

Ärztliches Berufsrecht

Ausbildung - Weiterbildung - Berufsausübung

von
Helmut Narr

Grundwerk mit 23. Ergänzungslieferung

Deutscher Ärzte-Verlag Köln

Verlag C.H. Beck im Internet:
www.beck.de

ISBN 978 3 7691 3028 7



Ärztliches Berufsrecht

Ausbildung, Weiterbildung, Berufsausübung

Begründet von Prof. Dr. jur. H. Narr

Fortgeführt von
Dr. jur. M. Hübner (Hrsg.)

unter Mitarbeit von:
Rechtsanwältin B. Berner
Dr. jur. H. Haage
Rechtsanwalt Dr. jur. B. Halbe
Rechtsanwalt Dr. jur. R. Hess
Professor Dr. jur. W. Kluth
Rechtsanwältin Dr. jur. A. Loof
Rechtsanwalt H. D. Schirmer
Rechtsanwalt J. Schröder

2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage
23. Ergänzungslieferung – Stand November 2014

Band 1

Deutscher Ärzte-Verlag Köln



Herausgeberin:
Dr. jur. Marlis Hübner
Leiterin der Rechtsabteilung der
Bundesärztekammer, Berlin

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede
Verwertung in anderen als den gesetzlich zuge-
lassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen
schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Autoren:
Rechtsanwältin Barbara Berner
Fachabteilungsleiterin der Rechtsabteilung der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

Copyright © by
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 2014
Satz: Reemers Publishing Services GmbH,
47799 Krefeld

Dr. jur. Heinz Haage, Rheinbach

Druck + Bindung:
Zimmermann Druck+Verlag, Balve

Rechtsanwalt Dr. jur. Bernd Halbe
Fachanwalt für Medizinrecht, Dr. Halbe -
Rechtsanwälte, Köln/Berlin

Rechtsanwalt Dr. jur. Rainer Hess
Ehemaliger unparteiischer Vorsitzender des
Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte,
Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen

Professor Dr. jur. Winfried Kluth
Professor für öffentliches Recht und Direktor
am Interdisziplinären Institut für Medizin-
Ethik-Recht an der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Rechtsanwältin Dr. jur. Ariane Loof
Rechtsanwältin, Berlin

Rechtsanwalt Horst Dieter Schirmer
Ehemaliger Justitiar und Leiter der
Gemeinsamen Rechtsabteilung von
Bundesärztekammer und Kassenärztlicher
Bundesvereinigung, Berlin

Rechtsanwalt Jürgen Schröder
Stellvertretender Leiter der
Rechtsabteilung der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung, Berlin

ISBN 3-7691-3028-6
978-3-7691-3028-7

Vorwort zur 23. Ergänzungslieferung

Mit der 23. Ergänzungslieferung wurden die **Ausführungen zur ärztlichen Berufszulassung** in Teil B des Loseblattwerkes grundlegend überarbeitet. Fachautor Dr. jur. Heinz Haage stellt zunächst die europäische Rechtslage dar, wie sie sich aktuell nach der Änderung der Berufsanerkenntnisrichtlinie durch die Richtlinie 2013/55/EU ergeben hat. Dabei nimmt er neben den zentralen Änderungen auch mögliche künftige Entwicklungen und offene Problemstellungen kritisch in den Blick.

Die Darstellung umfasst zudem die Erteilung der Approbation als Arzt mit allen Zulassungsvoraussetzungen, wie Würdigkeit, Geeignetheit, gesundheitliche Eignung, Ausbildungsabschluss und Sprachkenntnisse. Der Autor stellt insbesondere auf die Ausbildungsabschlüsse aus Deutschland, der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums und aus Drittstaaten ab und analysiert anschaulich die komplexen Regelungen. Im Anschluss daran folgen die Ausführungen zur Rücknahme, zum Widerruf, Ruhen und Verzicht sowie zur Wiedererteilung der Approbation. Die Darstellung der Voraussetzungen für eine Berufserlaubnis rundet das Thema zur ärztlichen Berufszulassung ab.

Als weiteren Schwerpunkt fokussiert diese Ergänzungslieferung den Themenbereich der **Ausbildung zum Arzt** in Teil D dieses Werkes. Die Berufsausübung der Ärzte wird nicht nur durch die Heilberufekammergesetze und die darauf beruhenden Berufsordnungen der Ärztekammern normiert, die der Autor als direktes Berufsrecht bezeichnet. Hinzu kommen zahlreiche Regelungen des sog. indirekten Berufsrechts, das sich in den arztbezogenen Regelungen des SGB V sowie in Spezialgesetzen, wie dem Transfusionsgesetz und dem Transplantationsgesetz, findet.

Prof. Dr. jur. Winfried Kluth bahnt mit seinem Kommentar einen Weg durch die Rechtsmaterie der ärztlichen Ausbildung und zeigt deren zunehmende Orientierung an Qualität und Wirtschaftlichkeit auf. Die Ziele und Verfassungsmäßigkeit des Kammermodells werden herausgearbeitet und die Aufgaben der Ärztekammern vorgestellt. Dabei wird der Interessenvertretung und der Rechtsberatung besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Überarbeitet und ergänzt wurden die Ausführungen zu den Grundstrukturen der ärztlichen Versorgungswerke und zu aktuellen Fragen der Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht.

Die **Neustrukturierung des Kommentars** mit einer neuen Nummerierung von Kapiteln, Randziffern und Seiten wurde mit der 23. Ergänzungslieferung weiter umgesetzt. Im Jahr 2015 wird die inhaltliche Aktualisierung kontinuierlich fortgesetzt.

Berlin, im November 2014

Dr. jur. Marlis Hübner
Herausgeberin

Inhaltsverzeichnis

Teil A Die Ausbildung zum Arzt

I. Einführung	S.	1
1 Beruf als soziales und rechtliches Phänomen	S.	1
2 Der Arztberuf als freier Beruf	S.	15
3 Die Heilkunde.....	S.	21
4 Das Berufsrecht des Arztes	S.	31
II. Die Ausbildung bis zur Approbation	S.	1
1 Die Zulassung zum Studium der Medizin	S.	1
2 Bestandteile und Aufbau des Studiums im Überblick	S.	7
3 Das Hochschulstudium	S.	21
4 Die praktische Ausbildung.....	S.	47
5 Die Prüfungen	S.	69
6 Die Promotion	folgt neu	

Teil B Die Zulassung zur Ausübung des ärztlichen Berufes

I. Die Ausübung des ärztlichen Berufes und die europäische und nationale Gesetzgebung	S.	1
II. Die Approbation	S.	1
1 Die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation..	S.	1
a) Würdigkeit und Zuverlässigkeit	S.	2
b) Rechtliches Gehör und Aussetzung des Verfahrens...	S.	8
c) Die gesundheitliche Eignung	S.	11
d) Abschluss der Ausbildung als Arzt	S.	13
e) Kenntnisse der deutschen Sprache.....	S.	33



X Inhaltsverzeichnis

2	Rücknahme, Widerruf, Ruhen, Verzicht und Wiedererteilung; Berufsverbot.....S.	37
a)	Rücknahme der Approbation.....S.	37
b)	Widerruf der ApprobationS.	44
c)	Ruhen der ApprobationS.	49
d)	Verzicht auf die ApprobationS.	55
e)	Wiedererteilung der Approbation.....S.	56
f)	BerufsverbotS.	59
III.	Die BerufserlaubnisS.	1

Teil C Die Weiterbildung

2.	Kapitel - Die Weiterbildung der ÄrzteRdNr.	W 1
I.	Allgemeine VoraussetzungenRdNr.	W 1
1.	BegriffsbestimmungenRdNr.	W 1
2.	Funktion der Weiterbildung im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung.....RdNr.	W 3
3.	Geschichtliche Entwicklung des ärztlichen WeiterbildungsrechtsRdNr.	W 4
II.	Systematik des Weiterbildungsrechts (Facharztrecht)RdNr.	W 5
1.	Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen im Arztrecht der Bundesrepublik Deutschland.....RdNr.	W 5
2.	Das Facharztrecht als ausschließliche Gesetzgebungszuständigkeit der Länder.....RdNr.	W 7
3.	Gemeinschaftsrechtliche Rahmenbedingungen der Europäischen UnionRdNr.	W 9
4.	Rechtsquellen des Weiterbildungsrechts (Facharztrechts).....RdNr.	W 10
5.	Die landesgesetzlichen Facharztregelungen im Einzelnen.....RdNr.	W 14
6.	Die landesgesetzlichen Ermächtigungen an die Landesärztekammern zum Erlaß von Weiterbildungsordnungen als Satzungsrecht.....RdNr.	W 16

