

G. Gebert und K. Voigtmann*)

Entscheidend ist, was die (M.c.-)Prüfungen leisten

Zur Aussagefähigkeit der zentralen Multiple-choice-Prüfungen am Beispiel des Physiologie-Examens Herbst 1989

1970 wurde die Ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO) erlassen – auch als Reaktion auf die jahrelange Kritik der Studenten an Ausbildung („zu theoretisch“) und an mündlichen staatlichen Examina („inadäquat, subjektiv und deshalb ungerecht“, „suppressiv“). Beide Bereiche wurden reformiert: Mehr Praktika und Kurse, dazu Bedside-teaching sowie schriftliche zentrale Prüfungen nach dem Multiple-choice-Verfahren.¹ Die M. c.-Prüfungen waren geplagt von langanhaltenden Geburtswehen mit labilen Durchfallerquoten. Weder vor 1970 noch später aber sind für die Medizin fundierte, unabhängige empirische Untersuchungen darüber angestellt worden, inwieweit die alten Vorwürfe der Studenten zu Recht bestehen haben, und wie der Erfolg der ÄAppO samt ihren Anpassungsveränderungen einzuschätzen ist. Im allgemeinen geht man davon aus, daß die Ausbildungsqualität durch die Prüfungen festgestellt wird. Es ist also entscheidend, was die Prüfungen leisten, das heißt ob sie das leisten, was sie leisten sollen. Vielleicht eröffnen die Autoren mit ihrem nachfolgend wiedergegebenen Beitrag in einem ersten (vorsichtigen) Schritt eine neue Runde in der immer notwendigen Auseinandersetzung mit dem Problem Erfolgskontrolle durch Prüfungen – hier also der Multiple-choice-Prüfungen. DÄ

Über die Qualität der Ausbildung zum Arzt wird seit langem diskutiert. Maßgebende Gremien wie der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion in seinem Jahresgutachten 1989 (1)¹ und die Enquetekommission des Bundestages zur „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ in ihrem 1990 veröffentlichten Endbericht (2) vertreten den Standpunkt, daß die Ausbildung erhebliche Mängel aufweist. Als deren wesentliche Ursache wird ein Mißverhältnis zwischen Ausbildungskapazität und Studentenzahl angesehen. Die Schwerpunktsetzung der Kritik wird in den Ausführungen des Bundesgesundheitsministeriums zur Zielsetzung des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzte-

ordnung (3) deutlich. Danach ist „... die praktische Ausbildung im Medizinstudium unzureichend, so daß die derzeit ausgebildeten Ärzte zwar über gute theoretische Kenntnisse, nicht aber über hinreichende praktische Fähigkeiten und Erfahrungen verfügen“.

Problematisch an diesen Aussagen ist, daß bisher weder das Vorhandensein guter theoretischer Kenntnisse noch die Mängel in praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten durch fundierte empirische Untersuchungen belegt sind.

Die Feststellung, wie gut das von den Medizinstudenten in ihrer Aus-

*) Die Arbeit gibt die persönliche Auffassung der Autoren wieder.

¹) Die in Klammern gesetzten Zahlen beziehen sich auf das Literaturverzeichnis beim Sonderdruck.

bildung erworbene Wissen ist und ob es als Grundlage für die ärztliche Tätigkeit ausreicht, ist Aufgabe der in der Approbationsordnung vorgesehenen Prüfungen, insbesondere der zentralen Antwort-Auswahl-(Multiple-choice-)Examina. Die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit eingesetzte „Kleine Kommission zu Fragen der ärztlichen Ausbildung“ hat 1979 postuliert (4), daß die staatlichen Prüfungen „vertrauensbildende Qualifikationsnormen“ darstellen. Zwei Jahre später hat eine vom selben Ministerium berufene Sachverständigenarbeitsgruppe festgestellt (5), daß mit dem Antwortwahlverfahren „Kenntnisse und Verstehen“ geprüft werden können und daß dieses Verfahren „grundsätzlich zur Anwendung in den staatlichen Prüfungen im Studiengang Medizin geeignet“ ist.

Die in den letzten zehn Jahren aufgetretenen starken Schwankungen der Nichtbestehensquoten – vor allem bei der Ärztlichen Vorprüfung – gaben Anlaß zu der Vermutung, daß die Prüfungsergebnisse weniger vom Kenntnisstand der Kandidaten als von der (wechselnden) Schwierigkeit der an dem jeweiligen Termin gestellten Fragen bestimmt wurden. Die für sachgerechte Leistungsmessung unabdingbare Anforderungskonstanz könnte durch Verwendung vorgetesteter Aufgaben gesichert werden, wobei vermieden werden muß, daß die Aufgaben den Kandidaten bekannt werden. Eine weitere Möglichkeit zur Erreichung eines gleichmäßigen Anforderungsniveaus bietet die Standardisierung der Prüfung unter inhaltlichen und formalen Aspekten. Dazu muß zunächst ermittelt werden, welche Aussagen die Prüfungsergebnisse über den Kenntnisstand der Kandidaten ermöglichen.

Als Einstieg in die Problematik wurde eine Inhalts- und Ergebnisanalyse der Ärztlichen Vorprüfung vom Herbst 1989 im Fach Physiologie durchgeführt. In diesem Termin wurde mit nur circa 47 Prozent richtiger Lösungen ein Tiefpunkt der in diesem Fach seit mehreren Jahren fallenden Prüfungsergebnisse erreicht.

Genese der Physiologieprüfung vom Herbst 1989

Das in der Ausbildung zum Arzt zentral zu prüfende Wissen der einzelnen Fächer wird durch die Approbationsordnung global festgelegt. In der „Sammlung von Gegenständen, auf die sich die Ärztliche Vorprüfung bezieht“ – sie wird vom Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), Mainz, unter Mitwirkung von Hochschullehrern der Prüfungsfächer verfaßt –,

Anforderungsprofil der Prüfung

Welche Kenntnisse und Fähigkeiten in einer Prüfung mit M. c.-Fragen tatsächlich verlangt werden, kann man ermitteln, wenn man das zur richtigen Beantwortung der einzelnen Prüfungsfragen notwendige Wissen zusammenstellt. Das dazu notwendige Vorgehen sei an einer Physiologiefrage des Augusttermins 1989 demonstriert:

Die intestinale Absorption wird bei Ausschaltung des Ileums relativ am meisten reduziert für

- (A) L-Phenylalanin
- (B) Desoxycholsäure
- (C) D-Glucose
- (D) Glycin
- (E) Eisen

Lösung B; Anteil richtiger Antworten 39 Prozent

Diese Frage sollte ermitteln, ob der Kandidat weiß, daß Desoxycholsäure als Gallensäure hauptsächlich im Endbereich des Dünndarms (terminales Ileum) reabsorbiert wird. Andererseits konnten auch Kandidaten, die diese Kenntnisse nicht hatten, aber wußten, daß die Aminosäuren Glycin und Phenylalanin sowie Glucose und Eisen weit überwiegend im Anfangsteil des Dünndarms aufgenommen werden, zur richtigen Lösung kommen. Eine Zusammenstellung des unmittelbar zum Erkennen der Lösung führenden Wissens (Re-

werden die Prüfungsinhalte weiter aufgeschlüsselt.

Die zu stellenden Fragen werden von Hochschullehrern als Sachverständigen erarbeitet, diskutiert und beschlossen. Die Sachverständigen des Faches Physiologie wirken auch bei der Zusammenstellung der Fragen für die einzelnen Prüfungstermine mit.

Die Gesamtprüfung wird von einer Hochschullehrerkommission, der Vertreter aller größeren vorklinischen Fächer angehören, auf Übereinstimmung mit der Examenszielsetzung kontrolliert.

sorptionsort der Desoxycholsäure) gibt somit einen Überblick über das normalerweise ausreichende, nicht aber über das gesamte Wissen, unter dessen Verwertung die Aufgaben gelöst werden konnten.

Ein Teil des so ermittelten Anforderungsprofils wird im folgenden exemplarisch wiedergegeben.**)

Blut und Immunsystem

Kenntnis der Definition des Hämatokrits und Anwendung auf die Umrechnung von Plasma- in Blutvolumen.

