



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Beschleunigung der
Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen
(vom 20.05.2026)

Berlin, 12.06.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----|---|-----------|
| 1. | Grundlegende Bewertung des Verordnungsentwurfs | 3 |
| 2. | Stellungnahme im Einzelnen..... | 4 |
| | Moderne Teilzeit-, Fehlzeiten- und Feiertagsregelungen in der ärztlichen Ausbildung..... | 4 |
| | § 3 Abs. 3 ÄApprO-E..... | 4 |
| | Anrechnung von Studienzeiten und Studienleistungen/Fortführung und Abschluss der ärztlichen Ausbildung | 5 |
| | § 12 ÄApprO-E..... | 5 |
| | Vorgaben zu den vorzulegenden Unterlagen..... | 6 |
| | § 33a ÄApprO-E..... | 6 |
| | Erlaubnis zur partiellen Berufsausübung | 7 |
| | §§ 35c ff. ÄApprO-E | 7 |
| | Berufszulassungsprüfung/Kenntnisprüfung..... | 8 |
| | § 37 ÄApprO-E..... | 8 |
| | Mitteilungspflicht bei Nichtbestehen der Kenntnisprüfung..... | 10 |
| | § 37a ÄApprO-E..... | 10 |
| 3. | Ergänzender Änderungsbedarf..... | 13 |
| | Masterplan Medizinstudium 2020..... | 13 |
| | Patientenschutz in § 6 BÄO etablieren..... | 13 |

1. Grundlegende Bewertung des Verordnungsentwurfs

Vor dem Hintergrund des vom Bundestag verabschiedeten Gesetzes zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen, dem der Bundesrat am 08.05.2026 zugestimmt hat, soll der vorliegende Verordnungsentwurf die dort angelegten Änderungen zur Vervollständigung der Maßnahmen in den entsprechenden Verordnungen umsetzen.

Die Bundesärztekammer unterstützt die Bemühungen, das Anerkennungsverfahren für die ärztliche Ausbildung unter Wahrung der Patientensicherheit für Antragstellende und die zuständigen Behörden zu beschleunigen.

Dass die **Kenntnisprüfung (KP)** – unter ausdrücklicher Beibehaltung der Möglichkeit einer dokumentenbasierten Gleichwertigkeitsprüfung - als bundesweit einheitliche **Berufszulassungsprüfung** weiterentwickelt und in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ausgestaltet werden soll, findet daher die Zustimmung der Bundesärztekammer. Positiv bewertet wird die vorgesehene Prüfungszeit für den mündlich-praktischen Prüfungsteil im Umfang von mindestens 90 bis höchstens 120 Minuten sowie die zusätzliche 30-minütige Patientenuntersuchung. Die Anforderung der Erstellung eines Berichts mit der Zeitvorgabe von 60 Minuten wird ebenfalls befürwortet.

Kritisch sieht die Bundesärztekammer hingegen die im Referentenentwurf vorgesehene Verkleinerung der Prüfungskommission von drei auf zwei Prüfern. Mit dieser Verkleinerung wäre nicht mehr sichergestellt, dass sowohl die Innere Medizin als auch die Chirurgie in der Prüfung angemessen berücksichtigt werden können. Drei Prüfer sind auch erforderlich, um die erforderliche umfassende und ausgewogene Würdigung der Qualifikation des Prüflings sicherzustellen.

Der in der Begründung auf Seite 84 angesprochene Erfüllungsaufwand für die Ärztekammern, die Kenntnisprüfungen durchführen, wird durch die Neufassung der Prüfung steigen. Die Bundesärztekammer schlägt deswegen einige Maßnahmen vor, die diesen Aufwand begrenzen können, ohne den Anspruch an die Prüfungen zu senken.

Die Einführung einer Regelung zur **Anrechnung einer im Ausland begonnenen, noch nicht abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung**, verbunden mit der Möglichkeit, die Ausbildung nach deutschem Recht beginnend mit dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung fortzuführen, wird ebenfalls positiv bewertet. Durch die Anforderung des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wird gewährleistet, dass alle erforderlichen Kenntnisse zur späteren Ausübung des ärztlichen Berufs erlernt wurden.

Die neu geschaffenen Möglichkeiten zur digitalen Durchführung des Anerkennungsverfahrens entsprechen der Forderung der Bundesärztekammer nach einer stärkeren Digitalisierung des Verfahrens. Der regelhafte Verzicht auf beglaubigte Dokumente darf jedoch nicht dazu führen, dass es Zweifel an der Echtheit von Dokumenten oder Qualifikationen gibt. Die praktischen Erfahrungen mit den neuen Verfahren sollten daher kritisch evaluiert werden.