7.	Die landesgesetzlichen Sonderregelungen zur spezifischen Ausbildung in der Allgemeinmedizin	RdNr.	W 17
8.	Die kassenarztrechtlichen Folgeregelungen der EU-Richtlinienbestimmungen über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin	RdNr.	W 18
9.	Exkurs: Die Beschränkung der Autonomieverleihung an die Landesärztekammern im Lichte der Facharztentscheidung des Bundesverfassungsgerichts.....	RdNr.	W 19
10.	Die Beschlussfassung über Weiterbildungsordnungen als autonomes Recht der Kammern	RdNr.	W 21
11.	Verwaltungsrichtlinien im Facharztrecht.....	RdNr.	W 26
12.	Die rechtliche und praktische Bedeutung der Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Weiterbildungsrecht.....	RdNr.	W 30
13.	Interlokales und intertemporales Facharztrecht	RdNr.	W 32
III.	Weiterbildungsrecht und andere Qualifikationen	RdNr.	W 34
1.	Vorbemerkung.....	RdNr.	W 34
2.	Kassenarztrecht und Weiterbildungsrecht.....	RdNr.	W 35
3.	Einzelfragen zum Qualitätssicherungsrecht des Kassenarztrechts auf dem Hintergrund des Berufsrechts	RdNr.	W 41
4.	Weiterbildungsrecht und hausärztliche/fachärztliche Versorgung im Kassenarztrecht (§ 73 SGB V)	RdNr.	W 44
5.	Tätigkeitsvorbehalte und Qualifizierungsregelungen im sonstigen Gesundheitsrecht (Übersicht).....	RdNr.	W 48
IV.	Die Muster-Weiterbildungsordnung und die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern	RdNr.	W 49
1.	Die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer	RdNr.	W 49
2.	Die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern	RdNr.	W 50
V.	Weiterbildung als berufsbegleitende Qualifizierung ..	RdNr.	W 51
1.	Ziel der Weiterbildung	RdNr.	W 51
2.	Voraussetzung für den Beginn der Weiterbildung	RdNr.	W 52
3.	Weiterbildung „im Rahmen der Berufstätigkeit“ unter Anleitung.....	RdNr.	W 53



4.	Die arzt haftungsrechtliche Problematik des Verhältnisses zwischen „anleitendem Arzt“ und weiterzubildendem Arzt	RdNr.	W 55
5.	Kursweiterbildung	RdNr.	W 57
VI.	Die Systematik der Qualifikationen	RdNr.	W 58
1.	Die rechtlichen Grundlagen der Entscheidungs- bildung der Kammern für die Einführung von Qualifikationen	RdNr.	W 58
2.	Die Qualifikationen im einzelnen.....	RdNr.	W 60
VII.	Der Qualifikationsinhalt der Weiterbildung	RdNr.	W 67
1.	Einführende Bemerkungen	RdNr.	W 67
2.	Die gesetzliche Systematik und die Optionen des Normgebers der MWBO.....	RdNr.	W 68
3.	Die Systematik der MWBO.....	RdNr.	W 69
4.	Die rechtlichen Folgerungen.....	RdNr.	W 70
5.	Übergangsrechtliche Fragen.....	RdNr.	W 73
6.	Exkurs: Befähigungsnachweis durch Fortbildung anstelle von Weiterbildung?	RdNr.	W 74
7.	Folgerungen und Ergänzungen im Kassenarztrecht...	RdNr.	W 75
VIII.	Die Facharztbezeichnungen und das Recht zum Führen der Facharztbezeichnung	RdNr.	W 78
1.	Kammer- und Heilberufsgesetze und die Systematik der MWBO.....	RdNr.	W 78
2.	Die Facharztbezeichnungen im Einzelnen	RdNr.	W 79
3.	Rechte und Pflichten beim Führen von Bezeichnungen.....	RdNr.	W 82
4.	Folgerungen und Ergänzungen im Kassenarztrecht...	RdNr.	W 88
IX.	Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung in den einzelnen Qualifikationsstufen.....	RdNr.	W 91
1.	Gesetzliche Anforderungen und die Konkretisierungen in der MWBO	RdNr.	W 91
2.	Beginn der Weiterbildung (vgl. W 52)		
3.	Arten der Weiterbildung	RdNr.	W 92
4.	Regelungen über den Inhalt der Weiterbildung.....	RdNr.	W 96

5.	Regelungen zur Dauer der Weiterbildung	RdNr.	W 97
6.	Regelungen zum Ablauf der Weiterbildung (Reihenfolge der Weiterbildungsabschnitte).....	RdNr.	W 98
7.	Besondere Regelungen der Zusatz-Weiterbildung....	RdNr.	W 103
X.	Die Ermächtigung zur Weiterbildung und die Zulassung von Weiterbildungsstätten	RdNr.	W 104
1.	Gesetzliche Systematik und Regeln der MWBO	RdNr.	W 104
2.	Rechtliche Funktion der Befugniserteilung.....	RdNr.	W 106
3.	Voraussetzungen der Befugniserteilung	RdNr.	W 107
4.	Inhaltliche Bestimmung der Befugnis zur Weiterbildung.....	RdNr.	W 114
5.	Die Befugnis als Verwaltungsakt.....	RdNr.	W 117
6.	Rechtsstellung und Pflichten des befugten (ermächtigten) Arztes.....	RdNr.	W 119
7.	Beendigungsgründe der Weiterbildungsbefugnis	RdNr.	W 125
8.	Die zugelassene Weiterbildungsstätte als notwendiges sachliches Substrat der Weiterbildung	RdNr.	W 128
9.	Sonderregelungen zur Weiterbildung ohne Befugnis und Zulassung.....	RdNr.	W 133
10.	Folgerungen und Ergänzungen im Kassenarztrecht...	RdNr.	W 134
XI.	Die Anerkennung der Arztbezeichnungen und die Bescheinigung über fakultative Weiterbildung und Weiterbildung zum Erwerb einer Fachkunde	RdNr.	W 136
1.	Gesetzliche und untergesetzliche Rahmen	RdNr.	W 136
2.	Das Anerkennungsverfahren als besonderes Verwaltungsverfahren	RdNr.	W 139
3.	Das Anerkennungsverfahren beim Erwerb der Zusatzbezeichnung	RdNr.	W 155
4.	Das Anerkennungsverfahren beim Erwerb der Fachgebietsbezeichnung „Öffentliches Gesundheitswesen“	RdNr.	W 156
5.	Übergangsrecht.....	RdNr.	W 157
6.	Die gegenseitige gesetzliche Anerkennung der regelmäßig verliehenen Bezeichnungen der Ärztekammern und die Folgen für die Führbarkeit von Bezeichnungen	RdNr.	W 185



XII. Die Pflichten der Fachärzte RdNr. W 186

1. Gesetzliche Grundlage und Systematik..... RdNr. W 186
2. Die Pflicht zur Beschränkung auf das Fachgebiet RdNr. W 189
3. Die Pflicht zur Tätigkeit im Schwerpunkt RdNr. W 193
4. Die Fachgebietskompatibilität bei der Vertretung..... RdNr. W 194
5. Die besondere Fortbildungspflicht im Gebiet, Schwerpunkt oder Bereich..... RdNr. W 195
6. Folgerungen und Ergänzungen im Kassenarztrecht (Vertragsanspruch)..... RdNr. W 196
7. Der inhaltliche Umgang der Behandlungspflicht des Vertragsarztes gegenüber dem Versicherten und die Abgrenzung zu privatärztlichen Leistungen .. RdNr. W 201

XIII. Keine Änderungen

Teil D Die Ausübung des Berufes

I. Allgemeine Rechtsgrundlagen..... 1

- 1 Übersicht und Systematik 1
- 2 Gesetzgebungskompetenzen des Bundes 3
- 3 Gesetzgebungskompetenzen der Länder 7
- 4 Die Berufsordnungen der Ärztekammern 9
- 5 Berufsrelevante Spezialvorschriften 11
- 6 Recht der Europäischen Union..... 13
- 7 Arzthaftungsrecht/Patientenrechte..... 15

II. Der Arztberuf als freier Beruf (nicht besetzt)..... 1

→ siehe Teil A „Die Ausbildung zum Arzt“, Kapitel I.2 1

III. Die Verkammerung des Arztberufes 1

- 1 Funktionen und verfassungsrechtliche Grundlagen der Ärztekammern 1
- 2 Mitgliedschaft in den Ärztekammern 3
- 3 Aufgaben der Ärztekammern 5
- 4 Rechtsdienstleistungen durch Ärztekammern 11



5	Organe der Ärztekammern	17
6	Die Staatsaufsicht über die Ärztekammer sowie die Rechnungshofkontrolle	19
7	Melde- und Informationspflicht	33
8	Beitragsrecht	35
9	Versorgungswerk	41
	a) Grundstrukturen der ärztlichen Versorgungswerke	41
	b) Aktuelle Fragen zur Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht	43
10	Aufgaben und Struktur der Bundesärztekammer	47
IV.	Die ärztliche Berufsordnung	51
V.	Die ärztliche Berufsgerichtsbarkeit	RdNr. B 77
VI.	Die ärztlichen Berufspflichten	RdNr. B 85
1.	Generalpflichtenklausel	RdNr. B 86
2.	Rechtliche Grundlagen der Forschung	RdNr. B 91
3.	Die Behandlungspflicht	RdNr. B 100
4.	Sterbebegleitung	RdNr. B 117
5.	Ärztliche Aufklärungspflicht	RdNr. B 121
6.	Ärztliche Aufzeichnungs-, Aufbewahrungs- und Auskunftspflichten	RdNr. B 163
7.	Ärztliche Zeugnisse und Gutachten	RdNr. B 206
8.	Die ärztliche Leichenschau	RdNr. B 221
9.	Die ärztliche Schweigepflicht	RdNr. B 227
10.	Haftung des Arztes für Behandlungsfehler	RdNr. B 268
11.	Die Pflicht zur ärztlichen Fortbildung	RdNr. B 328
12.	Die Pflicht zur Qualitätssicherung	RdNr. B 333
13.	Schutz des werdenden Lebens	RdNr. B 348
14.	Sterilisation	RdNr. B 365
15.	Kastration	RdNr. B 371
16.	Künstliche Insemination	RdNr. B 377
17.	Niederlassung und Kooperation	RdNr. B 383



18. Vertreter in der Praxis.....	RdNr.	B 399
19. Assistenten in der Praxis	RdNr.	B 417
20. Gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit	RdNr.	B 425
21. Rechtsfragen des Praxisverkaufes	RdNr.	B 445
22. Ausbildung von nichtärztlichen Mitarbeitern in der Praxis	RdNr.	B 457
23. Der ärztliche Notfalldienst und der Rettungsdienst....	RdNr.	B 478
24. Grundzüge der Anstellungsbedingungen der angestellten Ärzte	RdNr.	B 500
25. Grundsätze für die Gestaltung von Chefarztverträgen.....	RdNr.	B 539
26. Grundlagen der Privatliquidation	RdNr.	B 595
27. Berufliche Kommunikation	RdNr.	B 741
28. Kollegiales Verhalten	RdNr.	B 762

CD-ROM



Teil B

Die Zulassung zur Ausübung des ärztlichen Berufes

Inhalt

I. Die Ausübung des ärztlichen Berufes und die europäische und nationale Gesetzgebung	1
II. Die Approbation	1
1 Die Voraussetzungen für die Erteilung der Approbation.....	1
a) Würdigkeit und Zuverlässigkeit	2
b) Rechtliches Gehör und Aussetzung des Verfahrens.....	8
c) Die gesundheitliche Eignung	11
d) Abschluss der Ausbildung als Arzt	13
e) Kenntnisse der deutschen Sprache.....	33
2 Rücknahme, Widerruf, Ruhen, Verzicht und Wiedererteilung; Berufsverbot.....	37
a) Rücknahme der Approbation.....	37
b) Widerruf der Approbation	44
c) Ruhen der Approbation	49
d) Verzicht auf die Approbation	55
e) Wiedererteilung der Approbation.....	56
f) Berufsverbot	59
III. Die Berufserlaubnis.....	1



**IV. Anerkennung eines im Ausland erworbenen
Weiterbildungsnachweises (noch nicht besetzt)**

- 1 Zuständigkeit
- 2 System der Anerkennung
- 3 Innerbehördliche Gleichwertigkeitsprüfung
- 4 Eignungsprüfung/Kenntnisprüfung

V. Dienstleistungserbringung (§ 10b BÄO) (noch nicht besetzt)

VI. Grenzabkommen (noch nicht besetzt)

I. Die Ausübung des ärztlichen Berufes und die europäische und nationale Gesetzgebung

Die Zulassung zur Ausübung des ärztlichen Berufs ist in Deutschland durch die Bundesärzterordnung (BÄO) geregelt. Die BÄO ist ein Bundesgesetz. Darin enthalten sind die Regelungen zur **Zulassung als Arzt**, entweder die Vollzulassung über die Approbation (früher: Bestallung) oder über eine Berufserlaubnis, das Recht zur Dienstleistungserbringung oder Sondersachverhalte. Dabei ist das Recht zur Berufszulassung innerhalb der EU und des EWR sowie der Schweiz weitgehend harmonisiert. Grundlage ist heute die sog. **Berufsanerkennungsrichtlinie** (Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 v. 30.9.2005, S. 22, zuletzt geändert durch Richtlinie 2013/55/EU vom 20.11.2013, ABl. L 354, S. 132). Die erste sektorale Richtlinie zur Regulierung der Berufszulassung geht zurück auf das Jahr 1975 (Richtlinien 75/362 und 75/363/EWG). Grundsatz dieser **Harmonisierung** ist, dass innerhalb der Mitgliedstaaten der nach den Vorgaben der RL erteilte **Ausbildungsnachweis gegenseitig automatisch anzuerkennen** ist. Inhaltliche Prüfungen sind weitgehend ausgeschlossen und in der RL selbst abschließend aufgeführt. Damit muss im Grundsatz ein Ausbildungsnachweis eines anderen Mitgliedstaates in Deutschland unmittelbar automatisch anerkannt werden, ohne dass eine Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nochmals überprüft werden könnte. Es gilt der Grundsatz des gegenseitigen Vertrauens. Das setzt voraus, dass jeder Mitgliedstaat bei der Erteilung eines solchen Ausbildungsnachweises auch die Mindestvorgaben der RL einhält.

[1]

Zum Inhalt und zur Struktur der RL 2005/36/EG:

[2]

Ziel der Richtlinie ist der **freie Personen- und Dienstleistungsverkehr** zwischen den Mitgliedstaaten (Erwägungsgrund 1 zur RL). Die vor dem Jahr 2005 bestehenden einzelnen sektoralen Richtlinien für verschiedene Berufe und die allgemeinen Anerkennungsrichtlinien wurden mit der RL zusammengefasst. Damit ging auch die bis dahin geltende Richtlinie für Ärzte (RL 93/16/EWG) in die neue RL auf (Erwägungsgrund 9 zur RL). Die RL gibt Personen, die ihre Berufsqualifikation in einem Mitgliedstaat erworben haben, Garantien im Hinblick auf den Zugang zum selben Beruf und seiner Ausübung in einem anderen Mitgliedstaat und führt damit zur **Inländergleichbehandlung**. Die RL regelt auch die Ausübung des Berufes im Wege der Dienstleistungserbringung (vgl. künftig Teil B V.). Neu ist die Entscheidung des EuGH in der Rs C-475/11 vom 12.9.2013,

wonach Anforderungen an die Berufsausübung (Angemessenheit des ärztlichen Honorars und Bindung an die Gebührenordnung im Inland) nicht unter den Anwendungsbereich von Art. 5 Abs. 3 der RL fallen. Aus der Zielsetzung und Systematik der RL ergebe sich, dass von Art. 5 Abs. 3 nur solche berufsständischen Regeln erfasst werden, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Ausübung der ärztlichen Heilkunst selbst stehen und deren Nichtbeachtung den Schutz des Patienten beeinträchtigt (C-475/11, Rn.39, www.jurion.de). Allerdings bestehe ggf. eine Beachtungspflicht nach Art. 56 AEUV. Nähere Informationen zu Anwendungsfragen der RL ergeben sich auch aus dem Verhaltenskodex für die RL der Koordinatorengruppe (http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/future/cocon_de.pdf). Ebenso kann auch der Benutzerleitfaden zur RL mit 66 Fragen und Antworten zur RL für spezielle Fragen herangezogen werden (http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/guide/users_guide_de.pdf).

- [3] Es geht dabei im Grundsatz darum, dass der Staat, der den Zugang zu einem Beruf (hier: Beruf des Arztes) reglementiert hat, also an bestimmte Vorgaben knüpft, die Berufsqualifikationen der anderen Mitgliedstaaten anerkennt, wenn diese die Aufnahme des Berufes dort (also im Herkunftsmitgliedstaat) zulassen. Dies stellt den **Grundsatz der automatischen Anerkennung der Ausbildungsnachweise** dar. Dabei gilt die RL nach Art. 2 für alle Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates, wenn sie ihren Beruf in einem anderen Mitgliedstaat als dem, in dem sie ihre Berufsqualifikation erworben haben, ausüben wollen. Dies besagt zum einen, dass sich Drittstaatsangehörige nicht auf die RL berufen können. Zum anderen ergibt sich daraus aber auch, dass man sich nicht auf die RL berufen kann, wenn kein Fall der Grenzüberschreitung vorliegt, also man den Beruf im selben Staat ausüben will, in dem auch die Berufsqualifikation erworben wurde. Hat jemand seine Ärzteausbildung in Deutschland erworben und will er die Berufszulassung in Deutschland erreichen, kann er sich hierfür nicht auf die RL berufen, da insoweit ein rein innerstaatlicher Zusammenhang besteht, der allein nach dem innerstaatlichen Recht zu lösen ist.
- [4] Während also die RL die Anwendbarkeit auf die Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten beschränkt, was durchaus sinnvoll ist, da es sich ja um ein Regelwerk innerhalb der Mitgliedstaaten handelt, hat Deutschland diesen Grundsatz durch die **Aufgabe des Staatsangehörigkeitserfordernisses** durchbrochen. Mit dem Gesetz vom 6.12.2011 (BGBl. I S. 2515) wurde auf das Kriterium der Staatsangehörigkeit in der BÄO verzichtet (vgl. II. 1, Rn. 1). Während die RL Rechte nur den Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten einräumt, behandelt die BÄO auch Drittstaatsangehörige wie Inländer und weitet die Inländergleichbehandlung damit auf alle Antragsteller aus. Damit verbleibt künftigen Mitgliedstaaten insoweit kein Anreiz mehr, Mitglied der EU oder des EWR zu werden, weil hier keine bessere Rechtsposition erreicht werden kann. Bisher mögliche Beschränkungen der Berufszulassung, die z.B. auf die Verbürgung der Gegenseitigkeit, den Bedarf an Ärzten oder eine ausreichende berufliche Integration in Deutschland abgestellt haben,

sind damit ebenfalls entfallen. Dass damit ggf. auch Rechtswirkungen einhergehen, die man mit der Regelung zunächst nicht gesehen hat, wird bei den Fragen des Approbationsrechts behandelt (unter II. 1 d, Rn. 24, 28, 35, 37). Dies wird teilweise kritisch gesehen (vgl. Haage, MedR 2013, 779).

Nach Erwägungsgrund 10 der RL hindert die RL die Mitgliedstaaten nicht daran, gemäß ihren eigenen Rechtsvorschriften auch Berufsqualifikationen anzuerkennen, die außerhalb des Gebiets der Europäischen Union von einem Staatsangehörigen eines Drittstaats erworben wurden. Damit bezieht sich die RL auf **Drittstaatsangehörige mit Drittstaatsausbildungen**. Diese können nach der RL dann anerkannt werden, wenn die jeweils nationalen Rechtsvorschriften eingehalten werden. Die RL fordert dabei aber in Erwägungsgrund 10, dass in solchen Fällen die Anerkennung unter Beachtung der Mindestanforderungen an die Ausbildung für bestimmte Berufe erfolgen sollte. Damit ist gemeint, dass die z.B. für die Ausbildung zum Arzt in Art. 24 Abs. 2 der RL aufgestellten Mindestvorgaben zu beachten sind. Ansonsten würde ein Mitgliedstaat auch Personen zur Berufsausübung zulassen, die die Mindestqualifikationen unterschreiten. Da die RL selbst unter bestimmten Bedingungen einen Anspruch auf spätere Anerkennung solcher Drittstaatsdiplome für andere Mitgliedstaaten aufstellt, ist es nur sachgerecht und sinnvoll, dass man nur solche Ausbildungsnachweise anerkennen darf, die jedenfalls die Mindestvoraussetzungen der RL – für den jeweiligen Beruf – einhalten.

Soweit Ausbildungen nicht unter Titel III Kapitel III der RL fallen, die die harmonisierten Berufe (z.B. Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker) betrifft, können auch Regelungen in Betracht kommen, die unter Titel III Kapitel I, also die allgemeinen Regelungen, fallen. Die allgemeinen Regelungen betreffen im Grundsatz die nicht harmonisierten Berufe (Erwägungsgrund 15 der RL). Für die Ausbildung von Ärzten kommen hier nur zwei Anwendungsfälle in Frage. Nach Art. 10 Buchstabe b der RL kommen die allgemeinen Regelungen zur Anwendung, wenn der Arzt oder Facharzt die Anforderungen an eine rechtmäßige Berufspraxis nicht erfüllt. Für Ärzte sind damit die **erworbenen Rechte nach Art. 23 der RL** gemeint. Im Regelfall wird mit einem neuen Beitritt eines Staates zur EU geregelt, dass auch die bisher erteilten Ausbildungsnachweise den künftig unter der RL geltenden Nachweisen gleichgestellt werden, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt werden. Im Regelfall werden solche Ausbildungen gleichgestellt, auch wenn nicht alle Mindestanforderungen der RL für die Ausbildung vorliegen, dafür aber eine bestimmte Berufserfahrung nachgewiesen werden kann. Erworbene Rechte eines Arztes kommen danach typischerweise dann in Betracht, wenn nicht alle Anforderungen von Art. 24 der RL erfüllt werden, der Inhaber eines solchen vor Beitritt zur EU erteilten Ausbildungsnachweises aber zusätzlich **über einen Nachweis verfügt, wonach er „während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung der Bescheinigung mindestens drei Jahre lang ununterbrochen tatsächlich und rechtmäßig die betreffende Tätigkeiten ausgeübt hat“** – Art. 23 Abs. 1 der RL.

Das Regelungssystem der RL sieht somit vor, dass dann, wenn alle Voraussetzungen der RL bereits vor Beitritt vorgelegen haben, auch eine automatische Anerkennung dieser Ausbildungsnachweise erfolgt, auch dann, wenn diese noch nicht unter Geltung der RL erteilt wurden. Liegen nicht alle Voraussetzungen vor, so kann dieser Mangel durch eine entsprechende nachgewiesene Berufserfahrung ausgeglichen werden (erworbene Rechte). Art. 23 Abs. 1 der RL fordert dafür aber, dass eine mindestens dreijährige Berufserfahrung vorliegen muss, die nicht unterbrochen sein darf. Der Beruf muss während dieser Zeit auch tatsächlich und rechtmäßig ausgeübt worden sein. Liegt also eine **Unterbrechung** vor (was z.B. auch dann gegeben wäre, wenn der Beruf 2 Jahre und 10 Monate und – nach einer einmonatigen Unterbrechung – erneut 2 Jahre und 10 Monate ausgeübt worden wäre) oder werden die drei Jahre nicht erreicht, findet Art. 23 Abs. 1 der RL keine Anwendung. In diesem Fall können die allgemeinen Regelungen nach Art. 10 Buchstabe b der RL eingreifen. **In solchen Fällen dürfen Ausgleichsmaßnahmen nach Art. 14 der RL erfolgen.** Art. 14 der RL sieht hierbei entweder einen höchstens dreijährigen Anpassungslehrgang vor – der für Ärzte ausgeschlossen worden ist und nach Art. 14 Abs. 2 und 3 der RL auch ausgeschlossen werden darf – oder eine **Eignungsprüfung**. Letztere ist in Art. 3 Abs. 1 Buchstabe h der RL auch eindeutig definiert. Es handelt sich dabei um eine die beruflichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen des Antragstellers betreffende und von den zuständigen Behörden des Aufnahmemitgliedstaats durchgeführte oder anerkannte Prüfung, mit der die Fähigkeit des Antragstellers beurteilt werden soll. Dabei haben die Behörden des jeweiligen Mitgliedstaates ein Verzeichnis der Sachgebiete zu erstellen, die einen Vergleich zwischen der im Aufnahmestaat verlangten Ausbildung und der bisherigen Ausbildung des Antragstellers ermöglichen. Die Eignungsprüfung muss sich dabei auf Sachgebiete erstrecken, die aus dem Verzeichnis ausgewählt werden und deren Kenntnisse eine wesentliche Voraussetzung für die Ausübung des Berufs im Aufnahmemitgliedstaat sind.

Für die Fälle, in denen nach Art. 10 der RL überhaupt eine Eignungsprüfung nach der RL in Frage kommt, darf Deutschland eine solche Eignungsprüfung vorsehen. Deshalb ist es nicht nachvollziehbar, dass das deutsche Recht (hier § 3 BÄO) in § 3 Abs. 2 BÄO generell eine Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes für Ausbildungsnachweise aus den Mitgliedstaaten vorsieht. Soweit dort wesentliche Ausbildungsunterschiede darin gesehen werden, dass die Ausbildung ein Jahr kürzer war als in Deutschland oder relevante Fächer nur in kürzerer Dauer unterrichtet wurden, muss die BÄO infolge der Änderungen durch die RL 2013/55/EU entsprechend geändert werden (vgl. II. 1 d). Dass die BÄO weiter zwischen einer Eignungsprüfung (für EU-Fälle) und einer Kenntnisprüfung (für Fälle von Drittstaatsnachweisen) differenziert, ist ebenso fragwürdig (vgl. Haage, MedR 2013, 779). Auch sind nicht alle Anforderungen der RL zutreffend in der BÄO umgesetzt (vgl. II. 1 d zu § 3 Abs. 2 Satz 9 BÄO).



Aus Erwägungsgrund 19 der RL ergibt sich auch, dass jeder Mitgliedstaat für den betreffenden Ausbildungsabschluss einen bestimmten Ausbildungsnachweis zu erteilen hat. Ein Ausbildungsnachweis ist nach der Definition in Art. 3 Abs. 1 Buchstabe c der RL ein Diplom, Prüfungszeugnis und sonstiger Befähigungsnachweis, der von einer Behörde eines Mitgliedstaats, die entsprechend dessen Rechts- und Verwaltungsvorschriften benannt wurde, für den Abschluss einer überwiegend in der Gemeinschaft absolvierten Berufsausbildung ausgestellt wird. Es muss sich also um den Nachweis der zuständigen Behörde handeln und der Abschluss der Ausbildung muss darin nachgewiesen sein. Nicht umfasst sind weiter Ausbildungen, die überwiegend außerhalb der Gemeinschaft – also in Drittstaaten – absolviert worden sind. Dieser Ausbildungsnachweis ist auch gegenüber der Kommission zu notifizieren und wird als Anlage in die RL aufgenommen. Das Verfahren ist in Art. 21 Abs. 7 der RL geregelt. Danach veröffentlicht die Kommission eine ordnungsgemäße Mitteilung der von einem Mitgliedstaat festgelegten Bezeichnungen der Ausbildungsnachweise (z.B. „Zeugnis der Ärztlichen Prüfung“) sowie gegebenenfalls der Stelle, die den Ausbildungsnachweis ausstellt (z.B. in Frankreich „Universités“), die zusätzliche Bescheinigung (z.B. „Certificate of experience“ für UK oder früher in Deutschland auch die Ableistung der Phase als „Arzt im Praktikum“) und die entsprechende Berufsbezeichnung (z.B. „Facharzt für Allgemeinmedizin“), die in Anhang V aufgeführt sind, im Amtsblatt der Europäischen Union. Diese Anlage (Anhang V der RL mit den entsprechenden Nummern) wird inhaltlich deckungsgleich für die ärztliche Grundausbildung auch als Anlage in die BÄO übernommen. Da hier immer wieder Änderungen erfolgen, bedarf es für entsprechende Änderungen der Anlage zur BÄO nicht des ansonsten formalen Gesetzgebungsverfahrens mit Beteiligung des Bundesrates (§ 3 Abs. 1 Satz 5 BÄO). Mit Erteilung des jeweiligen Ausbildungsnachweises garantiert der jeweilige Mitgliedstaat auch, dass die Ärzte eine Ausbildung absolviert haben, die den festgelegten Mindestanforderungen (Art. 24 Abs. 2 der RL) genügt. Daraus leitet sich dann der **Anspruch auf die automatische gegenseitige Anerkennung der Ausbildungsnachweise** ab. Dies ergibt sich aus Art. 21 Abs. 1 Unterabs. 1 der RL.

Liegen diese Mindestanforderungen nicht vor, so z.B. wenn die Ärzteausbildung die vorgeschriebene Mindestdauer nicht erfüllt oder es sich nicht um einen Unterricht an einer Universität handelt, darf der Mitgliedstaat den Ausbildungsnachweis nicht erteilen. Er trägt damit Gewähr dafür, dass seine innerstaatlichen Rechtsregelungen die Einhaltung der Mindestvorgaben der RL sicherstellen. Ist dies nicht der Fall, liegt ein Umsetzungsdefizit vor. Erteilt er die Ausbildungsnachweise dennoch, liegt eine Vertragsverletzung vor. Hier kann jedermann die Kommission auf ein solches Defizit hinweisen und die Kommission ist gehalten, die Mitgliedstaaten auf die Einhaltung der RL zu verpflichten. Sie kann entsprechende Maßnahmen ergreifen und, wie andere Mitgliedstaaten auch, ein **Vertragsverletzungsverfahren** in Gang bringen. Kommt es im Wege eines Vertragsverletzungsverfahrens

zu einer Verurteilung des Mitgliedstaates durch den EuGH sind im Regelfall hohe Strafzahlungen die Folge.

- [7] Eine andere Frage ist, ob bei Erteilung eines Ausbildungsnachweises durch einen Mitgliedstaat, auch dann, wenn die Mindestvorgaben der RL nicht eingehalten werden, dies dem betroffenen Arzt beim Antrag auf den Berufszugang in einem anderen Mitgliedstaat entgegengehalten werden kann. Unzweifelhaft ist, dass der jeweilige Mitgliedstaat durch ein solches Verhalten die RL verletzt und sich vertragswidrig verhält. Er muss die Erteilung eines Ausbildungsnachweises an die Vorgaben der RL binden (Art. 21 Abs. 1 der RL). Legt aber ein Arzt einen entsprechenden Ausbildungsnachweis bei einer deutschen Behörde vor, kann diese zunächst nur die Unterlagen und Bescheinigungen nach Anhang VII zur RL anfordern (Art. 50 Abs. 1 der RL) oder bei Zweifeln an der Authentizität der Bescheinigung diese sich bestätigen lassen (Art. 50 Abs. 2 der RL), wobei sie damit auch **eine Bestätigung darüber verlangen kann, dass der Antragsteller mit seiner Ausbildung die Mindestanforderungen an die ärztliche Ausbildung erfüllt hat**. Wird diese – fälschlicherweise oder rechtswidrig – erteilt, hat die Inlandsbehörde keine weitere Handhabe mehr. Die Frage ist offen, ob bei klarem Rechtsmissbrauch eine automatische Anerkennung erfolgen muss und man auf ein Vertragsverletzungsverfahren abstellen – und warten – muss (vgl. Geis, Franchising-Modelle im Recht der Mediziner Ausbildung, Ordnung der Wissenschaft, 2014, S. 55–66). Spezielle weitere Nachweise sind bei Zweifeln möglich, wenn es sich um Ausbildungen im Wege des akademischen Franchising handelt (Art. 50 Abs. 3 der RL). Ob der Aufnahmestaat weitere Rechte unmittelbar aus Art. 21 Abs. 1 Unterabs. 1 der RL herleiten kann, ist also fraglich.

Der EuGH hat jüngst in einem Urteil vom 30.4.2014 in der Rechtssache C-365/13 zur RL und zur Anerkennung von Berufsqualifikationen Stellung genommen (<http://curia.europa.eu/juris/document>). Dort heißt es: *„Ist daher ein Angehöriger eines Mitgliedstaats Inhaber eines der in Anhang V unter Nr. 5.7.1 oder in Anhang VI der Richtlinie aufgeführten Ausbildungsnachweise und der dort genannten zusätzlichen Bescheinigungen, muss er den Architektenberuf in einem anderen Mitgliedstaat ausüben können, ohne dass Letzterer von ihm verlangen kann, zusätzliche Berufsqualifikationen zu erlangen oder den Nachweis für deren Erlangung zu erbringen“* (Rn. 24). Dies bedeutet, dass auch dann, wenn der Aufnahmestaat faktisch Zweifel hat, ob mit einem Praktikum und einer entsprechenden Bescheinigung tatsächlich die im Inland geforderte „zusätzliche Berufsqualifikation“ erlangt wurde, er dies nicht eigenständig überprüfen darf. Der Aufnahmemitgliedstaat muss die formale Bescheinigung des entsprechenden Ausbildungsnachweises akzeptieren und die Berufszulassung erteilen, ohne dass er den Nachweis des Inhalts der Qualifikation verlangen darf. Andererseits handelte es sich im entschiedenen Fall über eine **zusätzliche** Berufsqualifikation und nicht um eine solche, die die RL gerade selbst vorschreibt.

Allerdings wäre das Anerkennungssystem der RL überflüssig, wenn jeder Aufnahmemitgliedstaat inhaltlich überprüfen dürfte, ob tatsächlich die im Inland geforderten Qualifikationen erworben wurden, die der Ausbildungsnachweis eines anderen Mitgliedstaates dokumentiert. Die vorgelegten Ausbildungsnachweise dürfen somit grundsätzlich nicht inhaltlich überprüft werden, schon gar nicht im System der automatischen Anerkennung der Ausbildungsnachweise. Dies hat der EuGH in seiner Entscheidung vom 30.04.2014 nochmals deutlich klargestellt.

Ob die Sachlage bei erkennbarem oder offensichtlichem Fehlen einer der Voraussetzungen nach Art. 24 der RL im Hinblick auf Art. 21 Abs. 6 der RL anders zu beurteilen ist, bleibt offen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn die Ausbildung zwar im Wege des akademischen Franchising nach dem Recht eines anderen Mitgliedstaates erfolgt, aber im Inland durchgeführt wird und somit deutsche Behörden Kenntnis von der Art und Weise der Ausbildung haben. **Liegen die Anforderungen an das Medizinstudium nach Art. 24 der RL nicht vor, darf die Aufnahme und Ausübung der beruflichen Tätigkeiten des Arztes nicht erlaubt werden.** Andererseits enthält Art. 50 der RL für die zur Anerkennung einer ärztlichen Berufsqualifikation erforderlichen Unterlagen und Bescheinigungen eine abschließende Regelung (vgl. Geis/Hailbronner, Gutachten für den Medizinischen Fakultätentag e.V., Rechtliche Anforderungen an Gründungen ärztlicher Ausbildungs- und Forschungsstätten in Deutschland, 11.12.2013). Dort heißt es weiter: *„Die unionsrechtliche Festlegung der Mindeststandards für die ärztliche Grundausbildung schließt es aus, dass ein EU-Mitgliedstaat ein ärztliches Diplom verleiht, das den unionsrechtlichen Anforderungen nicht genügt. Ärztliche Diplome, die keiner der in der RL 2005/36/EG aufgeführten Kategorien entsprechen, sind damit unzulässig (vgl. EuGH v. 19.6.2003, Rs. C-110/01 „Tennah-Durez“, Rn. 54)“*. Das Gutachten lässt aber offen, was bei Vorlage eines unzulässigen Ausbildungsnachweises zu gelten hat. Die Frage wird im Rahmen der Diskussion um die neuen Medical Schools ggf. geklärt werden.

Nach Art. 2 Abs. 2 der RL kann jeder Mitgliedstaat in seinem Hoheitsgebiet auch Staatsangehörigen der Mitgliedstaaten, die eine **Drittstaatenbildung** nachweisen, den Zugang zum Beruf ermöglichen. Nach Satz 2 setzt dies aber voraus, dass diese **Anerkennung nur unter Beachtung der Mindestanforderungen der RL** erfolgen dürfen – für Ärzte also unter Einhaltung der Vorgaben von Art. 24 Abs. 2 der RL. Während also auch hier die RL Zulassungen von Drittstaatsdiplomen auf die Angehörigen der Mitgliedstaaten beschränkt, hat Deutschland durch die Abschaffung der Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates als Approbationsvoraussetzung den Anwendungsbereich auf alle Personen erweitert. Auf die Kritik dazu wurde bereits hingewiesen (Rn. 4).

Einen Sonderfall behandelt in diesem Zusammenhang Art. 3 Abs. 3 der RL. Dort werden Ausbildungsnachweise aus einem Drittstaat den EU-

[8]

[9]

Ausbildungsnachweisen gleichgestellt, wenn der Inhaber über eine dreijährige Berufserfahrung im Hoheitsgebiet des Mitgliedstaates verfügt, der den Drittstaatsausbildungsnachweis nach Art. 2 Abs. 2 der RL anerkannt hat. Dies ist nur der Fall, wenn die Mindestanforderungen der RL erfüllt worden sind – für Ärzte also die Vorgaben von Art. 24 Abs. 2 der RL eingehalten worden sind. Damit kommt – wie oben gezeigt – der erstmaligen Anerkennung eines Drittstaats-Ausbildungsnachweises eine besondere Bedeutung zu. **Der erstmals anerkennende Mitgliedstaat muss sicherstellen, dass die Mindestanforderungen der RL erfüllt sind.** Der weitere Mitgliedstaat kann dann noch prüfen, ob die dreijährige Berufserfahrung vorliegt. Dabei muss die Berufserfahrung – anders als im Regelfall der erworbenen Rechte nach Art. 23 der RL – in dem Mitgliedstaat erworben worden sein, der die Erstanerkennung des Ausbildungsnachweises aus einem Drittstaat ausgesprochen hat. Hintergrund dieser Forderung dürfte sein, dass ein Mitgliedstaat, der einen Ausbildungsnachweis aus einem Drittstaat anerkennt, damit auch die Gewähr dafür trägt, dass der zugelassene Arzt keine Gefahr für die Bevölkerung darstellt. Damit kann man sog. „Gefälligkeits-Anerkennungen“ entgegenwirken und verhindern, dass ein Mitgliedstaat zwar ohne wirkliche Sachprüfung Ausbildungsnachweise aus Drittstaaten anerkennt, diese aber nicht selbst zur Berufsausübung im eigenen Staat zulässt.

Fraglich ist hier der Anwendungsbereich von Art. 10 Buchstabe g der RL. Dort handelt es sich um den zweiten Fall, indem für Ärzte mit Grundausbildung auch das allgemeine Regelungssystem und damit Ausgleichsmaßnahmen, also eine Eignungsprüfung nach Art. 14 der RL in Frage kommt (vgl. dazu Haage, MedR 2014, 469, 473). Da im Einleitungssatz von Art. 10 der RL darauf abgestellt wird, dass die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, spricht dies dafür, dass dies auch für den Anwendungsbereich von Art. 10 Buchstabe g der Fall ist, obwohl dort nach dem Wortlaut gerade die Anforderungen nach Art. 3 Abs. 3 erfüllt sein müssen. Wendet man Art. 10 Buchstabe g der RL also nach seinem Wortlaut an, könnten von Ärzten mit Ausbildungsabschluss in einem Drittland auch dann Eignungsprüfungen verlangt werden, wenn ihre Ausbildungsnachweise von einem EU-Mitgliedstaat anerkannt worden sind und sie dort eine dreijährige Berufserfahrung nachweisen können. Dies wäre aber ein Widerspruch zur Regelungssystematik von Art. 10 Buchstabe b der RL, wo es gerade darum geht, dass die zusätzlich geforderte Berufserfahrung nicht erfüllt ist. Damit dürften Ausgleichsmaßnahmen – also eine Eignungsprüfung – für Art. 10 Buchstabe g der RL nur dann in Frage kommen, wenn die dreijährige Berufserfahrung nicht nachgewiesen werden kann, der Arzt, also z.B. nur über eine zweijährige Berufserfahrung im Anerkennungsstaat verfügt.

Damit kommt eine Eignungsprüfung für Ärzte bezogen auf die Grundausbildung als Arzt nur für diese beiden Fälle von Art. 10 Buchstabe b und g der RL in Frage. Nur wenn in den dort aufgeführten Fällen die erforderliche Berufserfahrung nicht vollständig nachgewiesen werden kann, darf eine entsprechende Ausgleichsmaßnahme erfolgen. Der dritte Anwendungsfall

für das allgemeine System betrifft nur die Facharzt-Nachweise. Nach Art. 10 Buchstabe d der RL geht es hier um Spezialisierungen der Grundberufe, wenn der Antragsteller unter den genannten Voraussetzungen über einen Ausbildungsnachweis für eine noch nicht koordinierte Spezialisierung verfügt (vgl. Hoppe/Seebohm/Rompf in Prütting, Medizinrecht, 3. Aufl., 2014, § 2 BÄO, Rn. 8).

Art. 21 der RL stellt den **Grundsatz der automatischen Anerkennung** auf. Dieser gilt für die harmonisierten Berufe, also auch die Grundausbildung zum Arzt. Ausbildungsnachweise, die in Anhang V der RL aufgeführt sind und die Mindestanforderungen nach Art. 24 der RL erfüllen, müssen nach Art. 21 Abs. 1 der RL den Inlandsausbildungsnachweisen in ihrer Wirksamkeit gleichgestellt werden, d.h. sie gelten als Abschluss der ärztlichen Ausbildung. Liegen die übrigen Anforderungen nach § 3 BÄO vor (Würdigkeit, Geeignetheit, gesundheitliche Eignung und Sprachkenntnisse), muss auf Antrag die Approbation erteilt werden. Es geht bei der automatischen Anerkennung also immer um die gegenseitige Anerkennung des jeweiligen Ausbildungsabschlusses. Daraus resultiert dann die Berufszulassung im jeweiligen Mitgliedstaat. Zwischen diesen beiden Tatbeständen muss klar getrennt werden. So kann nur der Abschluss der Ausbildung verlangt werden, wenn es um die Berufszulassung nach dem System der automatischen Anerkennung geht. Es darf somit nicht eine Berufszulassung in einem anderen Mitgliedstaat verlangt werden (vgl. dazu unter II. 1 d zu § 3 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2a BÄO, Rn. 35). Ebenso ist die Anerkennung des Ausbildungsnachweises unabhängig davon zu entscheiden, ob die übrigen Voraussetzungen für die Berufszulassung – in Deutschland also die Approbation – gegeben sind. Dies gilt insbesondere auch für die Frage, ob ausreichende Sprachkenntnisse vorhanden sind.

[10]

Aufnahme in **Anhang V der RL** finden diejenigen Ausbildungsabschlüsse der Mitgliedstaaten, die von diesen an die KOM gemeldet – notifiziert – werden. Dabei kann es jeweils nur eine Ausbildungsbezeichnung geben, die zum Abschluss der ärztlichen Ausbildung führt. Diese kann entweder – wie heute in Deutschland – der Abschluss des Medizinstudiums sein, oder aber andere Elemente, insbesondere darüber hinausgehende praktische Ausbildungszeiten beinhalten, so z.B. ein foundation year nach dem Recht in Großbritannien. Dies ergibt sich jeweils aus der Notifizierung und der Anlage V zur RL. Diese wird bei Aktualisierungen jeweils entsprechend im Amtsblatt der EU veröffentlicht und findet dann auch Aufnahme als Anlage zur BÄO. Auch die gemeinsamen Facharzt-Bezeichnungen sind in der Anlage V zur RL enthalten. Dies vereinfacht das Anerkennungsverfahren für alle beteiligten Behörden und Stellen.

Nach Art. 21 Abs. 1 Unterabs. 2 der RL müssen die Nachweise von den hierfür zuständigen Stellen ausgestellt worden sein und alle nach Anhang V Nr. 5.1.1. erforderlichen Bescheinigungen – hier für die Grundausbildung zum Arzt – müssen vorliegen. Nach Art. 21 Abs. 6 der RL muss ein solcher Ausbildungsnachweis vorgelegt werden, um den Beruf des Arztes in den

Mitgliedstaaten ausüben zu können. Dabei muss nachgewiesen werden, dass die für die ärztliche Grundausbildung erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten mit diesen Nachweisen auch tatsächlich erworben wurden.

- [11] Kritisch wird die Frage derzeit bei sog. Franchising-Ausbildungsmodellen diskutiert (vgl. Rn. 6). Dabei geht es um die Frage, welche Wirkung ein in einem anderen Mitgliedstaat erteilter Ausbildungsnachweis hat, der zwar formal gültig erteilt wurde, bei dem aber ggf. gerade die ärztliche Grundausbildung nicht so erfolgt ist, wie sie in Art. 24 Abs. 2 und 3 RL vorgesehen ist. Ist also vor Januar 2014 eine Grundausbildung zum Arzt in einer Zeit unterhalb von sechs Jahren erfolgt oder ist der theoretische und praktische Unterricht – mit Ausnahme der angemessenen klinischen Erfahrung nach Art. 24 Abs. 3 Buchstabe d der RL – nicht an einer Universität erfolgt, wurden die Mindestbedingungen nach Art. 24 Abs. 2 und 3 der RL nicht eingehalten. Nach Art. 21 Abs. 1 der RL muss solchen Ausbildungsnachweisen nur dann eine Wirksamkeit vergleichbar mit Inlandsnachweisen beigemessen werden, wenn die Voraussetzungen nach Art. 24 der RL auch erfüllt wurden. Hat der den Ausbildungsnachweis erteilende Staat somit entgegen Art. 21 Abs. 6 und damit entgegen Art. 21 Abs. 1 der RL diesen Ausbildungsnachweis erteilt, müsste diesem keine gleiche Wirksamkeit eingeräumt werden, d.h. die Approbation könnte versagt werden. Die Möglichkeiten, bei entsprechenden Zweifeln den ausstellenden Mitgliedstaat nach entsprechenden Nachweisen – gerade auch im Hinblick auf die Erfüllung von Art. 24 der RL – zu befragen, sind aber, wie bereits ausgeführt, begrenzt. Bestätigt der ausstellende Mitgliedstaat – auch entgegen den faktischen Gegebenheiten – die Einhaltung der Vorgaben nach Art. 24 gemäß dem Verfahren nach Art. 50 Abs. 2 der RL, so dürfte die Approbationserteilung nicht zu versagen sein.
- [12] Folge eines solchen Handelns durch einen anderen Mitgliedstaat wäre aber, dass dieser eindeutig gegen Art. 21 Abs. 6 der RL verstößt, weil er den Ausbildungsnachweis, so wie notifiziert, erteilt und damit eine Zulassung zum Beruf des Arztes ausspricht, obwohl die Voraussetzungen nach Art. 24 der RL nicht vorlagen. Er **verstößt weiter gegen Art. 24 der RL, weil er die Mindestvorgaben der RL in Bezug auf die ärztliche Grundausbildung unterschritten hat** und gleichwohl einen entsprechenden Ausbildungsnachweis erteilt hat, dem die nach der RL vorgegebene Bedeutung gerade auch für die anderen Mitgliedstaaten zukommt. Ein weiterer Verstoß dürfte auch in einer Mitteilung nach Art. 50 Abs. 2 der RL liegen, falls auf Nachfrage – entgegen den faktischen Gegebenheiten – eine Erfüllung der Mindestvorgaben nach Art. 24 der RL bestätigt worden ist. In diesen Fällen dürfte, wenn ein Aufnahme-Mitgliedstaat gezwungen ist, die Approbation zu erteilen, ein Vertragsverletzungsverfahren hohe Aussicht auf Erfolg haben. Verstöße können entweder gegenüber dem verletzenden Mitgliedstaat oder gegenüber der KOM geltend gemacht werden. Jeder Mitgliedstaat kann auch unmittelbar ein Vertragsverletzungsverfahren einleiten. Führt dies zur Feststellung eines Richtlinienverstößes und zur Verletzung der Mindestvorgaben nach Art. 24 der RL können auch ver-

pflichtend zu erteilende Approbationen zurückgenommen werden, da die **Voraussetzung für die Approbationserteilung von Anfang an nicht gegeben** war. In der BÄO ist dies nach § 5 Abs. 1 der einzige zwingende Grund, bei dem eine Approbation ohne Ermessensspielräume zurückzunehmen ist (so bereits die frühere Kommentierung zur Rücknahme der Approbation; vgl. II. 2 a).

