



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Grünbuch Überarbeitung der Richtlinie über Berufsqualifikationen

Berlin, 11. August 2011

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung; sie vertritt die berufspolitischen Interessen der 429.926 Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.2009) in der Bundesrepublik Deutschland. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern wirkt die Bundesärztekammer (BÄK) aktiv am gesundheitspolitischen Meinungsbildungsprozess der Gesellschaft mit und entwickelt Perspektiven für eine bürgernahe und verantwortungsbewusste Gesundheits- und Sozialpolitik. Die BÄK unterstützt die Arbeit der Ärztekammern und nimmt dabei mittelbar auch gesetzliche Aufgaben wahr.

Die Bundesärztekammer möchte der Europäischen Kommission dafür danken, zu den im Grünbuch formulierten Vorschlägen Stellung nehmen zu können. Im Rahmen der Überarbeitung der Richtlinie 2005/36/EG hat die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern, die zuständige Behörden für die Anerkennung von Facharztbezeichnungen in Deutschland sind, und als Ansprechpartnerin für die Meldung von Facharzttiteln bereits am Erfahrungsbericht für Deutschland mitgewirkt. Seither hat sie am informellen Netzwerk aktiv teilgenommen, das durch die zuständigen Behörden der EU-Mitgliedstaaten zur Begleitung der Überarbeitung gegründet wurde. Schließlich wurde auch das Konsultationspapier der GD Binnenmarkt und Dienstleistung durch eine Stellungnahme der Bundesärztekammer beantwortet.

Bevor wir zu den im Grünbuch formulierten Fragen im Einzelnen Stellung beziehen, möchten wir zunächst darauf hinweisen, dass sein Ziel vor allem darin bestehen muss, die Mobilität von Ärztinnen und Ärzten mit der Patientensicherheit vereinbar zu machen. Die **automatische Anerkennung**, von der eine Vielzahl migrierender Fachärzte profitieren konnte, hat sich diesbezüglich als geeignetes Instrument erwiesen. Wir begrüßen, dass die automatische Anerkennung im Zuge der Richtlinienüberarbeitung vereinfacht werden soll. Zugleich darf den zuständigen Behörden im Aufnahmemitgliedstaat nicht die Möglichkeit genommen werden, die Berufsqualifikationsnachweise auf Vollständigkeit und im Fall des **allgemeinen Systems** auch auf sachliche Nachvollziehbarkeit sorgfältig zu prüfen. Der vorgeschlagene Berufsausweis kann das Anerkennungsverfahren im Aufnahmemitgliedstaat beschleunigen, darf es aber nicht ersetzen. Daher fordern wir die Kommission unter Patientenschutzgesichtspunkten auf, von ihrem Ansatz abzusehen, die Zuständigkeit der Aufnahmemitgliedstaaten bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen von Ärztinnen und Ärzten einzuschränken, und auf diese Weise das Herkunftslandprinzip bei der Anerkennung von Berufsqualifikationen zu verankern. Dieses mag für gewerbliche Dienstleistungen im Kontext der Dienstleistungsrichtlinie gelten – ist aber für die sichere Erbringung von hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen denkbar ungeeignet.

Frage 1: Haben Sie Anmerkungen zur jeweiligen Rolle der zuständigen Behörden im Herkunftsmitgliedstaat bzw. im Aufnahmemitgliedstaat?

Die zuständigen Behörden sowohl im Herkunfts- als auch im Aufnahmemitgliedstaat sind für migrierende Ärztinnen und Ärzte die zentrale Anlaufstelle auf mitgliedstaatlicher Ebene. Ihre Mobilisierung kann wesentlich dazu beitragen, die Mobilität mit der Patientensicherheit vereinbar zu machen.

Mit der Patientensicherheit als zentraler Aufgabe für die Gesundheitssysteme aller EU-Mitgliedstaaten ist es unerlässlich, dass die Anerkennung von Berufsqualifikationen allein in der Hand der für den Arztberuf zuständigen Behörden des Aufnahmemitgliedstaates liegt. Der im Grünbuch formulierte Vorschlag, die Prüfung aller Informationen maßgeblich durch die zuständigen Behörden im Herkunftsmitgliedstaat erfolgen zu lassen, ist daher abzulehnen.

Eine zweckmäßige Mobilisierung der zuständigen Behörden zur Stärkung der Verwaltungszusammenarbeit bestünde aus unserer Sicht in der Nutzung des

Binnenmarktinformationssystem (IMI) in Verbindung mit einer zur eindeutigen Identifizierung eines Berufstätigen genutzten Nummer, die bspw. auf dem Berufsausweis aufgebracht werden könnte und die sichere Abfrage relevanter Informationen über das IMI gewährleistet. Im Zusammenwirken von IMI und einer auf einem Berufsausweis aufgetragenen persönlichen Erkennungsnummer liegt das Potential einerseits die Gültigkeit eines Ausbildungsnachweises zuverlässig zu überprüfen und andererseits die Anerkennung der Berufsqualifikationen zu vereinfachen. Unter der Voraussetzung einer flächendeckenden und zuverlässigen Nutzung des IMI durch alle zuständigen Behörden könnten sich zudem folgende Vorteile entwickeln:

- Informationen müssten nicht direkt auf dem Berufsausweis vermerkt werden.
- Die Einführung eines eigenen europäischen Berufsausweises wäre überflüssig, da auf bestehende nationale Berufsausweise zurückgegriffen bzw. ein durch die zuständige Behörde des Herkunftsmitgliedstaates ausgestelltes Papierzertifikat genutzt werden kann.
- Unterlagen könnten sicher zwischen den zuständigen Behörden in Herkunfts- und Aufnahmemitgliedstaat übermittelt werden (Primary Source Verification).
- Vorbehaltlich einer Einigung auf entsprechende Standards könnte unter Nutzung der Übersetzungsfunktion des IMI die Übertragung eines einheitlichen Formulars in der Landessprache des Aufnahmemitgliedstaates erfolgen. Auch könnte die Bereitstellung einer Übersetzungsfunktion für Begleitdokumente zweckmäßig bzw. notwendig sein.

Abzulehnen ist hingegen eine Weiterentwicklung des IMI unter Aufbau einer europaweiten Datenbank mit dauerhafter Datensammlung über migrierende Ärzte. Die flächendeckende Nutzung des IMI unter Verwendung einer Erkennungsnummer macht den Aufbau einer Datenbank für migrierende Ärzte entbehrlich.

Frage 2: Sind Sie damit einverstanden, dass ein Berufsausweis je nach den Zielen des Inhabers folgende Auswirkungen haben könnte?

a) Der Inhaber des Ausweises zieht vorübergehend um (vorübergehende Mobilität):

- **Option 1: Durch den Berufsausweis würde die Meldung, die die Mitgliedstaaten bislang gemäß Artikel 7 der Richtlinie fordern, überflüssig.**

Aus Sicht der Bundesärztekammer bedarf es zuvorderst einer zeitlichen Konkretisierung der für die Einordnung unter die Dienstleistungserbringung notwendigen Merkmale „vorübergehend und gelegentlich“

Option 1 ist in jedem Fall abzulehnen. Ein Berufsausweis kann die Meldung allenfalls vereinfachen und beschleunigen, nicht aber vollständig ersetzen. Die ärztliche Tätigkeit ist als gefahrengeeignete Tätigkeit zu betrachten, und somit ist ein System der vorherigen Meldung dringend geboten. Nur mittels eines solchen Systems sind die berufszugangs- sowie berufsausübungsrechtlichen Aufgaben der zuständigen Behörden überhaupt adäquat und effizient zu erfüllen.

- Option 2: Das Meldesystem wird beibehalten, aber der Berufsausweis könnte anstelle von Begleitdokumenten vorgezeigt werden.

Auch Option 2 ist abzulehnen, wenn die Vorlage eines Berufsausweises sämtliche bislang vorzulegenden Begleitdokumente vollständig ersetzen soll. Die Nutzung elektronischer Verfahren zur Vereinfachung bzw. Beschleunigung des Meldesystems ist zweifelsohne begrüßenswert. Dennoch dürfen Anforderungen, die aufgrund der besonderen Verantwortung des Arztberufes an das Meldesystem für vorübergehend und gelegentlich im Aufnahmemitgliedstaat tätige Ärztinnen und Ärzte geknüpft wurden, nicht gesenkt werden. In diesem Sinne sollten die in Art. 7 (2) der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführten Begleitdokumente nicht vollständig durch die Vorlage eines Berufsausweises ersetzt werden können. Mit Hilfe der bereits vorgeschlagenen Identifizierungsnummer könnte der Berufsausweis jedoch über das IMI den beschleunigten und unmittelbaren Austausch einzelner Begleitdokumente zwischen den zuständigen Behörden von Herkunfts- und Aufnahmemitgliedstaat gewährleisten.

b) Der Inhaber beantragt die automatische Anerkennung seiner Qualifikationen: Die Vorlage des Berufsausweises würde das Anerkennungsverfahren beschleunigen (der Aufnahmemitgliedstaat sollte einen Beschluss binnen zwei Wochen anstatt drei Monaten fassen).

c) Der Inhaber beantragt die Anerkennung seiner Qualifikationen, die nicht automatisch anerkannt werden (die allgemeine Regelung): Die Vorlage des Berufsausweises würde das Anerkennungsverfahren beschleunigen (der Aufnahmemitgliedstaat müsste einen Beschluss binnen eines Monats anstatt vier Monaten fassen).

Aus unserer Sicht geht die angestrebte Verkürzung des Anerkennungsverfahrens auf zwei Wochen (im Falle der automatischen Anerkennung) bzw. einem Monat (im Fall der Anerkennung im allgemeinen System) an der Praxis vorbei und berücksichtigt nicht das Interesse der Patienten an einer qualitativ hochwertigen Behandlung durch einen qualifizierten Arzt.

Erfahrungsgemäß sind Verzögerungen in der Anerkennung in der Regel auf das Fehlen notwendiger Unterlagen und auf begründete Zweifel an der Echtheit der Unterlagen zurückzuführen. Den Behörden des Aufnahmemitgliedstaates muss daher in begründeten Fällen trotz Vorlage eines Berufsausweises auch eine eingehende Qualifikationsprüfung möglich sein.

Auch müssen entweder Fristverlängerungen möglich sein (eine ausnahmslose „Genehmigungsfiktion“ nach zwei Wochen im Verfahren der automatischen Anerkennung und nach einem Monat im allgemeinen System sind nicht tragbar). Oder Fristen müssen von vornherein so bemessen sein, dass für den Zweifelsfall oder einen Fall des allgemeinen Systems gründliche Prüfungen möglich sind. Das ist gegenwärtig mit drei bzw. vier Monaten der Fall. Wir bitten daher im Patienteninteresse kritisch zu prüfen, ob das Prinzip Schnelligkeit vor Gründlichkeit gelten soll.

Die Nutzung eines Berufsausweises in Verbindung mit dem IMI könnte gleichwohl wie bereits unter Frage 1 ausgeführt zur Vereinfachung der Anerkennung von Berufsqualifikationen beitragen. Würde das IMI dazu genutzt werden, im Herkunftsmitgliedstaat die für das Anerkennungsverfahren

notwendigen Unterlagen bereitzuhalten, die anschließend durch die Behörden im Aufnahmemitgliedstaat unter Verwendung der Identifizierungsnummer elektronisch abgerufen werden, könnten Verzögerungen reduziert werden.

Frage 3: Sind Sie ebenfalls der Auffassung, dass die Aufnahme des partiellen Zugangs und spezifischer Kriterien für seine Anwendung in die Richtlinie deutliche Vorteile mit sich bringen würde? (Bitte nennen Sie konkrete Gründe für etwaige Abweichungen von diesem Grundsatz).