Die Einführung einer **Mitteilungspflicht** zwischen den Ländern bei endgültigem Nichtbestehen der Kenntnisprüfung für den ärztlichen Bereich ist positiv, aber nicht ausreichend. Daher weist die Bundesärztekammer erneut auf ihre Forderung hin, die Abläufe im Anerkennungsverfahren zur Erlangung der Approbation stärker zu harmonisieren, um Doppelprüfungen, Zuständigkeitsfragen und Widersprüche zu vermeiden. Dies sollte in einer gemeinsamen **Datenbank** münden, in welcher die für den Austausch zwischen den Behörden erforderlichen Informationen hinterlegt sind.

Soweit es um die **Beschleunigung, Effizienz und Sorgfalt von Anerkennungsverfahren** für in Drittstaaten erworbene Abschlüsse von Ärztinnen und Ärzten geht, verweist die Bundesärztekammer nochmals auf ihr diesbezügliches **Positionspapier**, vgl. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Positionspapier_Anerkennungsverfahren_Stand_10.07.2025.pdf. Eine substantielle Verbesserung erfordert ein breites Spektrum von Maßnahmen, die den gesamten Prozess von der Information der antragstellenden Ärztinnen und Ärzte bereits im Herkunftsland über den Verlauf des Anerkennungsverfahrens bis zur Unterstützung der Integration auch über die Anerkennung hinaus umfassen müssen.

Hinsichtlich der Verankerung von Regelungen, die den **partiellen Zugang** betreffen, verweist die Bundesärztekammer auf ihre Ablehnung der diesbezüglichen Aufnahme in der Bundesärzteordnung, siehe Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 26.01.2026 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Beschleunigung_Anerkennungsverfahren_GE_SN_BAEK_26012026_final.pdf. In Fortsetzung der Argumentation wird ebenfalls die Verankerung entsprechender Regelungen in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) abgelehnt, da es sich bei der Personengruppe nicht um Ärztinnen und Ärzte handelt.

Ausdrücklich begrüßt die Bundesärztekammer die für das Praktische Jahr vorgesehenen Änderungen. Die Aufnahme einer modernen **Fehlzeitenregelung**, die u.a. zwischen Urlaub und Krankheit unterscheidet, greift zahlreiche Beschlüsse Deutscher Ärztetage auf.

Die Aufhebung der Begrenzung der Geld- und Sachleistungen im Praktischen Jahr (PJ) auf den BAföG-Höchstsatz ermöglicht den Krankenhäusern, die Höhe der Entschädigung frei festzulegen und damit – insbesondere im ländlichen Raum – Anreize für die Studierenden zu schaffen.

Die Aufhebung der Begrenzung darf allerdings nicht zu einem kontraproduktiven Wettbewerb um Studierende im Praktischen Jahr führen. In Umsetzung der Beschlusslage des Deutschen Ärztetages (vgl. u. a. Beschluss Ic-160 des 129. Deutschen Ärztetages 2025) fordert die Bundesärztekammer daher die Verankerung einer verbindlichen, bundeseinheitlichen Mindest-Aufwandsentschädigung direkt in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO). Diese gesetzliche Mindestentschädigung muss flächendeckend die Grundbedürfnisse des täglichen Lebens der Studierenden sichern und darf den aktuellen BAföG-Höchstsatz nicht unterschreiten.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Moderne Teilzeit-, Fehlzeiten- und Feiertagsregelungen in der ärztlichen Ausbildung

§ 3 Abs. 3 ÄApprO-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird eine Möglichkeit geschaffen, dass zusätzliche Fehlzeiten von bis zu zehn Ausbildungstagen aufgrund von Krankheit auf das Praktische Jahr angerechnet werden können, die innerhalb eines Ausbildungsabschnitts oder verteilt auf die Ausbildungsabschnitte anerkannt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Änderung wird zugestimmt, da eine klare Unterscheidung zwischen krankheitsbedingten und anderen Fehlzeiten sachgerecht ist. Dies wurde auch vom Deutschen Ärztetag gefordert, vgl. Beschlüsse Ic-129 und Ic-152 des 130. Deutschen Ärztetages 2026.

