten befassen. Dann muss man natürlich auch fragen, ob die Gleichwertigkeit des Studiums gegeben ist. Aber nichtsdestotrotz, ich denke, der Fokus muss sein, dass man die Berufsbiografien berücksichtigt. Ich hatte es vorher schon gesagt, wir müssen in der Medizin so oder so damit auskommen, dass egal ob Menschen hier ihre Aus- und Weiterbildung



gemacht haben oder in einem anderen Land und welche Staatsangehörigkeit sie haben, dass wir eine sehr schnelle Entwicklung des medizinischen Wissens haben und eine sehr inhomogene Aus- und Weiterbildung. Das kann nur in der professionellen Weiterentwicklung während des Berufslebens aufgefangen werden. Weiter ist es schon wichtig, dass wir die Abläufe zentralisieren und auch die Strukturen vereinheitlichen. Wir sollten uns nicht nur fragen, wie die Prüfungen zu konzipieren sind, sondern auch wie die Vorbereitung laufen kann, so dass keine Zeitverluste entstehen und das mit vergleichbaren Vorbereitungen für Kenntnis- oder auch die Fachsprachprüfung der Qualitätsstandard angehoben werden kann und noch weniger Hürden für diejenigen im Weg stehen, die gerne zu uns kommen und bei uns arbeiten möchten. Mein letzter Punkt: Je höher die Hürden für qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, für Fachärzte sind, umso weniger kommen auch zu uns. Gerade wenn man qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewinnen möchte, macht es Sinn, ein kluges Verfahren zu haben, was deren Berufserfahrung würdigt.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Dr. Gehle als Einzelsachverständigen. Die Ärztekammern, auch Ihre, führt Fachsprachenprüfungen durch. Welche Erfahrungen haben Sie dort mit ausländischen Ärzten gemacht? Wie bewerten Sie das Verfahren, das wir bislang haben?

ESV **Dr. Hans Gehle**: Ich bin Intensivmediziner und seit drei Monaten Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Wir führen in Westfalen-Lippe seit 2014 Fachsprachenprüfungen in einem strukturierten Prozess durch. Das ist ein dreistufiges Verfahren, indem sowohl das Sprach- als auch das Textverständnis und auch das Fachsprachverständnis geprüft werden. Am Ende müssen Fachtermini in der Kommunikation mit Ärzten, die Teil dieser Prüfungsgruppe sind, sicher beherrscht werden. Aus meiner Sicht ist das besser und authentischer, weil es ein berufsspezifisches C1-Examen ist. Das ist anders als in den Sprachschulen, wo es eigentlich um die Umgangssprache geht. Voraussetzung ist, dass die Umgangssprache relativ sicher beherrscht wird, sonst kann man unserer Erfahrung nach die Fachsprachenprüfung eigentlich nicht be-

stehen. Diese ist strukturiert und nach einheitlichen Kriterien gewichtet. Die Prüfer sind eigens geschult und werden von Sprachwissenschaftlern unterstützt. Dieses Verfahren hat bis auf ganz wenige Ausnahmen mittlerweile eine bundesweite Verbreitung gefunden. Wir haben 2019 836 Prüfungen durchgeführt, davon 328 Erstprüfungen. In der Regel liegen die Bestehens-Quoten bei etwa 50 Prozent, im Wiederholungsfall steigen sie auf nahezu 80 Prozent, auf 78 Prozent um es genauer zu sagen. Die meisten anderen Kolleginnen und Kollegen sind entweder noch im Verfahren oder haben sich entschieden, in ein anderes Bundesland oder ganz woanders hin zu wechseln. Auch wir empfehlen natürlich eine Vorbereitung. Wir sagen, man muss die Sprache allgemeinsprachlich sattelfest beherrschen, es muss berufsspezifische Vertiefungen unter Anleitung von Ärzten im Rahmen von Hospitationen an Kliniken geben und es braucht ein unterstützendes Lernumfeld. Das empfehlen wir den Kollegen quasi mit dem Bescheid, den wir geben. Wenn diese Anpassungsunterstützung strukturiert erfolgt, teilweise über die bekannten Institute, so ist die Qualität entsprechend hoch. Ich arbeite in Gelsenkirchen, nicht auf dem Land und wir haben einen hohen Anteil an Kollegen mit Migrationshintergrund. Westfalen-Lippe ist das Bundesland mit dem zweithöchsten Anteil an Migrationshintergründen bei den jungen Kollegen, es sind teilweise bis zu 50 Prozent, das können wir aus eigenen Kliniken bestätigen. Wir haben, wenn sie das Verfahren durchlaufen haben, eigentlich auch keinerlei Probleme. Ein Problem bleibt die Vorbereitung. Natürlich besteht der Wunsch, alles möglichst schnell zu machen, aber im Prinzip wäre es wünschenswert, dass die Kolleginnen und Kollegen über ein strukturiertes Verfahren an die Prüfung herangeführt würden. Dann könnten die Bestehens-Quoten wahrscheinlich höher sein. Das heißt, natürlich auch Sprachförderungsangebote und dass man das Umfeld der Gesundheitsversorgung kennenlernt. All das ist wichtig und das kann man auf diesem Weg, aus unserer Sicht, ohne Probleme erreichen. Diejenigen, die es nicht schaffen, die gibt es natürlich auch. Wir haben auch Examina, die nicht geschafft werden – meistens nicht wegen fehlender Fachkenntnisse, sondern wegen mangelndem Sprachverständnis. Jeder kann für sich selber mal überlegen, wie es ist, wenn er woanders hinget, wo er nicht in seinem Sprachduktus ist. Häufig sa-