Die Rechtssache C-330/03 ist nach unserer Auffassung für Heilberufe nicht einschlägig. Für die sektoral geregelten Heilberufe sind Mindestausbildungsanforderungen, die zum Berufszugang berechtigen, in der Richtlinie koordiniert. Ein partieller Berufszugang würde die Berufsanerkenntnisrichtlinie und das in ihr verankerte Prinzip der automatischen Anerkennung auf Grundlage koordinierter Mindestausbildungsanforderungen ad absurdum führen.

Frage 4: Unterstützen Sie die Absenkung des bisherigen Schwellenwerts von zwei Dritteln der Mitgliedstaaten auf ein Drittel (d. h. 9 von 27 Mitgliedstaaten) als Voraussetzung für die Schaffung einer gemeinsamen Plattform? Bestätigen Sie den Bedarf an einer Binnenmarktprüfung (basierend auf dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit), um sicherzustellen, dass die gemeinsame Plattform kein Hindernis für Dienstleistungserbringer aus nichtteilnehmenden Mitgliedstaaten darstellt? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).

Dem im Grünbuch beschriebenen „neuen“ Konzept für die gemeinsamen Plattformen fehlt es an Konkretisierung:

- Die Absenkung des bisherigen Schwellenwerts für die Schaffung einer gemeinsamen Plattform kann nicht kommentiert werden, solange das dem „neuen“ Konzept zugrundeliegende Ziel nicht klar ist.
- Der Bedarf der Notwendigkeit der Binnenmarktprüfung ist nicht zu bestätigen, wenn die Binnenmarktprüfung im Grünbuch nicht eindeutig definiert ist.
- Unklar ist schließlich, ob sich das „neue“ Konzept für die gemeinsamen Plattformen zukünftig auf neue Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge erstrecken soll.

Insbesondere bezüglich der Frage, ob sich das Konzept auf neue Ausbildungs- und Weiterbildungsgänge erstrecken soll, erscheint uns der Hinweis angezeigt, dass sich die automatische Anerkennung bislang als geeignetes Instrument erwiesen hat, die Anerkennung von Berufsqualifikationen im Aufnahmemitgliedstaat schnell und unbürokratisch zu vollziehen. Um zusätzliche Facharztbezeichnungen von der automatischen Anerkennung profitieren zu lassen, wäre es zweckmäßiger, die Anforderungen für die Notifizierung weiterer Facharztbezeichnungen in den Rubriken des Anhang V der Richtlinie zu ändern (siehe Frage 18). Die Nutzung gemeinsamer Plattformen wäre damit nicht erforderlich und ist aus unserer Sicht für den Arztberuf abzulehnen.

Frage 5: Sind Ihnen reglementierte Berufe bekannt, bei denen EU-Bürger tatsächlich in eine solche Lage geraten könnten? Bitte erläutern Sie den Beruf, die Qualifikationen und die Gründe, aus denen diese Lage nicht gerechtfertigt wäre.

Das im Grünbuch geschilderte Problem, dass Qualifikationsanforderungen unverhältnismäßig hoch oder für die Erreichung der Ziele von öffentlichem Interesse unnötig sind, und daher ein Hindernis für Freizügigkeit von Ärztinnen und Ärzten darstellen, ist uns nicht bekannt.

Der Arztberuf profitiert von der automatischen Anerkennung, die eine hohe Mobilität begünstigt. Auch Facharztbezeichnungen unterliegen vielfach der automatischen Anerkennung. Für Facharztbezeichnungen, die nicht in Anhang V der Richtlinie notifiziert sind, da sie nicht in allen Mitgliedstaaten existieren, sieht die Richtlinie eine Anerkennung gemäß allgemeinem System vor. Mögliche Ausgleichsmaßnahmen sehen nicht vor, dass die gesamte Ausbildung durchlaufen werden muss. Im Übrigen ist die Rechtsprechung zum partiellen Berufszugang jedenfalls für Heilberufe nicht relevant (s. Frage 3).

Frage 6: Würden Sie es befürworten, dass die Mitgliedstaaten verpflichtet werden, sicherzustellen, dass die Angaben zu den für die Anerkennung von Berufsqualifikationen zuständigen Behörden und erforderlichen Dokumenten über eine zentrale Online-Zugangsstelle in jedem Mitgliedstaat zugänglich sind? Würden Sie eine Verpflichtung befürworten, die Online-Abwicklung von Anerkennungsverfahren für alle Berufstätigen zu ermöglichen? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).

Der Zugang zu Informationen ist für migrationswillige Ärztinnen und Ärzte von zentraler Bedeutung, gleichzeitig ist das Informationsangebot über das Verfahren der Berufsanerkennung in den Mitgliedstaaten vielfältig. Wir begrüßen den Vorschlag der Kommission, Berufstätige, die in einem anderen Mitgliedstaat arbeiten möchten, durch ein zweckmäßiges Angebot zu unterstützen, das Informationen zu nationalen Regelungen, den zuständigen Behörden und deren Erreichbarkeit enthält. Die nationalen Kontaktstellen zur Anerkennung von Berufsqualifikationen halten diese Informationen teilweise bereits vor. Ihre Rolle als Informationsportal könnte zudem um eine Lotsenfunktion ergänzt werden, indem sie die Informationssuchenden an die für die Anerkennung ihres Berufs zuständigen Behörden weiterleiten. Die Kommission könnte ihrerseits die Bemühungen intensivieren, die Angebote der nationalen Kontaktstellen auf europäischer Ebene zu koordinieren und auf einem aktuellen Stand zu halten. Der Zugang zu Informationen könnte weiter erleichtert werden, wenn die zuständigen Behörden ihre Internetauftritte auch in einer gängigen europäischen Amtssprache vorhalten.

Abzulehnen ist eine zentrale Zugangsstelle für die Verfahren für die Anerkennung der Qualifikationen. Die nationalen Kontaktstellen verfügen nicht über die zur Anerkennung von Berufsqualifikationen in allen reglementierten Berufen notwendige Expertise. Im Falle Deutschlands erfolgt die Anerkennung von Berufsqualifikationen bei Ärztinnen und Ärzten aufgrund der diesbezüglichen Regelung in Bundes- und Landesrecht durch die Approbationsbehörden (Berufszulassung) und Ärztekammern (Berufsausübung). Aufgrund ihrer besonderen Expertise muss die Anerkennung von Facharzttiteln weiterhin durch die Ärztekammern erfolgen. Die Einführung einer zentralen Zugangsstelle würde hingegen eine zusätzliche Verwaltungsebene einziehen. Durch diese bürokratische Hürde würde sich das Anerkennungsverfahren potentiell verzögern.

Hinsichtlich der Nutzung elektronischer Anwendungen verweisen wir auf das in unserer Antwort zu Frage 1 konzipierte Verfahren. Erforderliche Dokumente sollten von der zuständigen Behörde des Herkunftsmitgliedstaates über IMI in elektronischer Form bereitgestellt und für die zuständige Behörde im Aufnahmemitgliedstaat abrufbar werden. Eine abschließende Anerkennung kann jedenfalls im allgemeinen System ggf. erst nach persönlicher Vorstellung des Antragstellers erfolgen.

Frage 7: **Teilen Sie die Auffassung, dass die Anforderung einer zweijährigen Berufserfahrung im Fall von Berufsangehörigen aus einem Mitgliedstaat, in dem der Beruf nicht reglementiert ist, aufgehoben werden sollte, wenn Verbraucher die Grenze überschreiten und nicht von einem örtlichen Berufsangehörigen im Aufnahmemitgliedstaat begleitet werden? Sollte der Aufnahmemitgliedstaat in diesem Fall berechtigt sein, eine vorherige Meldung zu verlangen? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).**

Da der Arztberuf in allen Mitgliedstaaten reglementiert ist, ist Frage 7 nicht einschlägig.

Frage 8: **Sind Sie damit einverstanden, dass der Begriff der „reglementierten Ausbildung“ alle von einem Mitgliedstaat anerkannten, für einen Beruf relevanten Ausbildungen umfassen könnte, und nicht nur die speziell auf die Ausübung eines bestimmten Berufes ausgerichtete Ausbildung? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).**

Der Arztberuf ist durch die in Art. 3 Abs. 1 e) definierten und im Verzeichnis in der in Art. 13 Abs. 2 Unterabsatz 3 genannten reglementierten Ausbildungsgänge (Anhang III) und damit von Frage 8 nicht betroffen.

Frage 9: **Würden Sie die Streichung der in Artikel 11 (einschließlich Anhang II) genannten Klassifizierung befürworten? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).**

Die in Artikel 11 der Richtlinie genannten fünf Qualifikationsniveaus, die auf Art und Dauer basieren, haben sich aus unserer Sicht für die Gesundheitsfachberufe bewährt. Wir bitten die Kommission aus diesem Grund, von der Streichung der Qualifikationsniveaus aus Artikel 11 abzusehen. Insbesondere die Begründung, dass die in Artikel 11 genannten Niveaus sich möglicherweise mit den acht Niveaus des auf Bildungsergebnissen basierenden Europäischen Qualifikationsrahmens überschneiden könnten, der bis 2012 umgesetzt werden soll, halten wir für nicht ausreichend, um die Qualifikationsniveaus zu streichen und dieses bewährte Verfahren aufzugeben.

Frage 10: **Falls Artikel 11 der Richtlinie gestrichen wird, sollten die oben beschriebenen vier Schritte im Rahmen der überarbeiteten Richtlinie durchgeführt werden? Wenn Sie die Umsetzung aller vier Schritte nicht unterstützen, würden Sie irgendeinem der Schritte zustimmen? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen alle bzw. einzelne Schritte).**

Wir fordern die Kommission auf, die in Art. 14 geregelten Ausgleichsmaßnahmen unberührt zu belassen. Diese sind nicht unverhältnismäßig. Aufgrund der besonderen Verantwortung des Arztberufs

sind Eignungsprüfungen notwendige Praxis, um bei der Anerkennung nach dem allgemeinen System einen Berufszugang bei bestehenden Defiziten zu ermöglichen und die Qualität der ärztlichen Behandlung zu gewährleisten. Zugleich dient dies der Patientensicherheit und stärkt das Vertrauen in die Richtlinie.

Frage 11: Würden Sie eine Ausweitung der Vorteile der Richtlinie auf die Absolventen einer akademischen Ausbildung befürworten, die während einer bezahlten Berufsausübung unter Aufsicht Berufserfahrung im Ausland sammeln möchten? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).

Die Frage ist für den Arztberuf nicht relevant. Der Arzt ist mit der staatlichen Zulassung (in Deutschland die Approbation) zur Berufsausübung berechtigt. Die Sammlung von Berufserfahrung im Ausland setzt eine Anerkennung des Ausbildungsnachweises voraus.

Frage 12: Welche der beiden Optionen für die Einführung eines Vorwarnungsmechanismus im IMI-System für Angehörige der Gesundheitsberufe bevorzugen Sie?

Option 1: Eine Ausweitung des Vorwarnungsmechanismus, wie er in der Dienstleistungsrichtlinie festgelegt ist, auf alle Berufsangehörigen, einschließlich Angehörige der Gesundheitsberufe? (Der veranlassende Mitgliedstaat würde entscheiden, an welche anderen Mitgliedstaaten die Vorwarnung übermittelt werden sollte).

Option 2: Die Einführung einer weiter reichenden und strikteren Verpflichtung für Mitgliedstaaten, eine unverzügliche Vorwarnung an alle Mitgliedstaaten herauszugeben, wenn einem Angehörigen der Gesundheitsberufe die Ausübung seines Berufs aufgrund einer disziplinarischen Sanktion untersagt wird? (Der veranlassende Mitgliedstaat wäre verpflichtet, jede Vorwarnung an alle anderen Mitgliedstaaten zu übermitteln).

Vor dem Hintergrund der Einführung eines an IMI gekoppelten Berufsausweises und einem europaweit einheitlichen Verständnis von proaktiver Informationsübermittlung stellt sich die grundsätzliche Frage nach der Notwendigkeit eines separaten Vorwarnungsmechanismus. Wir bitten dies sorgfältig zu prüfen.

Voraussetzung für einen funktionierenden Vorwarnungsmechanismus ist die proaktive Informationsübermittlung. Diese ist bereits in den geltenden Art. 8 und 56 für den Dienstleistungs- und Niederlassungsbereich vorgesehen. Entsprechende nationale Rechtsgrundlagen wurden in den Mitgliedstaaten im Zuge der Umsetzung der geltenden Richtlinie geschaffen. Es drängt sich aber der Eindruck auf, dass kein europaweit einheitliches Verständnis von proaktiver Informationsübermittlung existiert, was nicht zuletzt daran liegt, dass

1. datenschutzrechtliche Vorgaben möglicherweise zu unterschiedlich umgesetzt wurden als von den einschlägigen Richtlinien vorgegeben.
2. Informationen entweder an spezifische Mitgliedstaaten (nämlich den der Herkunft oder den der Aufnahme übermittelt) oder aber ungefiltert an alle Mitgliedstaaten übermittelt werden.

Vorausgesetzt die grundsätzliche Notwendigkeit der Einführung eines Vorwarnungsmechanismus wird bejaht, wenden wir ein, dass ein solcher Mechanismus die Besonderheiten der Migration von Ärztinnen und Ärzten berücksichtigen muss.

Zum einen muss der Vorwarnmechanismus auf die besondere Tätigkeit des Berufsstandes angepasst sein. Neben Art. 29 Abs. 3 und Art. 32 der Dienstleistungsrichtlinie ist RAPEX ein Beispiel für einen automatisierten Vorwarnungsmechanismus. RAPEX ist das Schnellwarnsystem der EU für alle gefährlichen Konsumgüter, mit Ausnahme von Nahrungs- und Arzneimitteln sowie medizinischen Geräten. Zu bedenken ist aber, dass es sich bei der Berufsausübung von Ärzten nicht um gefährliche Produkte oder Konsumgüter handelt.

Zum anderen darf der Mechanismus keine vorschnelle Informationsübermittlung zulassen. Um übermittelt werden zu dürfen, müssen disziplinarische oder strafrechtliche Sanktionen vorliegen. Laufende Verfahren dürfen wegen des Grundsatzes der Unschuldsvermutung nicht mitgeteilt werden. Diese Aspekte sprechen bereits gegen Option 2.

Frage 13: Welche der beiden oben genannten Optionen bevorzugen Sie?

Option 1: Klarstellung der bestehenden Bestimmungen des Verhaltenskodexes.

Option 2: Änderung der Richtlinie selbst in Bezug auf Angehörige der Gesundheitsberufe, die direkten Kontakt mit Patienten haben und deren Qualifikationen automatisch anerkannt werden.

Wir begrüßen, dass für Heilberufe mit direktem Patientenkontakt eine Sprachkenntnisprüfung explizit erlaubt werden soll – und zwar nicht nur – wie bereits geschehen - im unverbindlichen Verhaltenskodex, sondern in der Richtlinie selbst.

Die Forderung, die für den Zugang zur Berufsausübung erforderlichen Sprachkenntnisse verlangen zu können, hat der EuGH bestätigt (Urt. v. 04.07.2000, Haim, Rs. C-424/97). Ausreichende Sprachkenntnisse sind nicht nur im Umgang mit Patienten, sondern u. E. auch im Umgang mit Kollegen und Behörden zwingend erforderlich. Die Antragstellenden müssen sich spontan und weitgehend fließend mit Patienten angemessen verständigen und komplexe Texte und Fachdiskussionen zu medizinischen Themen verstehen und wiedergeben können. Ein standardisierter Sprachtest kommt auch angesichts unterschiedlicher Anforderungen in den spezifischen Fachrichtungen nicht in Frage. Die Ausgestaltung der Sprachkenntnisprüfungen sollte daher dem Verwaltungsvollzug der Mitgliedstaaten überlassen bleiben.

Unionsrechtliche Gründe dürften aber dagegen sprechen, dass sich durch die Aufnahme einer expliziten Regelung über Sprachkenntnisprüfungen grundlegende Neuerungen ergeben. Nach dem geltenden Artikel 53 stellt die Beherrschung der Sprache bereits eine Anforderung an den Zugang zur Berufsausübung dar – diese und damit auch die verbundene Überprüfung ist aber nicht Bestandteil des Anerkennungsverfahrens der Ausbildungsnachweise. Die durch die Berufsanerkenntnisrichtlinie geregelte Anerkennung von Ausbildungsnachweisen darf nämlich nicht an Sprachkenntnisse gebunden werden, es sei denn, diese sind Bestandteil der Qualifikation (z. B. bei Logopäden).

Frage 14: Würden Sie ein Dreistufenkonzept zur Überarbeitung der in der Richtlinie festgelegten Mindestanforderungen an die Ausbildung unterstützen, das aus den folgenden Stufen besteht?

- Erste Stufe: Überprüfung der Grundlagen, namentlich die Mindestdauer der Ausbildung, und Vorbereitung des institutionellen Rahmens für weitere Anpassungen, als Teil der Überarbeitung der Richtlinie in dem Zeitraum 2011-2012.

- Zweite Stufe (2013-2014): Aufbau auf überprüften Grundlagen, einschließlich gegebenenfalls Überarbeitung der Ausbildungsfächer und Vorarbeiten für zusätzliche Kompetenzprofile im Wege des neuen institutionellen Rahmens.

- Dritte Stufe (nach 2014): Behandlung des Themas der ECTS-Punkte im Wege des neuen institutionellen Rahmens.

Es ist nicht ersichtlich, warum das vorgesehene Dreistufenkonzept die Änderung des institutionellen Rahmens, die Aktualisierung der Mindestanforderungen und die Einführung von Kompetenzprofilen bzw. ECTS-Punkten verknüpft. Einige der im Grünbuch unterbreiteten Konzepte sind zudem nicht ausreichend konkretisiert.

Zu dem von der Kommission unterbreiteten dreistufigen Vorgehen äußern wir uns wie folgt:

1. Stufe: Wir stimmen der von der Kommission vertretenen Auffassung zu, dass das derzeit in der Richtlinie vorgesehene Verfahren zur Klarstellung der Mindestdauer der Ausbildung einer Überarbeitung bedarf. Sollte die Kommission mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf die Versuche des Europäischen Komitees für Normierung (CEN) zur Standardisierung der ärztlichen Tätigkeit abzielen, weisen wir darauf hin, dass diese dem Subsidiaritätsprinzip zuwiderläuft und entschieden abzulehnen ist.

Wir weisen in diesem Zusammenhang jedoch darauf hin, dass die durch die Kommission in ihrem Grünbuch unterbreiteten Vorschläge zur Änderung des institutionellen Rahmens einer konkreteren Ausarbeitung bedürfen. Aus unserer Sicht sollte die vorgeschlagene Anwendung von Durchführungsakten bzw. delegierten Rechtsakten zur Anpassung der Ausbildungsanforderungen ein transparentes Verfahren vorsehen, das auch die enge Abstimmung mit den zuständigen Behörden umfasst.

2. Stufe: Der Begriff Kompetenzprofil ist zu wenig konkret. Aus unserer Sicht dürfen Kompetenzprofile allenfalls dazu beitragen, die Transparenz bezüglich der Weiterbildungsinhalte zu erhöhen. Keinesfalls sollte die Richtlinie um Kompetenzprofile erweitert werden, die inhaltliche Mindestanforderungen an die Kompetenzen des Berufstätigen stellen und auf diese Weise unmittelbare Wirkung auf die Weiterbildungsordnungen der Mitgliedstaaten hätten, oder das Betätigungsfeld der Fachärztin bzw. des Facharztes definieren.

Wir begrüßen die vorgelagerte Beteiligung der zuständigen Behörden. In den zurückliegenden Monaten hat sich eine fruchtbare Zusammenarbeit im Rahmen des informellen Netzwerks zuständiger Behörden für die Anerkennung von ärztlichen Berufsqualifikationen entwickelt. Ausdruck dieser Zusammenarbeit ist zum einen die große Anzahl bei der Kommission eingegangener Erfahrungsberichte, zum anderen das sogenannte „Berlin Statement“, in dem 26 zuständige Behörden aus 24 Mitgliedstaaten Potentiale bei der Überarbeitung der Richtlinie aufzeigen.

3. Stufe: Die Mindestanforderungen an die medizinische Grundausbildung sollten eine zeitliche und eine inhaltliche Dimension umfassen. Das

Europäische System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (ECTS) sollte daher nicht isoliert herangezogen werden, um Mindestanforderungen an die medizinische Grundausbildung zu formulieren. Vielmehr könnte durch die Verknüpfung der ECTS an Lernziele in Verbindung mit einem zeitlichen Minimum (sechs Jahre) dafür Sorge geleistet werden, dass die Mobilität von Medizinstudierenden erleichtert wird und zugleich transparente Mindestanforderungen herrschen.

Die grundsätzliche Zustimmung zur Behandlung des Themas ECTS-Punkte im Wege des neuen Institutionellen Rahmens muss sich jedoch allein auf die erleichterte automatische Anerkennung einer abgeschlossenen medizinischen Grundausbildung beziehen. Eine auf dem Wege der Überarbeitung der Berufsamerkennungsrichtlinie durchgesetzte Strukturreform des Medizinstudiums („Bolognaprozess“), insbesondere Bachelorstudiengänge als berufsqualifizierende Abschlüsse, in Deutschland lehnen wir hingegen entschieden ab.

Frage 15: **Wenn Berufsangehörige sich in einem anderen Mitgliedstaat als dem niederlassen wollen, in dem sie ihre Berufsqualifikationen erworben haben, sollten sie im Aufnahmemitgliedstaat nachweisen, dass sie das Recht zur Ausübung ihres Berufes in ihrem Herkunftsmitgliedstaat haben. Dieser Grundsatz gilt für die vorübergehende Mobilität. Sollte er auf Fälle ausgeweitet werden, in denen ein Berufsangehöriger sich niederlassen möchte? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept). Sollte sich die Richtlinie ausführlicher mit dem Thema der beruflichen Weiterbildung befassen?**

Ärztinnen und Ärzte, die sich dauerhaft in einem anderen Mitgliedstaat niederlassen, als dem in dem sie zuvor tätig waren, sollten einen Nachweis erbringen, dass sie zur Ausübung ihres Berufes in ihrem Herkunftsmitgliedstaat berechtigt sind.

Wir bitten Anhang VII um eine Bescheinigung zu ergänzen, die belegt, dass der migrierende Arzt die berufsrechtlichen Anforderungen seines Herkunftsmitgliedstaates erfüllt. Der Nachweis darf sich nur auf die Einhaltung des im Herkunftsmitgliedstaat geltenden Berufsrechtes beziehen. Darüber hinausgehende detaillierte Nachweise bspw. über die Erfüllung von Fortbildungsverpflichtungen sind nicht nur unpraktikabel, sondern auch unionsrechtlich unzulässig. Gegenstand der Berufsamerkennungsrichtlinie ist die Anerkennung von Ausbildungsnachweisen und nicht die Anerkennung von Fortbildungsnachweisen (Anm.: In der deutschen Version des Grünbuches wurde „continuous professional development“ fälschlicherweise mit Weiterbildung übersetzt. Die korrekte Bezeichnung in Deutschland lautet „Fortbildung/Kompetenzentwicklung“). Ein solcher Anerkennungsmechanismus würde aber einsetzen, sobald solche Nachweise vorzulegen sind.

Frage 16: **Würden Sie eine Klärung der Mindestanforderungen an die Ausbildung für Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie Hebammen unterstützen, indem festgelegt wird, dass die Bedingungen in Bezug auf eine Mindestausbildungsdauer in Jahren und Unterrichtsstunden kumulativ angewandt werden sollen? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).**

Die Bundesärztekammer unterstützt eine Klarstellung der Mindestausbildungsdauer für die medizinische Grundausbildung von sechs Jahren und 5500 Unterrichtsstunden.

Nur durch die Kombination von Ausbildungsjahren und Unterrichtsstunden ist eine hochwertige medizinische Grundausbildung gewährleistet. Während durch eine in der Richtlinie verbindlich festgeschriebene Mindestanzahl an Unterrichtsstunden die Vielfalt des Studiums der Humanmedizin theoretisch und praktisch abgebildet werden kann, ist nur durch die Festlegung von sechs Jahren als minimale Ausbildungsdauer gewährleistet, dass die Grundausbildung in einem Umfeld erfolgt, das nicht von Zeitdruck und überbordender Leistungsanforderungen geprägt ist. Bereits unter der derzeit bestehenden Richtlinie ergibt die Aufteilung der erforderlichen 5500 Stunden auf sechs Jahre im Jahresmittel mehr als 900 Stunden. Aus Qualitätsgründen sollte einerseits die Mindestanforderung an Unterrichtsstunden erhalten bleiben, andererseits bei der Fülle an erforderlichen Kenntnissen und notwendigen Wissen die derzeitige Mindestanforderung an Studienjahren nicht unterschritten werden.

Frage 17: Sind Sie damit einverstanden, dass die Mitgliedstaaten die Meldung übermitteln sollten, sobald ein neues Bildungsprogramm genehmigt wurde? Würden Sie eine Verpflichtung der Mitgliedstaaten unterstützen, der Kommission einen Bericht darüber zu übermitteln, ob jedes Aus- und Weiterbildungsprogramm, das zum Erhalt einer Berufsbezeichnung führt, die der Kommission gemeldet werden muss, die Bestimmungen der Richtlinie einhält? Sollten die Mitgliedstaaten zu diesem Zweck eine nationale Stelle für die Kontrolle der Einhaltung der Bestimmungen benennen? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).

Dem im Grünbuch der Kommission enthaltenen Vorschlag, neue Bildungsprogramme – bezogen auf die Bundesärztekammer die fachärztliche Weiterbildung – nach ihrer Genehmigung auf mitgliedstaatlicher Ebene zeitnah der Kommission zu melden, ist zuzustimmen.

Die Heilberufe- und Kammergesetze der Bundesländer weisen die Zuständigkeit für die Weiterbildung in Deutschland den Landesärztekammern zu. Diese tragen mit ihren Weiterbildungsordnungen dafür Sorge, dass die fachärztliche Weiterbildung den Bestimmungen der Richtlinie entspricht. In der Vergangenheit sind die Landesärztekammern dieser Verpflichtung stets nachgekommen. Aus diesem Grund ist die im Grünbuch erwogene Verpflichtung, der Kommission in einem Bericht zu übermitteln, dass Weiterbildungsprogramme die Bestimmungen der Richtlinie einhalten, aus Sicht der Kammern abzulehnen.

Frage 18: Stimmen Sie zu, dass die Schwelle für die Mindestzahl der Mitgliedstaaten, in denen die medizinische Fachrichtung bestehen muss, von zwei Fünfteln auf ein Drittel gesenkt werden sollte? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).

Wir stimmen dem im Grünbuch unterbreiteten Vorschlag einer Absenkung der Mindestzahl der Mitgliedstaaten, in denen die medizinische Fachrichtung bestehen muss, grundsätzlich zu.

Durch die Absenkung der Mindestzahl könnte die automatische Anerkennung von Facharztbezeichnungen, die durch die schnelle und unbürokratische Anerkennung die Migration von Berufstätigen erheblich erleichtert hat, auf

weitere Facharztbezeichnungen ausgedehnt werden. Auf diese Weise könnte eine Vielzahl von Fachärzten von der automatischen Anerkennung profitieren, deren Facharztbezeichnung in Anhang V der Richtlinie aufgrund der bestehenden Mindestzahl der Mitgliedstaaten nicht berücksichtigt werden konnten. Für diese Gruppe von Fachärzten könnte durch die Absenkung der Mindestzahl von Mitgliedstaaten eine vereinfachte Migration erreicht werden, ohne dass durch z.B. die Doppelnotifizierung im Anhang V neue Schwierigkeiten erzeugt werden. Um die automatische Anerkennung weiter zu stärken, könnte in einem weiteren Schritt zudem die automatische Anerkennung von Zusatzweiterbildungen, z.B. Intensivmedizin, erwogen werden, die bereits in vielen Mitgliedstaaten einheitlich als Zusatzweiterbildung geregelt sind.

Wie bereits in unserer Antwort zu Frage 14 erläutert, sollte das Verfahren zur Änderung des Anhang V aber transparent sein und in enger Abstimmung mit den zuständigen Behörden erfolgen, die über die Expertise verfügen, die Vergleichbarkeit von Facharztbezeichnungen zu beurteilen.

Frage 19: Stimmen Sie zu, dass die Überarbeitung der Richtlinie eine Möglichkeit für Mitgliedstaaten darstellen könnte, Befreiungen für Teilbereiche der Facharztausbildung zu gewähren, sofern dieser Teilbereich bereits im Rahmen eines anderen Facharztausbildungsprogramms absolviert wurde? Wenn ja, sollten für eine Befreiung für Teilbereiche irgendwelche Bedingungen erfüllt werden müssen? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).

Die Überarbeitung der Richtlinie sollte den zuständigen Behörden die Flexibilität einräumen, Befreiungen von Teilbereichen einzuräumen, die bereits im Rahmen einer anderen Facharztweiterbildung absolviert wurden. Eine Überarbeitung in der Richtlinie, die eine automatische Anerkennung von Teilbereichen einer Facharztausbildung vorsähe, ist jedoch abzulehnen. Entsprechend sollte davon abgesehen werden, einen Katalog von Facharztbezeichnungen zu definieren, die auf die Gebiete Innere Medizin und Chirurgie aufbauen, und auf diese Weise eine automatische Anerkennung der Basisweiterbildung zu begründen.

Vielmehr sollte es den zuständigen Behörden in den Aufnahmemitgliedstaaten überlassen bleiben, nach individueller Prüfung Teile einer im Herkunftsmitgliedstaat absolvierten fachärztlichen Weiterbildung anzuerkennen. Diese individuelle Prüfung ist angesichts erheblicher Unterschiede, die bezüglich der fachärztlichen Weiterbildung zwischen den EU-Mitgliedstaaten – auch in den im Grünbuch genannten Gebieten Innere Medizin und Chirurgie – bestehen, dringend geboten.

Frage 20: Welche der oben genannten Optionen bevorzugen Sie?

Option 1: Die Beibehaltung der Anforderung einer zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung.

Option 2: Die Anhebung der Anforderung einer allgemeinen Schulausbildung von zehn Jahren auf zwölf Jahre.

Der Arztberuf ist von Frage 20 nicht betroffen.

Frage 21: Stimmen Sie zu, dass die Liste der beruflichen Tätigkeiten von Apothekern ausgeweitet werden sollte? Unterstützen Sie den oben beschriebenen Vorschlag, die Anforderung eines sechsmonatigen

Praktikums aufzunehmen? Unterstützen Sie die Streichung von Artikel 21 Absatz 4 der Richtlinie? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).

Der Arztberuf ist von Frage 21 nicht betroffen

Frage 22: Welche der beiden oben genannten Optionen bevorzugen Sie?

Option 1: Beibehaltung der aktuellen Anforderung einer mindestens vierjährigen akademischen Ausbildung?

Option 2: Ergänzung der derzeitigen Anforderung einer mindestens vierjährigen akademischen Ausbildung durch die Anforderung einer zweijährigen Berufserfahrung. Als Alternative würde die automatische Anerkennung auch für Architekten gelten, die ein fünfjähriges akademisches Ausbildungsprogramm absolviert haben, ergänzt mit einer Berufserfahrung von mindestens einem Jahr.

Der Arztberuf ist von Frage 22 nicht betroffen

Frage 23: Welche der folgenden Optionen bevorzugen Sie?

Option 1: Unmittelbare Überarbeitung, indem die ISIC-Klassifikation von 1958 durch die ISIC-Klassifikation von 2008 ersetzt wird.

Option 2: Unmittelbare Überarbeitung, indem Anhang IV durch das im Bereich öffentlicher Aufträge verwendete Gemeinsame Vokabular ersetzt wird.

Option 3: Unmittelbare Überarbeitung, indem Anhang IV durch die ISCO-Systematik in ihrer zuletzt überarbeiteten Version von 2008 ersetzt wird.

Option 4: Überarbeitung in zwei Stufen: Bestätigung in der überarbeiteten Richtlinie, dass die automatische Anerkennung weiterhin für Tätigkeiten im Zusammenhang mit Handwerk, Handel und Industrie gilt. Die zusammenhängenden Tätigkeiten werden weiterhin durch Anhang IV bestimmt, bis zum Jahr 2014, in dem eine neue Liste der Tätigkeiten durch einen delegierten Rechtsakt festgelegt wird. Die Liste der Tätigkeiten sollte sich auf eine der unter Option 1, 2 oder 3 beschriebenen Klassifikationen stützen.

Der Arztberuf ist von Frage 23 nicht betroffen

Frage 24: Sind Sie der Auffassung, dass Anpassungen bei der Behandlung von EU-Bürgern im Rahmen der Richtlinie erforderlich sind, die ihre Ausbildungsnachweise in Drittländern erworben haben, z. B. durch eine Kürzung der in Artikel 3 Absatz 3 festgelegten dreijährigen Berufserfahrung? Würden Sie eine solche Anpassung auch für Staatsangehörige von Drittländern begrüßen, einschließlich derer, die unter die Regelung der Europäischen Nachbarschaftspolitik fallen und von einer Gleichbehandlungsklausel im Einklang mit den entsprechenden europäischen Rechtsvorschriften profitieren? (Nennen Sie bitte konkrete Argumente für oder gegen dieses Konzept).

Wir begrüßen, dass auch Ausbildungen aus Drittstaaten anerkannt werden könnten, wenn sie tatsächlich den europäischen Mindestanforderungen gleichwertig sind. Entsprechende Prüfungsverfahren sind auf mitgliedstaatlicher Ebene sicherzustellen. Der unterstellte zukünftige Mangel

an qualifizierten Berufstätigen darf jedoch nicht als Argument benutzt werden, um Mindestanforderungen für die Ausbildung abzusenken.

Aus diesem Grund sollte die bewährte dreijährige Berufserfahrung, die für EU-Bürger mit Ausbildungsnachweisen aus Drittstaaten, die bereits in einem anderen Mitgliedstaat anerkannt wurden und nach dem allgemeinen System anerkannt werden können, beibehalten werden. Die dreijährige Berufserfahrung ist aus unserer Sicht eine notwendige Mindestdauer, damit Ärztinnen und Ärzte ihre professionelle Eignung nachweisen können. Es sollte den Mitgliedsstaaten überlassen bleiben, individuell von der Erfordernis des Nachweises einer dreijährigen Berufserfahrung in einem anderen EU-Mitgliedsstaat abzuweichen.

Die Richtlinie zielt auf die Straffung, Vereinfachung und Verbesserung der Vorschriften für die Anerkennung beruflicher Qualifikationen auf Ebene der Mitgliedstaaten ab und soll auf diese Weise Hindernisse für den freien Personen- und Dienstleistungsverkehr im gemeinsamen Binnenmarkt beseitigen. Aus diesem Grund sollten sich die Inhalte der Richtlinie auch künftig ausschließlich auf EU-Bürger beschränken.