Ergänzend wird die Beibehaltung einer Härtefallregelung gefordert. Dies entspricht der Beschlusslage des 130. Deutschen Ärztetages 2026, der in den Beschlüssen Ic-129 sowie Ic-152 teils ergänzende Forderungen formuliert hat. Diese Beschlüsse bitten wir zu berücksichtigen, siehe hierzu auf den S. 279 ff. im Beschlussprotokoll des 130. DÄT unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/130.DAET/2026-05-15_Beschlussprotokoll_neu.pdf.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In § 3 Absatz 3 wird nach Satz 1 ergänzt

„Auf Antrag kann die zuständige Stelle über Satz 1 hinausgehende Fehlzeiten auf die Ausbildung anrechnen, wenn eine besondere Härte vorliegt und das Erreichen des Ausbildungsziels durch die Anrechnung nicht gefährdet ist.“

Anrechnung von Studienzeiten und Studienleistungen/Fortführung und Abschluss der ärztlichen Ausbildung

§ 12 ÄApprO-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Geregelt wird die Möglichkeit der Anrechnung von Zeiten eines im Inland betriebenen verwandten Studiums und Zeiten eines im Ausland betriebenen Medizinstudiums oder verwandten Studiums.

Darüber hinaus wird eine neue Regelung eingeführt, die es Personen, die eine ärztliche Ausbildung im Ausland begonnen aber noch nicht abgeschlossen haben, ermöglicht, das Medizinstudium nach dieser Verordnung beginnend mit dem Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung fortzuführen und abzuschließen.

Voraussetzung dafür ist, dass die antragstellende Person auf Grund einer das Hochschulstudium abschließenden Prüfung im Ausland die Berechtigung zur beschränkten Ausübung des ärztlichen Berufs erworben hat, der Abschluss der ärztlichen Ausbildung nach den Vorschriften des Staats, in dem die das Hochschulstudium abschließende Prüfung abgelegt worden ist, aus besonderen Gründen, die nicht in der Person der antragstellenden Person liegen, nicht möglich ist und die Person über die erforderlichen Sprachkenntnisse verfügt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer stimmt der Neuregelung für die Fortführung und den Abschluss der Auslandsausbildung zu. Insbesondere wird die Anforderung begrüßt, dass der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung absolviert werden muss. Dies stellt sicher, dass die theoretischen Kenntnisse aller relevanten Fächer erlernt wurden. Ein detaillierter Vergleich der im Ausland erbrachten Studien- und Prüfungsleistungen mit den nationalen Studien- und Prüfungsleistungen ist damit nicht erforderlich; dies entbürokratisiert das Verfahren,

beschleunigt die Anerkennungsprozesse und schafft eine transparente und rechtssichere Bewertungsgrundlage. Zugleich werden die zuständigen Stellen administrativ entlastet und eine einheitliche Behandlung der Antragstellenden gewährleistet.

Vorgaben zu den vorzulegenden Unterlagen

§ 33a ÄApprO-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 33a regelt Vorgaben für die einzureichenden Unterlagen für Anträge auf Berufserlaubnis, zur partiellen Berufsausübung und zur Approbationserteilung, die in Form von Abschriften oder elektronisch zu übermitteln sind. Ausweislich § 33a Absatz 1 Satz 2 kann eine Behörde in begründeten Ausnahmefällen Übersetzungen in deutscher Sprache verlangen, wenn Unterlagen nicht in deutscher oder englischer Sprache vorliegen.

Ebenfalls darf die Behörde Informationen zum Inhalt und zur Dauer der im Ausland absolvierten Ausbildung anfordern, vgl. § 33 Absatz 3.

Im Falle von begründeten Zweifeln an der Echtheit, der inhaltlichen Richtigkeit oder der Richtigkeit der Übersetzung der eingereichten Dokumente, dürfen binnen einer angemessenen Frist Originale, beglaubigte Abschriften oder weitere geeignete Dokumente eingefordert werden, vgl. § 33 Absatz 4.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht in den Regelungen eine Vereinfachung für Antragsteller und Behörden, die der Beschleunigung der Verfahren dient, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Zudem begrüßt die Bundesärztekammer vor allem im Hinblick auf die Patientensicherheit, dass in jedem Fall Nachweise zu erbringen sind, die den Antragsteller zweifelsfrei als Arzt identifizieren.