Inhaltliche Mindestanforderungen für die ärztliche Grundausbildung sind somit in Art. 24 der RL geregelt. Nach Abs. 1 muss eine gültige Zulassung für den Zugang zu den Universitäten vorliegen. Dies zeigt bereits, dass die RL ein **Universitätsstudium der Medizin** vorsieht und somit eine reine Anlernausbildung – nur oder vorrangig an Krankenhäusern – nicht in Betracht kommt. Dies spricht klar gegen die Zulässigkeit von weitgehender Unterrichtung im Wege des bedside-teaching, wie es diverse Ausbildungsmodelle im Wege des akademischen Franchising derzeit in Deutschland vorsehen (Ausbildungsmodelle, wie z.B. in Hamburg, Kassel oder Nürnberg).

Nach Art. 24 Abs. 2 Unterabs. 1 der RL muss die **ärztliche Grundausbildung** – seit der Änderung durch die RL 2013/55/EU – **mindestens fünf Jahre** umfassen. Dieser Zeitumfang kann **zusätzlich in Form** einer entsprechenden Anzahl **von ECTS-Punkten** erfolgen. Unabhängig von der faktischen Absenkung der Mindestausbildungszeit von sechs auf fünf Jahre bleibt es aber bei der Anforderung, dass „**5500 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung an einer Universität**“ zu erbringen sind. Da nach Art. 24 Abs. 3 Buchstabe d der RL auch „angemessene klinische Erfahrung unter entsprechender Leitung in Krankenhäusern“ gefordert wird, muss es zugelassen werden, dass für diesen Ausbildungsabschnitt, der ebenfalls in der Mindestzeit von fünf Jahren zu erbringen ist auch eine Ausbildung „**unter Aufsicht einer Universität**“ zulässig ist. Daraus ergibt sich die Struktur, dass die theoretische und praktische Ausbildung an einer Universität zu erfolgen hat, während die angemessene klinische Erfahrung in Krankenhäusern auch außerhalb der Universität, dann aber unter deren Aufsicht, erfolgen kann. Das schränkt somit Ausbildungsmodelle ein, die mehr als die klinische Erfahrung in entsprechenden nicht-universitären Krankenhäusern durchführen wollen. Der theoretische und der praktische Unterricht sind also zwingend an einer Universität zu erteilen, nur das sichert eine akademische Ausbildung zum Arzt, die die RL – so bereits aus Art. 24 Abs. 1 zu ersehen – zwingend fordert (zum Ganzen auch Haage, MedR 2014, 469).

[13]

Die Absenkung der Mindestausbildungszeit von sechs auf fünf Jahre kam überraschend. Zum einen, weil im Vollzug bislang keinerlei Kritik an der bestehenden Mindestausbildungszeit von sechs Jahren bestand, zum anderen weil, Erwägungsgrund 18 der RL 2013/55/EU selbst davon spricht, dass die Änderung erfolgt, „um ein hohes Niveau der öffentlichen Gesundheit und Patientensicherheit in der Union zu gewährleisten“ und dass **Ziel der Änderung sei es nicht „die Ausbildungsanforderungen für die ärztliche**

[14]

Grundausbildung zu senken“. Genau das wird aber vollzogen. Grundlage der Änderung war letztlich ein Auslegungsstreit über die unglücklich formulierte Bestimmung, die Ausbildung „umfasst mindestens sechs Jahre **oder** 5500 Stunden“. Ist zwar allgemein eine juristische „oder“-Formulierung ein Hinweis auf eine Alternative, kam diese speziell bei Art. 24 Abs. 2 nicht in Betracht, weil der systematische Zusammenhang zu Art. 25 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 der RL verdeutlicht, dass hier eine Ausbildung von mindestens 5500 Stunden innerhalb von mindestens sechs Jahren gemeint war.

Hier hat sich die KOM eindeutig – auch gegenüber Deutschland – geäußert (vgl. Haage, Ausbildungsrecht Medizin, 1997, 27; Rieger/Dahm/Katzenmeier: Heidelberger Kommentar, Stw. 520). Darauf hat auch das Bundesministerium für Gesundheit hingewiesen (<http://www.spiegel.de/unispiegel/wunderbar/ausgebremster-turbo-student-zu-schnell-fuer-die-uni-a-546427.html>). Dort wird die damalige Ministerin Ulla Schmidt wie folgt zitiert: „Die Europäische Kommission hat bereits mehrfach klargestellt, dass die ‚oder‘-Option nicht als Alternative zu verstehen ist, sondern innerhalb von sechs Jahren mindestens 5500 Stunden unterrichtet werden müssen.“ Dies ist auch bis zuletzt bei der Diskussion um die Reform dieser Regelung im Rahmen der RL 2013/55/EU so bestätigt worden. Ebenso hat der ENVI-Ausschuss (Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit des Europäischen Parlaments) im Verfahren zur RL-Änderung ausgeführt, **dass mit einer Reduzierung der Mindestausbildungszeit von sechs Jahren die Ausbildungsqualität gefährdet würde** und dass eine Reduzierung ein „**race to the bottom**“ hervorrufen kann, was keinesfalls erwünscht sei. Auch in der Presse wurde dies so dargestellt. So heißt es bei viamedici: „Am 23. Januar 2013 hat der Binnenmarktausschuss des Europaparlaments die geplante Änderung der Berufsanerkennungs-Richtlinie beraten und es bei der Absenkung der Ausbildungsmindestdauer von sechs auf fünf Jahre belassen. Dabei ist die **Mindestdauer von sechs Jahren** seit der ersten EU-Richtlinie zur ärztlichen Ausbildung aus dem Jahr 1975 bislang **allgemein akzeptiert worden**“ (<https://www.thieme.de/viamedici/aktuelles-studium-und-politik-1651/a/kuerzung-medizinstudium-13374.htm>; Hervorhebung durch Verf.). Auch im Schrifttum wurde dies so gesehen (vgl. MedR 2008, 75). So sah dies auch der Bayerische Wissenschaftsminister in einer Pressemitteilung vom 1.2.2012, in der es heißt: „Bislang schreibt die EU-Richtlinie für die ärztliche Grundausbildung sechs Jahre theoretischen und praktischen Unterricht vor“ (<https://www.bayern.de/Pressemitteilungen-.1255.10367279/index.htm>).

Es waren wohl vorrangig politische Gründe, die zu dieser Absenkung der Mindestausbildungszeit geführt haben (vgl. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 23-24, 10.6.2013). Es gab zu keiner Zeit Grund dafür, an der Ausbildungsdauer zu rühren. Es fällt auch auf, dass eine gleichartige „unklare Bezeichnung“ für die Krankenschwestern in der RL nur sprachlich klargestellt wurde, ohne dort an der Ausbildungsdauer etwas zu ändern

(Art. 31 Abs. 3 Unterabsatz 1 der RL). Fakt ist damit, dass die RL 2013/55/EU die Ausbildungsanforderungen für die Medizin – und nur für diese – abgesenkt hat. Die Begründung ist falsch (vgl. Haage, Folgen der Änderung der Berufsanerkennungsrichtlinie für Ärzte und Zahnärzte, MedR 2014, 469).

Auch **das System der ECTS-Punkte**, das mit der Änderungs-Richtlinie (2013/55/EU) neu eingeführt worden ist, **ist in sich nicht schlüssig**. Zum einen ist nirgendwo eindeutig definiert, welchen Ausbildungsumfang ein ECTS-Punkt faktisch hat, so dass auch keine Vergleichbarkeit gegeben ist. Zum anderen stimmen die Vorgaben der ECTS-Punkte nicht mit den entsprechenden zwingenden Vorgaben der jeweiligen Ausbildungsmindestzeiten überein und sogar die Vorgaben der RL selbst sind im Einzelfall nicht einzuhalten (insgesamt dazu Haage, MedR 2014, 469).

[15]

Auf das System der „erworbenen Rechte“ nach Art. 23 der RL ist bereits hingewiesen worden. Es geht dabei darum, dass Ausbildungsnachweise bereits vor Beitritt eines Staates zur EU den Mindestvorgaben der RL entsprechen haben oder aber, wenn nach den bisherigen Ausbildungsbedingungen eine Grundausbildung – z.B. zum Arzt – abgeschlossen worden ist, dieser dann die gleiche Wirkung beigemessen wird, wie nach Beitritt erteilten Ausbildungsnachweisen, wenn eine **entsprechende Berufserfahrung** – mindestens drei Jahre lange ununterbrochene tatsächliche und rechtmäßige Ausübung des entsprechenden Berufs während der letzten fünf Jahre vor Ausstellung einer entsprechenden Bescheinigung – nachgewiesen wird (Art. 23 Abs. 1 der RL; vgl. zur Beitrittsproblematik, Haage, ZMGR, 2004, 231).