Wissen, daß eine Störung der Blutstillung durch eine Thrombozytopenie, eine Lebererkrankung und eine Störung der Fettresorption im Darm, nicht aber durch Vitamin A-Mangel bedingt sein kann.

Wissen, daß Ca^{++} für die intravasale Gerinnung benötigt wird, weil bestimmte Gerinnungsfaktoren ohne Ca^{++} nicht mit Phospholipiden komplexieren können.

Wissen, daß Antikörper von Plasmazellen gebildet werden, aus L- und H-Ketten bestehen, Bestandteil der spezifischen humoralen Abwehr sind, mit dem korrespondierenden Antigen den Antigen-Antikörper-Komplex bilden und aufgrund ihrer spezifischen Bindung an das Antigen nachgewiesen werden.

Herz

Wissen, daß Acetylcholin am Kammermyokard weder Auslösung noch Verstärkung einer Kontraktion bewirkt.

Wissen, daß bei gleich hohen R-Zacken in den EKG-Einthovenableitungen I und II die R-Zacke der Ableitung II gleich 0 sein muß.

***) Das komplette Anforderungsprofil wird von den Autoren auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

Wissen, daß das PQ-Intervall im EKG bei Ruheherzfrequenz etwa 0,18 s ($0,06 < 0,18 < 0,22$ s) beträgt.

Wissen, daß die Diastolendauer bei einer Herzfrequenz von 70 pro Minute etwa 0,54 s ($> 0,30$ s) beträgt.

Erkennen, daß aus einem gegebenen Druck-Volumen-Diagramm der Herzkammeraktion die Ejektionsfraktion ermittelt werden kann.

Wissen, daß die Leistung des rechten Ventrikels weitaus weniger als die Hälfte von der des linken beträgt.

Wissen, daß die respiratorische Arrhythmie eine atemsynchrone Beeinflussung des Sinusrhythmus des Herzens mit Frequenzsteigerung bei Einatmung ist.

Wissen, daß die Koronardurchblutung bei körperlicher Arbeit weniger zunimmt als der Sauerstoffverbrauch des Herzens.

Wissen, daß bei körperlicher Arbeit die Sauerstoffausschöpfung des Blutes durch das Herz ansteigt (Zunahme der arterio-koronarvenösen O_2 -Druckdifferenz).

Wissen, daß bei körperlicher Arbeit die Koronardurchblutung hauptsächlich während der Diastole des Herzens steigt.

Kreislauf

Wissen, daß die pulsatorischen Blutdruckschwankungen als Blutdruckwellen I. Ordnung und die respiratorischen Blutdruckschwankungen als solche II. Ordnung klassifiziert werden.

Erkennen, daß die Gefahr einer Lungenödementstehung zunimmt, wenn die Lungenkapillaren durchlässiger für Plasmaprotein werden und wenn das Blutvolumen oder der Druck in den Pulmonalvenen steigen, nicht aber, wenn die Plasmaproteinkonzentration erhöht ist.

Wissen, daß der Druck in den Venensinus des Gehirns im Stehen unter dem atmosphärischen Druck liegt.

Wissen, daß eine Senkung des arteriellen Drucks über den Pressorezeptorenregelkreis unter anderem über eine Abnahme des Sympathikustonus und über eine cholinerg induzierte negativ chronotrope Wirkung, nicht aber über eine cholinerg ausgelöste Gefäßerweiterung der Skelettmuskelstrombahn zustande kommt.

Wissen, daß vom Herzzeitvolumen eines acht Monate alten Feten etwa die Hälfte durch die Plazenta fließt.

Atmung

Berechnung des Lungenvolumens bei Bestimmung nach der Heliumverdünnungsmethode aus den gegebenen Werten für das Spirometervolumen und die anfängliche und die sich nach Konzentrationsausgleich einstellende Heliumkonzentration.

Wissen, daß sich im anatomischen Totraum bei Atemruhelage nur etwa fünf

Prozent des Luftvolumens von Lunge und Atemwegen befinden.

Erkennen, daß eine Zunahme des Atemzugvolumens, nicht aber der Atemfrequenz bei gleichbleibendem Atemzeitvolumen zu Hyperventilation führt.

Abschätzen des Sauerstoffpartialdrucks in wasserdampfgesättigter Einatemungsluft bei einem Luftdruck von 33 kPa (247 mmHg) als 20 Prozent von 247–47 mmHg (PH_2O) = 40 mmHg.

Wissen, daß die bei der Aufnahme von CO_2 ins Blut entstehenden H^+ -Ionen nur von Nicht-Bikarbonat-Puffern des Blutes gepuffert werden können.

Wissen, daß der Atemantrieb durch O_2 -Mangel nur über die peripheren arteriellen Chemorezeptoren vermittelt wird.

Arbeit und Leistung

Wissen, daß bei erschöpfender körperlicher Arbeit das Standardbikarbonat des Blutes absinkt, weil es zu metabolischer Azidose (Milchsäureanhäufung) kommt.

Wissen, daß bei erschöpfender körperlicher Arbeit der arterielle CO_2 -Partialdruck abnimmt.

Wissen, daß sich bei leichter körperlicher Arbeit der arterielle PCO_2 nicht wesentlich ändert, weil das Verhältnis von CO_2 -Abgabe zu alveolärer Ventilation gleich bleibt.

Ernährung und Verdauung

Wissen, daß Trypsin seine eigene Bildung als Trypsinogen fördert und nicht hemmt.

Wissen, daß Desoxycholsäure hauptsächlich im Ileum resorbiert wird.

Wissen, daß bei der Glucoseresorption im Darm keine Endo- oder Exozytose erfolgt.

Wissen, daß Triglyceride im Dünndarm nicht durch die basolaterale Membran der Dünndarmepithelzellen an das Pfortaderblut abgegeben werden, sondern in die Lymphe gelangen.

Bereits aus diesem, etwa 40 Prozent des geprüften Stoffes umfassenden Auszug ergibt sich, daß die Physiologieprüfung, wie von der Approbationsordnung gefordert, auf die Grundlagen der für den Arzt allgemein erforderlichen Kenntnisse ausgerichtet war.

Außerdem ist offensichtlich, daß das Wissen der Kandidaten in einem breiteren Spektrum geprüft wird, als dies in dem pro Prüfling etwa 20 Minuten dauernden mündlichen Examen möglich ist.

Wieviel wird gewußt, wieviel geraten?

Bei Antwortauswahlfragen mit fünf angebotenen Alternativen besteht auch bei Unkenntnis des geprüften Sachverhalts eine Zufallschance von im Mittel 20 Prozent, die Lösung zu treffen. Wie hoch die Wahrscheinlichkeit, eine Aufgabe ohne das geforderte Wissen richtig zu beantworten, wirklich ist, hängt von der formalen Qualität der Aufgabe ab.

Wenn sich Falschalternativen („Ablenker“) allein aufgrund von Plausibilitätserwägungen als unzutreffend erkennen lassen, kann die Ratewahrscheinlichkeit über der statistischen Zufallstrefferate von 20 Prozent liegen. Sie kann aber auch unter 20 Prozent fallen, wenn die Falschaussagen für Unwissende plausibler scheinen als die Lösung. Als Anhaltswert für die tatsächliche Ratewahrscheinlichkeit bei einer Aufgabe kann man den Anteil richtiger Antworten der in der Gesamtprüfung leistungsschwächsten Kandidaten verwenden, deren (minimaler) Wissenserwerb dabei vernachlässigt wird. Dazu muß der Anteil richtiger Antworten bei einer Frage in Relation zur Gesamtleistung auf-

gefächert werden, wie für die folgende Aufgabe demonstriert wird:

Im Stehen beträgt der Druck in den venösen Sinus des Gehirns relativ zum Atmosphärendruck circa

- (A) 4,0 kPa (30 mmHg)
- (B) 2,7 kPa (20 mmHg)
- (C) 1,3 kPa (10 mmHg)
- (D) 0 kPa (0 mmHg)
- (E) -1,3 kPa (-10 mmHg)

Lösung E; Anteil richtiger Antworten 35 Prozent (Abbildung 1)

Von den Kandidaten mit der besten Gesamtleistung beantworten etwa 90 Prozent diese Frage richtig. Auf dem anderen Ende der Leistungsskala pendelt sich der Anteil richtiger Antworten bei etwa zehn Prozent ein, so daß die Ratewahrscheinlichkeit unter der statistisch zu erwartenden Zufallstrefferate von 20 Prozent liegt. Offensichtlich konnten sich die Kandidaten, die nicht über die geforderte Kenntnis in der Kreislaufphysiologie verfügten, nicht vorstellen, daß der Druck in den venösen Gefäßen von Kopf und Hals bei vertikaler Körperposition unter dem Atmosphärendruck liegt (Gefahr der Luftembolie).

Die 35 Prozent Kandidaten mit der richtigen Lösung setzen sich aus x Prozent Kandidaten zusammen, die über die gefragte Kenntnis ver-

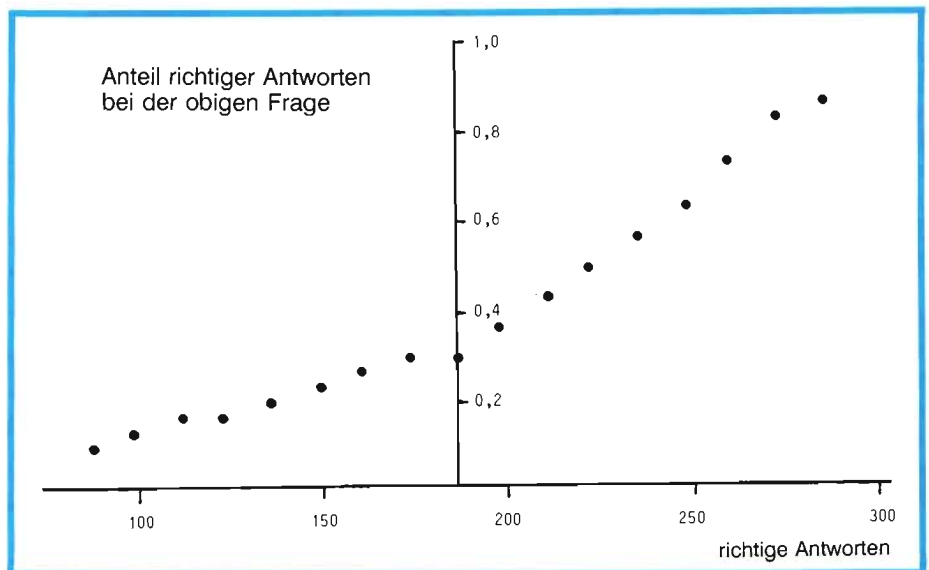


Abbildung 1: Lösungshäufigkeit der Aufgabe 21 (Heftversion A) der Ärztlichen Vorprüfung vom Herbst 1989 in Abhängigkeit von der Gesamtleistung der Kandidaten. Die Ordinate (Anteil richtiger Antworten) schneidet die Abszisse bei der durchschnittlichen Prüfungsleistung

fügten, und aus den p (100-x) Prozent Kandidaten, die aufgrund der Ratewahrscheinlichkeit p die richtige Antwort getroffen haben. Bei dem nach der Leistung der schwächsten Kandidaten geschätzten $p = 0,1$ (siehe oben) ergibt sich aus $x + 0,1 \cdot (100-x) = 35$ Prozent für x ein Wert von circa 28 Prozent. Analysiert man alle Fragen auf diese Weise, läßt sich für die Physiologieprüfung vom Herbst 89 eine durchschnittliche Ratewahrscheinlichkeit von circa 22 Prozent, also nahe der Zufallstrefferrate, ermitteln. Korrigiert man das Durchschnittsergebnis nach dieser Ratewahrscheinlichkeit, sinkt es von circa 47 Prozent richtig gewählten auf circa 32 Prozent gewußte Lösungen.

Beantwortung der Physiologiefragen

Die Verteilung der (unkorrigierten) Prüfungsleistungen im Fach Physiologie im Herbst 1989 ist in *Abbildung 2* wiedergegeben.