gen die Prüfer nach diesen Prüfungen, da war einer, der ist fachlich super gut, aber er ist sprachlich noch nicht so weit. Deswegen brauchen wir noch eine sprachliche Vorbereitung und dann freuen wir uns darauf, wenn er im System ist.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Generelles Ziel muss sein, einen gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen. Meine Frage in dem Zusammenhang richtet sich an Frau Dr. Levartz, Sie führen gemeinsam mit mehreren Einrichtungen in Nordrhein ein Schulungskonzept zur interkulturellen Öffnung im Gesundheitswesen durch. Können Sie uns etwas über die Schwerpunkte erzählen, die Sie bei diesen Schulungen setzen, an wen sie sich richten und welche Ergebnisse Sie damit erzielen?

ESVe Dr. Martina Levartz: Ich leite das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein. Wir kümmern uns viel um Fortbildung für Ärzte, aber auch um interprofessionelle Fortbildungen. Wir haben zusammen mit sieben Institutionen in Nordrhein ein Schulungskonzept zur interkulturellen Öffnung entwickelt. Wir haben das Schulungskonzept auf drei Säulen gestellt: Die erste ist die Reflektion der eigenen Haltung und kulturellen Prägung, um einfach klar zu sein, was ist mir fremd, warum ist mir was fremd. Um interkulturelle Kompetenz zu entwickeln ist es wichtig, Neugier, Aufgeschlossenheit und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel zu haben. Dieses Thema Haltung zieht sich durch unser ganzes Schulungskonzept. Die zweite Säule ist der Erwerb gezielter Fertigkeiten und Fähigkeiten, also zum Beispiel gezieltes Kommunikationstraining, wie gehe ich mit Dolmetschern um und ähnliches, die dritte Säule ist das Vermitteln eines Basiswissens zu kulturellen Unterschieden, aber auch zu den Gemeinsamkeiten. Wir vermitteln dieses Wissen auf konzeptioneller Ebene, es gibt unterschiedliche Arten der Verarbeitung von Krankheit, je nachdem ob ich Krankheit als Schicksal, naturwissenschaftliche Tatsache oder Gottesprüfung sehe. Ob ich aus einer individualistischen oder kollektivistischen Gesellschaft komme hat einfach einen Einfluss darauf, wie ich mit Kranken, mit Therapie und ähnlichem umgehe. Wir betonen dabei, dass wir auf die Darstellung von kulturellen Mustern verzichten, um keine Stereotypisierungen

zu entwickeln. Wir sagen in den Schulungen immer wieder, man muss den Blick auf die individuelle Lebensgeschichte des Patienten oder des Mitarbeiters richten. Das Konzept richtet sich an alle in der Patientenversorgung Tätigen. Wir haben die Leute von Anfang an interprofessionell und sektorenübergreifend zusammen geholt, das heißt, Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter und medizinische Fachangestellte waren im ersten Durchlauf bei uns. Es hat sich gezeigt, dass dieser interprofessionelle Ansatz von den Teilnehmern sehr geschätzt wird und die Ausrichtung des Schulungskonzepts ganz nah am Arbeitsalltag der Teilnehmer ist. Uns wurde vermittelt, dass dadurch mehr Sicherheit im Umgang mit Patienten und Kollegen aus anderen Kulturen erworben werden konnte.

Abg. Marja-Liisa Völlers (SPD): Ich würde gerne den Aspekt der praktischen Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte stärker in den Vordergrund rücken und zwar in Abgrenzung zu dem, was Sie Herr Dr. Gehle, an Sie richtet sich auch die Frage, gerade bezüglich der Sprachfähigkeit betont haben. Welche Bedeutung kommt aus Ihrer Sicht der praktischen Erfahrung von Ärztinnen und Ärzten aus Drittstaaten mit Blick auf die Forderung der Antragstellerinnen und -steller nach einer generellen Kenntnisprüfung entsprechend des dritten Abschnitts der ärztlichen Prüfung aus Ihrer Sicht zu?

ESV Dr. Hans Gehle: Die Kenntnis und die Fertigkeiten, die die Kollegen mitbringen, wenn sie längerfristig im Beruf sind, sind natürlich nicht von der Hand zu weisen. Ich mache das jetzt kursorisch mit einem kleinen Beispiel. Der erste Osöphagus-Hochzug in Deutschland ist von einem japanischen Kollegen operiert worden, hier an der Charité in Berlin, wo die Deutschen gesagt haben, sie können es nicht. Das heißt, sie bringen Kenntnisse und Fertigkeiten mit. Letztlich, und das glaube ich, gilt für alle, müssen sie eine Gleichwertigkeit in ihrer Ausbildung nachweisen. Da gibt es das uns bekannte Verfahren. Bei den angezweifelten Fällen, wo der Nachweis der Dokumente nicht möglich ist, wird in Deutschland mittlerweile fast überall eine Kenntnisprüfung durchgeführt, sodass wir da auf der sicheren Seite sind. Einen gewissen Ausgleich durch Lebenserfahrung, denke ich, muss man bejahen.



Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, das ist auf den Punkt. Ich darf mich bei Ihnen allen für die Fragen, für die Antworten ganz herzlich bedanken. Sie haben uns hier das Gefühl vermittelt, dass die 90 Minuten verfliegen sind als wenn es 60 gewesen wären. Ich wünsche Ihnen einen schönen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 15:35 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender