

01.06.2021 Wissen

Ärztliche Approbationen aus Drittstaaten

F. Burgdorf, C. J. Krones



**Vor der Anerkennung liegt
ein langer Weg – das muss
sich endlich ändern!**

Ein typischer Fall

Assistenzärztin für Chirurgie, 31 Jahre, Studium 2009–

2015 in Bogotá, Kolumbien, erste Deutschland-Erfahrung im PJ-Tertial Chirurgie am UK Köln, Studienabschluss mit Auszeichnung, danach 3-jährige Tätigkeit als chirurgische Assistenzärztin in Bogotá.

Rückkehr nach Deutschland 2018, September 2018 viszeralchirurgische Hospitation in einer Großstadt in Nordrhein-Westfalen, Oktober 2018 Stellenangebot.

Antrag auf Berufserlaubnis Oktober 2018 – Genehmigung Juni 2019:

Die Bezirksregierung hatte vergessen eine E-Mail zu versenden.

Antrag auf Kenntnisprüfung November 2018 – Termin November 2020:

Ladefrist 14 Tage, Prüfungsinhalt undefiniert, Prüfungsort 222 km entfernt, vorheriger Kontakt mit der Prüfungskommission nicht möglich. 6 von 7 Prüflingen fallen bei fragwürdigen Inhalten durch.

Dieser Weg durch die Instanzen mit dem Ziel der Anerkennung einer Approbation aus einem „Drittstaat“ hat mit dem Antrag auf Erteilung einer Berufserlaubnis im Herbst 2018 begonnen und ist fast drei Jahre später 2021 noch immer nicht abgeschlossen. Fälle wie dieser beherrschen seit Jahren die Kollegengespräche – nicht nur in Kongresspausen –, und die nächste Sitzung behandelt dann wieder Nachwuchssorgen und Vakanzen in der Stellenbesetzung sowie den allgemeinen Ärztemangel. Problematisch ist der Zeit- und Ressourcenaufwand auf allen Seiten.

Dramatisch sind jedoch die Konsequenzen für die Antragstellerin: Eine temporäre Berufserlaubnis gilt für maximal zwei Jahre. Davor ist eine Bezahlung arbeitsrechtlich illegal. Während der Berufserlaubnis ist die Bezahlung nicht tarifgebunden. Die Zukunft der persönlich wie fachlich geschätzten und auch dringend benötigten Kollegin bleibt also seit 2018 und bis auf weiteres prekär. Harsche Kritik an dem Anerkennungsverfahren für Medizinabsolventen aus Drittstaaten hagelt es seit Jahren. Diskutiert wurde viel – über die Migration aus Osteuropa, den Mangel an Fachkräften und die verschiedenen Flüchtlingskrisen – verbessert hat sich wenig. Stattdessen hat das

Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz („Anerkennungsgesetz“) die bürokratischen Wege zusätzlich verlängert. 2012 wurde der Rechtsanspruch auf Prüfung und ggf. Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen verankert, und noch Jahre später als überragender Meilenstein der Integration gefeiert. Mit dem Gesetz hat sich das gesamte Antragsvolumen aber deutlich erhöht, während die Bearbeitung immer noch hinterherhinkt. Auch zahlreiche Ärztetage haben sich in den Jahren mit dem Thema befasst. Im Mittelpunkt standen dabei immer die gleichen Themen: zu hohe bürokratische Hürden für die Antragsteller:innen, unübersichtliche Verfahrensabläufe, ein zu hoher finanzieller Aufwand, z. B. bei der Anforderung ergänzender Nachweise, keine Differenzierung zwischen den Herkunftsländern sowie mangelnde Einheitlichkeit, Transparenz und Objektivität der regional abweichenden Prüfverfahren.

Eine Lösung ist immer noch nicht in Sicht. Denn die Herausforderungen sind auch aufseiten der viel gescholtenen Behörden deutlich: So ist die personelle Ausstattung der zentralen Gutachterstelle für alle Gesundheitsberufe mit ca. 20 Mitarbeiter:innen angesichts des Auftragsvolumens geradezu lächerlich. Aber auch das Verfahren ist nicht ausreichend geregelt. Mal prüfen die Kammern, mal die Universität. Approbationsbehörden und Ärztekammern haben große Schwierigkeiten eine ausreichende Anzahl Prüfer:innen zu gewinnen, um die Antragswellen abzuarbeiten. Da wundert es nicht, dass manche Juroren die klinische Medizin, die ja das primäre Prüfungsfeld stellen sollte, zuletzt in den 90ern oder noch nie verstärkt haben. Prüfen kann man trotzdem, oder? Man hat doch in Deutschland studiert.

Besonders aufwändig ist zudem die Prüfung von Anträgen aus Krisenregionen, wie Ägypten, Irak oder Syrien. In diesen Fällen stellt schon allein die „Echtheitsprüfung“ der Zeugnisse und Studiennachweise eine erhebliche Hürde dar. Eine herkunftsspezifische Zusammenfassung könnte das verbessern, ist aber nicht angedacht. Stattdessen gibt es nicht einmal eine zentrale Registrierung der Bewerber:innen. Dieser Mangel an Übersicht und Transparenz hat den sogenannten „Prüfungstourismus“ ermöglicht, bei dem Kandidaten synchron oder metachron Anträge in verschiedenen Bundesländern stellen, um irgendwo schon durchzukommen.

Es sind also, wie immer, beide Seiten der Medaille zu betrachten: Während auf der einen Seite die Rechte der Kolleg:innen aus Drittstaaten gewahrt werden müssen, gilt es auf der anderen Seite, ein so hohes Gut wie die Patientensicherheit zu schützen. Zwischen diesen beiden Rechtsgütern einen angemessenen Ausgleich herzustellen und dabei auch angemessene Zeitabläufe zu erreichen, dazu müssen die Behörden in die Lage versetzt werden.

Woran hapert es im Einzelnen?

Auf dem Weg zur Anerkennung der ärztlichen Approbation müssen Medizinabsolventen, die aus Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums stammen, drei Prüfungen durchlaufen: Den Sprachtest, die Gleichwertigkeitsprüfung und die Kenntnisprüfung. Letztere wird besonders kontrovers diskutiert:

Die Gleichwertigkeitsprüfung ist normativ in der Bundesärzteordnung geregelt und obliegt der jeweiligen Approbationsbehörde auf Landesebene. Geprüft werden Zertifikate und Nachweise ausschließlich nach Aktenlage. Ein Bescheid soll vier Monate nach Vorliegen aller erforderlichen Akten ergehen (Anm. d. Red.: bei unserem Beispiel waren es nach Vorlage aller notwendigen Testate acht). Bis allerdings alle Akten vorliegen, kann es je nach Herkunftsland mitunter dauern. Lassen sich Zweifel an der Echtheit der Unterlagen nicht ausschließen oder die Gleichwertigkeit nicht abschließend beurteilen, kann auch die zentrale Gutachterstelle für Gesundheitsberufe einbezogen werden. Im praktischen Alltag wird auf das Ergebnis der Gleichwertigkeitsprüfung zunehmend verzichtet, da sie sich sehr in die Länge ziehen kann und am Ende mangels Beurteilbarkeit häufig eben trotzdem in der Kenntnisprüfung mündet.

Liefert die Gleichwertigkeitsprüfung kein Ergebnis, folgt eine mündlich-praktische „Kenntnisprüfung“. Diese soll spätestens sechs Monate nach dem Bescheid terminiert werden (Anm. d. Red.: Im Beispielfall dauerte es vom Antrag bis zur Prüfung zwei Jahre). Das Testat kann bis zu zwei Mal wiederholt werden. Verantwortlich sind die Approbationsbehörden. Diese delegieren die Durchführung zu je 50 Prozent an die Landesärztekammern und die Universitäten. Die Inhalte der 30- bis 90-minütigen Kollegialprüfung am Patienten werden in der Approbationsordnung festgelegt. Prüfungsgegenstand sind primär die Fächer Innere Medizin und Chirurgie, die nach Bedarf um unklare Bereiche der Gleichwertigkeitsprüfung ergänzt werden. Eine Ladung ist bis zu fünf Tage vor dem Prüfungstermin möglich. Prüfungs- bzw. Bewertungskriterien werden in der Ordnung jedoch nicht festgelegt. Es gibt auch keine regelhaften Prüferschulungen oder etwa Bewertungsbögen als Feedback für die Prüfer.