Insgesamt haben 3871 von 7219 Kandidaten, also circa 54 Prozent, von den 65 Fragen des Faches Physiologie nicht einmal 30 richtig beantwortet. Berücksichtigt man die empirisch ermittelte durchschnittliche Ratewahrscheinlichkeit von 22 Prozent (siehe oben), hatten die Kandidaten mit unter 30 richtigen Lösungen weniger als ein Drittel des von den Aufgaben geforderten Prüfungsstoffs präsent. Trotzdem hat die Mehrheit von ihnen (2168 von 3871 = circa 56 Prozent) den schriftlichen Teil der Ärztlichen Vorprüfung bestanden.

Der mündliche Prüfungsteil, der an diesem Termin erstmals und nur von den Erstteilnehmern absolviert werden mußte und der nur bei etwa der Hälfte der Kandidaten das Fach Physiologie beinhaltet, beeinflußt die Gesamtmißerfolgsquote nur wenig.

Zwischen den Studenten, die gute Gesamtnoten in der schriftlichen Vorprüfung erhielten, und denen, die in der Gesamtprüfung schlechter abschnitten, herrscht ein starkes Gefälle in den Prüfungsleistungen im

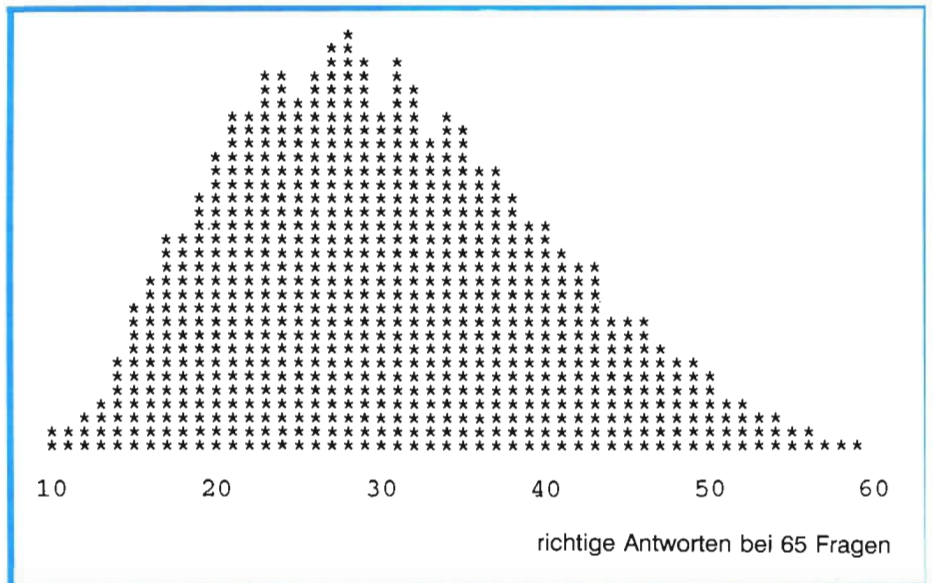


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Zahl richtiger Antworten im Fach Physiologie vom Herbst 1989. Jedes Sternchen = 10 Kandidaten (gegebenenfalls auf- oder abgerundet)