Solche erworbenen Rechte führten auch zu entsprechenden Gleichstellungen von Ausbildungen, die noch auf dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik erworben wurden (Art. 23 Abs. 2 der RL). Sonderregelungen gibt es für frühere Staaten, die als solche heute nicht mehr bestehen und deren Teile später der EU beigetreten sind (Art. 23 Abs. 3 bis 5 der RL). Dabei **muss die entsprechende Berufserfahrung** (also die drei Jahre Berufstätigkeit während des zurückliegenden Fünfjahreszeitraumes) **in dem Hoheitsgebiet des jeweiligen Staates absolviert und nachgewiesen werden**. Es reicht in diesen Fällen nicht aus, dass eine entsprechende Berufstätigkeit in anderen Staaten – auch z.B. in anderen EU-Mitgliedstaaten – nachgewiesen werden kann. Selbst eine Berufstätigkeit in dem künftigen Aufnahmemitgliedstaat scheidet hier aus. Eine Anerkennung nach den erworbenen Rechten gemäß Art. 23 der RL erfolgt auch dann, wenn die Bezeichnungen nicht mit denen von Anhang V (5.1.1.) der RL übereinstimmen. Dies ist schlüssig, weil erst mit dem Beitritt die entsprechende Notifizierung des Ausbildungsabschlusses zum Arzt erforderlich war und vor Beitritt teilweise andere Ausbildungsabschlüsse erteilt worden sind, unabhängig davon, ob die Mindestvoraussetzungen nach Art. 24 (für die Ausbildung zum Arzt) eingehalten worden sind oder nicht. Nach Art. 23 Abs. 6 der RL muss eine solche Bescheinigung aber gerade

sicherstellen, dass die Mindestvorgaben nach Art. 24 der RL erfüllt sind. Eine Sonderregelung beinhaltet Art. 23a zu den Feldschern aus Bulgarien. Nach Art. 23a Abs. 2 der RL müssen solche Nachweise aber nicht als Befähigungsnachweise zum ärztlichen Beruf anerkannt werden.

- [16] Art. 25 der RL beinhaltet die Vorgaben zur **gegenseitigen automatischen Anerkennung der Fachärzte**. Vorausgesetzt wird nach der Änderung durch die RL 2013/55/EU lediglich noch der Abschluss einer ärztlichen Grundausbildung nach Art. 24 Abs. 2 der RL (vgl. Haage, MedR 2008, 70, 76). Damit wird der Absenkung der Mindestausbildungszeit für die ärztliche Grundausbildung von sechs auf fünf Jahre Rechnung getragen. Die Regelung in Art. 28 der RL bezieht sich auf die **besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin**, die nunmehr ebenso lediglich noch eine ärztliche Grundausbildung nach Art. 24 Abs. 2 der RL fordert und kein sechsjähriges Studium im Rahmen der in Art. 24 genannten Ausbildung mehr voraussetzt (ebenfalls Folge der Absenkung der Mindestausbildungszeit). Die besondere Ausbildung in der Allgemeinmedizin ist in Deutschland nicht mehr gesondert geregelt, seit die Facharztqualifizierung für die Allgemeinmedizin ebenso wie alle anderen Facharzt-Weiterbildungen als **reguläre Weiterbildung in den Weiterbildungsordnungen der zuständigen Ärztekammern** verankert sind (vgl. dazu im Zusammenhang mit der Abschaffung der AiP-Phase, Haage, BGEsBl., Gesundheitsforschung 2006, 351). Dabei spielt auch die Erweiterung der Weiterbildungszeit für die Allgemeinmedizin eine entscheidende Rolle (vgl. Haage, MedR 2002, 301; s.u. unter Teil C).

- [17] Titel III Kapitel IV der RL regelt die gemeinsamen Bestimmungen für die Niederlassung. Auf die entsprechenden Nachweise, die dabei nach Art. 50 der RL gefordert werden dürfen, ist bereits hingewiesen worden. Hier sieht insbesondere **Anhang VII der RL** die entsprechenden **Unterlagen** vor. Mit der Änderungsrichtlinie 2013/55/EU ist Abs. 3a neu in Art. 50 der RL eingeführt worden. Danach kann bei berechtigten Zweifeln ein Aufnahmemitgliedstaat auch eine Bestätigung darüber verlangen, dass die Zulassung zur Berufsausübung nicht ausgesetzt oder untersagt worden ist und zwar auf Grund schwerwiegenden standeswidrigen Verhaltens oder einer Verurteilung wegen strafbarer Handlungen.

Art. 51 der RL betrifft das Verfahren für die Anerkennung der Berufsqualifikationen. Innerhalb eines Monats nach Eingang der Unterlagen muss die zuständige Behörde des Aufnahmemitgliedstaates dem Antragsteller den Eingang bestätigen und ggf. mitteilen, welche Unterlagen noch fehlen. Die Regelung betrifft somit den Verwaltungsvollzug entsprechender Anträge. Sind die Unterlagen vollständig eingereicht worden, muss die zuständige Behörde nach Abs. 2 **innerhalb von drei Monaten über den Antrag** – z.B. auf Erteilung der Approbation als Arzt – **entscheiden**. Die Entscheidung muss auch ordnungsgemäß begründet werden. Soweit es um Ärzte geht, für die Art. 10 Buchstabe b oder g der RL in Frage kommen (insoweit fällt der Anwendungsfall unter Kapitel I von Titel III der RL), kann die Frist um

einen Monat verlängert werden. Dabei geht es um die Feststellung, ob die dort geforderte jeweilige Berufserfahrung vorliegt und nachgewiesen ist. Gegen entsprechende Entscheidungen müssen nach Art. 51 Abs. 3 der RL Rechtsbehelfe nach dem jeweils innerstaatlichen Recht möglich sein. Damit hat jeder Antragsteller auch rechtliche Möglichkeiten, um eine Verzögerung seiner Anerkennung rechtlich geltend zu machen.

Nach Art. 52 Abs. 1 der RL **muss**, wenn dies innerstaatlich so vorgesehen ist, **die jeweilige Berufsbezeichnung des Aufnahmestaates geführt werden**. Wer also auf Grund eines Ausbildungsnachweises, der nach der RL anzuerkennen ist, in Deutschland nach § 3 BÄO approbiert wird, muss die Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ führen. Art. 52 Abs. 2 der RL bezieht sich z.B. auf Facharztqualifikationen und das Recht einen entsprechenden **Facharzttitel** oder eine Bezeichnung nach der jeweiligen Weiterbildungsordnung zu führen.

Art. 53 der RL regelt die Erfordernisse an die Sprachkenntnisse. Nach Abs. 1 müssen Ärzte, deren Ausbildungsnachweis nach der RL anerkannt worden ist, **über die Sprachkenntnisse verfügen, die für die Ausübung ihrer Berufstätigkeit im Aufnahmemitgliedstaat erforderlich sind**. Dabei kommt es auf die Ausübung des Berufs – hier des Arztes – an und nicht auf eine ggf. beschränkte Berufsausübung in einem Spezialgebiet. Nach Art. 53 Abs. 3 Unterabsatz 2 der RL wird klargestellt, dass die Frage ausreichender Sprachkenntnisse und eine mögliche Prüfung erst nach Anerkennung der Berufsqualifikation vorgenommen werden darf. Damit sind die **Sprachkenntnisse nicht Gegenstand der Anerkennung des Ausbildungsnachweises**, sondern hiervon gesondert zu prüfen. Somit kann es zwar in Deutschland dazu kommen, dass der Ausbildungsnachweis als solcher gemäß den Bestimmungen der RL anerkannt wird, gleichwohl aber eine Approbationserteilung ausscheidet, wenn ggf. keine ausreichenden Sprachkenntnisse vorliegen. Nach Art. 53 Abs. 4 der RL müssen die Überprüfungen der Sprachkenntnisse im Verhältnis zur auszuübenden Berufstätigkeit verhältnismäßig sein. Damit soll ausgeschlossen werden, dass man überzogene Anforderungen an die Sprachkenntnisse stellt, um darüber eine Marktabschottung zu erreichen. Ausreichende Sprachkenntnisse eines Arztes sind aber schon allein wegen der **Auswirkungen auf die Patientensicherheit** erforderlich (vgl. Art. 53 Abs. 3 Satz 1 der RL). Ein Arzt muss den Patienten verstehen und mit ihm kommunizieren können, andernfalls ist weder eine Anamnese noch eine Therapie sinnvoll möglich und auch die erforderliche Patientenaufklärung dürfte regelmäßig scheitern. Betroffen ist aber auch die Kommunikation innerhalb der Organisation (z.B. Krankenhaus oder Versorgungszentrum), gleich ob unter Kollegen, mit Angehörigen anderer Berufe oder auch allgemein, z.B. Abrechnungsfragen betreffend. Deshalb ist es sachgerecht, wenn sich die Ärztekammern und Dritte darum bemühen, dass Ärzten aus dem Ausland Angebote gemacht werden, um ggf. noch nicht hinreichende Sprachkenntnisse zu verbessern und bei der Zulassung zum Beruf eine Patientengefährdung aus diesem Grunde ausschließen zu können. Über

den Erfolg entsprechender Maßnahmen aber auch über Mängel und Lücken wird regelmäßig berichtet (vgl., Ärzte mit mangelnden Sprachkenntnissen, <http://www.wdr5.de/sendungen/politikum/auslaendischeaerzte102.html>; Stellungnahme der BÄK vom 21.5.2013 zur BR-Drs. 331/13, www.bundesaeztekammer.de; DW vom 26.6.2013; DÄBl. 2013; 110(39): A-1779 / B-1571 / C-1547, www.aerzteblatt.de).

- [18]** Weitere neue Inhalte, die durch die Änderungs-RL 2013/55/EU in die RL eingeführt worden sind, betreffen z.B. die **Einführung des europäischen Berufsausweises**, eine mögliche automatische Anerkennung von Ausbildungen auf Grundlage gemeinsamer Ausbildungsgrundsätze, Fragen zum partiellen Berufszugang, die **Anrechnung einer Weiterbildung** auf die Mindestzeiten einer weiteren Weiterbildung zum Facharzt, die Einführung eines Vorwarnmechanismus, Regelungen für ein Beratungszentrum und für eine Transparenzregelung sowie die Möglichkeit einer Bescheinigung über das Berufsausübungsrecht im Zusammenhang mit Vorstrafen (vgl. allgemein Igl/Ludwig, MedR 2014, 214; Haage speziell zu den Berufen des Arztes und Zahnarztes, MedR 2014, 469).