Was kann und muss verbessert werden?

Um das Nadelöhr der Gleichwertigkeitsprüfung zu beseitigen, schlägt der BDC vor, diese in ihrem Umfang deutlich zu reduzieren: Kann die Gleichwertigkeit im ersten Prüfdurchlauf nach Aktenlage nicht zweifelsfrei beurteilt werden, erfolgt die direkte Überweisung in die Kenntnisprüfung. Ein solcher Ablauf würde eine deutliche Zeitersparnis bedeuten.

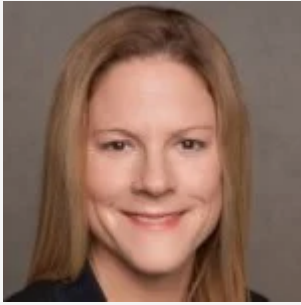
Die Kenntnisprüfung könnten die Antragsteller dann in Analogie zum Dritten Staatsexamen unter den Bedingungen der deutschen Studierenden absolvieren – eine Forderung, die auch der Deutsche Ärztetag bereits aufgestellt hat. Diese Umstellung beinhaltet einen transparenten Leistungskatalog und realistische Ladefristen.

Die normative Umsetzung dieses Vorschlags erfordert nur wenige folgende Anpassungen: zum einen die Verkürzung der Gleichwertigkeitsprüfung gemäß § 3 der Bundesärzteordnung, und zum anderen die inhaltliche Neugestaltung der Kenntnisprüfung gemäß § 37 der geltenden ärztlichen Approbationsordnung, die sich derzeit ohnehin als Entwurf in der parlamentarischen Beratung befindet und zahlreiche Veränderungen erfährt. Es erscheint naheliegend, das laufende Verfahren um diesen Punkt zu ergänzen. Um erstens die Situation von migrationswilligen Kolleg:innen aus Drittstaaten sichtbar zu machen, da zweitens auch chirurgische Kliniken immer mehr auf die Unterstützung ausländischer Kolleg:innen angewiesen sind und um drittens die Rechte unserer Patienten durch die angemessene Erteilung von Zugangsberechtigungen zur ärztlichen Tätigkeit zu wahren, wird der BDC die vorgestellten Vorschläge nach außen vertreten und auch im Vorfeld der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2021 auf Länderebene einbringen. Ziel ist es, gemeinsam auf ein schlankes und faires Anerkennungsverfahren hinzuwirken.

Zahlen, Daten, Fakten

Laut Statistik der Bundesärztekammer waren 2017 in Deutschland 392.402 Ärzte tätig. Rund 45.000 (11 Prozent) davon waren ausländische Ärzte, wovon wiederum rund 10.000 Ärzte aus Drittstaaten kamen. 2017 allein wurden in Deutschland 4.300 Verfahren zu Anträgen von ÄrztInnen aus Drittstaaten auf Anerkennung der Approbation beschieden. Ca. 30 Prozent dieser Anträge konnten allein nach Aktenlage beschieden werden (Bundesinstitut für Berufsbildung, BIBB), keine Gleichwertigkeit bestand bei < 1 Prozent.

Autoren des Artikels



Dr. med. Friederike Burgdorf

Geschäftsführerin

Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

Luisenstraße 58/59

10117 Berlin

[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. med. Carsten Johannes Krones

Leiter Themen-Referat „Leitende Krankenhauschirurg:innen“

im BDC

Marienhospital Aachen

Allgemein- u. Viszeralchirurgie

Zeise 4

52066 Aachen

[> kontaktieren](#)