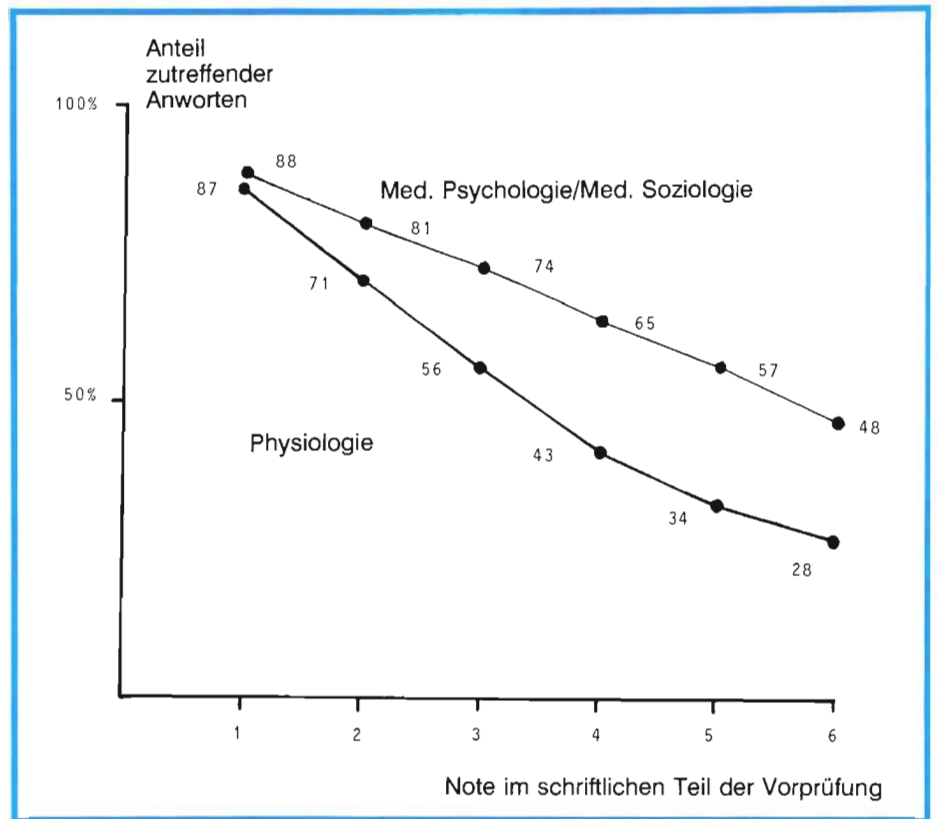


Abbildung 3: Durchschnittliche Prüfungsleistung in den Fächern Physiologie und Medizinische Psychologie/Medizinische Soziologie der Ärztlichen Vorprüfung vom Herbst 1989 in Abhängigkeit von der Note im gesamten schriftlichen Prüfungsteil

Fach Physiologie. Zur Veranschaulichung sind in *Abbildung 3* die (nicht nach der Zufallstrefferrate korrigierten) Anteile richtiger Lösungen der Kandidaten in Relation zu den in der

schriftlichen Prüfung erzielten Noten aufgetragen, zum Vergleich zusätzlich die entsprechenden Daten der Fächer Medizinische Psychologie/Medizinische Soziologie.

Interpretation der Prüfungsergebnisse

Obwohl in der Prüfungswissenschaft unbestritten ist, daß man mit der M. c.-Prüfungstechnik sowohl die Kenntnis von Sachverhalten als auch die Fähigkeit zur Anwendung von Kenntnissen zur Lösung von Problemen erfassen kann (zum Beispiel Gebert [6], Herbig [7], Ingenkamp [8]), wird in der Öffentlichkeit häufig behauptet, daß mit der M. c.-Prüfung lediglich eine für die eigentliche Tätigkeit als Arzt unsinnige Fähigkeit zum Wiedererkennen von fragmentierten, zusammenhanglosen Wissensetzen gefordert werde. Selbstverständlich sind dem Antwort-Auswahl-Verfahren Grenzen gesetzt. Es kann beispielsweise die Fähigkeit der Kandidaten zur sprachlichen Ausformulierung von Sachverhalten oder zur kreativen Problembewältigung nicht messen. Dafür liegen seine nachgewiesenen Stärken in der Möglichkeit zur objektiven, querschnittartigen Feststellung, ob der geprüfte Kandidat in ausreichendem Maße über die „für den Arzt allgemein erforderlichen“ Kenntnisse verfügt.

In diesem Zusammenhang sei auf die umfangreiche Studie zum Thema „Mündliche Prüfungen“ von Birkel (9) verwiesen, nach der sowohl die von erfahrenen als auch die von weniger erfahrenen Prüfern gestellten Fragen überwiegend auf Faktenwissen bezogen sind und keine analytischen oder synthetischen Fähigkeiten fordern.

● Wenn man die prüfungswissenschaftlich eindeutig belegte Auffassung akzeptiert, daß mit adäquat konstruierten Antwortauswahlaufgaben das Vorhandensein definierter Kenntnisse und Fähigkeiten festgelegt wird, ist der Wissensstand vieler Kandidaten der Ärztlichen Vorprüfung vom Herbst 1989 in dem hier dokumentierten Prüfungsbereich des Faches Physiologie erschreckend niedrig. Während in der Gesamtprüfung leistungsstarke Studenten auch in der Physiologie hervorragend abschneiden (und damit dokumentieren, daß die Anforderungen nicht unangemessen hoch

sind), liegen die Ergebnisse der durchschnittlichen bis schwachen Kandidaten deutlich unter denen in anderen Fächern wie der Medizinischen Psychologie/Medizinischen Soziologie. Offen bleiben muß allerdings, ob eine derartige Divergenz auch nach Ratewahrscheinlichkeitskorrektur bestehen bleiben würde. Die am Durchschnitt der Kandidatenleistung orientierte Bestehensregel führt andererseits dazu, daß sich unzureichende Kenntnisse im Fach Physiologie nicht wesentlich auf den Erfolg im Gesamtexamen auswirken.

Die Frage, ob die Abwärtsbewegung des Anteils richtiger Antworten im Fach Physiologie in den letzten Jahren bis zu dem im Herbst 1989 erreichten Tiefstand eine Umstellung der Prüfungsanforderungen oder ein Absinken der Leistungen widerspiegelt, kann auf der Basis dieser Studie allein nicht beantwortet werden. Hier wird nur gezeigt, daß eine adäquate Analyse auch bei den zentralen M. c.-Prüfungen objektive Aussagen über das Anforderungsniveau und die aktuellen Kenntnisse der Studenten ermöglicht, und es wird nachgewiesen, daß der am Ende der vorklinischen Ausbildung erreichte Wissensstand zumindest in einem wichtigen theoretischen Grundlagenfach im Prüfungstermin Herbst 1989 im Durchschnitt unzureichend war.

Notwendig wäre, sich durch systematische Untersuchung mehrerer Termine eine gesicherte Grundlage für die Bewertung des Ausbildungserfolgs nicht nur im Fach Physiologie zu verschaffen. Nur dann könnte das Postulat der „Kleinen Kommission“, daß die staatlichen Prüfungen als vertrauensbildende Qualifikationsnormen eine adäquate Ausbildung sicherstellen sollen, erfüllt werden.

Literatur beim Sonderdruck

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. Gerfried Gebert
Dr. Klaus Voigtmann
Institut für Medizinische
und Pharmazeutische
Prüfungsfragen
Große Langgasse 8,
6500 Mainz 1

Künftig Bundesstatistik für Krankenhäuser: Grundlage für gesundheitspolitische Planungen

Die amtlichen Krankenhausstatistiken sollen rezenter, transparenter und aussagekräftiger werden. Mit einer verbesserten Krankenhausstatistik auf Bundesebene sollen zugleich objektivierbare Grundlagen für die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung, für Planungen und die Aufgabenerfüllung nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) geschaffen werden. Nach vierjähriger intensiver Vorbereitung durch das Bundesgesundheitsministerium und die Länderressorts hat das Plenum des Bundesrates am 16. März 1990 der von der Bundesregierung vorgelegten „Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser“ (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) zugestimmt, die an die Stelle der bisher geltenden „koordinierten Länderstatistik“ tritt.

Für die anonymisierte Meldung von Patientendaten im Krankenhaus (Alter, Wohnort, Hauptdiagnose; Angabe, ob im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose operiert wurde; Angaben über die Fachabteilung mit der längsten Verweildauer) ist eine *dreijährige* Übergangsfrist (erstes Berichtsjahr: 1993), für die Erhebung der Personalbesetzungsdaten (beschäftigten Personen und Vollkräfte) eine *einjährige* Übergangsfrist (erstes Berichtsjahr: 1991) vorgesehen. Für alle übrigen Routine-Erhebungsdaten tritt die Krankenhausstatistik-Verordnung rückwirkend zum 1. Januar 1990 in Kraft. Erstes Berichtsjahr ist also 1990. Die Erhebungsdaten müssen zum Stand 31. Dezember 1990 spätestens bis zum 1. April 1991 beziehungsweise bis spätestens zum 30. Juni 1992 erhoben und dem zuständigen Statistischen Landesamt gemeldet werden.

Eine Revision der Rechtsgrundlagen für die amtliche Krankenhaus-