Kritisch zu bewerten ist jedoch die Regelung in § 33a Abs. 1 Satz 2, wonach Behörden Übersetzungen von Dokumenten, die nicht in deutscher oder englischer Sprache eingereicht wurden, lediglich „in begründeten Ausnahmefällen“ verlangen können. Damit werden die Behörden vor erhebliche Hürden gestellt. Die Regelung geht faktisch vom Grundfall aus, dass regelhaft nicht in deutscher oder englischer Sprache verfasste Dokumente durch die Behörden geprüft werden müssen. Zudem widerspricht die Regelung auch der Begründung im Verordnungsentwurf. Dort heißt es: *„Sollten diese Dokumente in der zuständigen Behörde nicht weiter bearbeitet werden können, da beispielsweise das Personal nicht über die entsprechenden Sprachkenntnisse verfügt, kann die Behörde Übersetzungen in deutscher oder englischer Sprache verlangen.“* Diese Begründung spiegelt aus Sicht der Bundesärztekammer nicht einen begründeten Ausnahmefall wider, sondern dürfte in einer Vielzahl von Fällen vorkommen. Auch die Vorlage von Dokumenten in englischer Sprache dürfte bereits zu Rechtsunsicherheit führen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass flächendeckend und ausnahmslos die Mitarbeitenden der Behörden die englische (Fach-)Sprache beherrschen. Darüber hinaus ist gem. § 23 Verwaltungsverfahrensgesetz die Amtssprache deutsch. Insgesamt bleibt daher unklar, welche Sprachkompetenz bei Mitarbeitenden einer Behörde genügen, um einen „begründeten Ausnahmefall“ zu verneinen oder ggf. zu bejahen.

Zwar sieht der Verordnungsentwurf vor, dass bei begründeten Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit der Dokumente Originale oder beglaubigte Abschriften verlangt werden können. Eine ausdrückliche Regelung zur Plausibilitätsprüfung der

eingereichten Unterlagen vor Zulassung zur Kenntnisprüfung enthält der Entwurf jedoch nicht. Gerade eine solche vorgelagerte Plausibilitätskontrolle ist jedoch erforderlich, um die Nachvollziehbarkeit und Belastbarkeit der vorgelegten Nachweise sicherzustellen und Missbrauchsrisiken wirksam begegnen zu können. Zudem wird der Nachweis "begründeter Zweifel" durch die Behörde schwierig zu führen sein und führt vielmehr zu einer faktischen Beweislastumkehr, die den Antragsteller einseitig privilegiert und ggf. zu Lasten des öffentlichen Interesses an einem verlässlich belegten und nachvollziehbaren Sachverhalt geht.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Anforderung „in begründeten Ausnahmefällen“ in § 33a Absatz 1 Satz 2 sowie der Anforderung der „begründeten Zweifel“ in § 33a Absatz 4 Satz 1.

Erlaubnis zur partiellen Berufsausübung

§§ 35c ff. ÄApprO-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit §§ 35c ff. werden zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG Verfahrensregelungen zur Erteilung einer Erlaubnis zur partiellen Berufsausübung für den ärztlichen Bereich eingeführt. Die Regelungen betreffen u. a. beizubringende Unterlagen (Identitätsnachweis, Lebenslauf, Bescheinigung über Berufsqualifikation etc.) sowie Nachweise über die Kenntnisse der deutschen Sprache, die der zuständigen Behörde eine Beurteilung darüber erlauben, in welchem Umfang der Antragsteller über die zur partiellen Berufsausübung erforderlichen Sprachkenntnisse verfügt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnte bereits in ihren Stellungnahmen vom 11.08.2025 und 26.01.2026 zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen eine Verankerung des partiellen Zugangs in der Bundesärzterordnung ab, vgl.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Beschleunigung_Anerkennungsverfahren_GE_SN_BAEK_26012026_final.pdf. Bei Personen, die einen Teilzugang erhalten sollen, handelt es sich nicht um eine Ärztin oder einen Arzt.

Vor diesem Hintergrund werden auch die Regelungen zur partiellen Berufsausübung in der ÄApprO abgelehnt, da es sich bei der betreffenden Personengruppe nicht um Ärzte handelt.

Unklar bleibt weiterhin, ob für diese Personengruppe auch eine Mitgliedschaft in der Ärztekammer umfasst sein soll. Es stellen sich daher Fragen nach der Kammermitgliedschaft, der Beitragspflicht, nach der Anwendbarkeit der Berufsordnungen, der Überwachung der ärztlichen Berufspflichten sowie auch die Frage, ob ein Arztausweis auszustellen ist, mit dem z. B. der Zugang zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln möglich wäre. Dies wird aus dem bereits genannten Grund abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelung des Antrags und der Erlaubnis zur partiellen Berufsausübung und Neuregelung im entsprechenden Fachgesetz

Berufszulassungsprüfung/Kenntnisprüfung

§ 37 ÄApprO-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 37 regelt die Ausgestaltung der Kenntnisprüfung als Berufszulassungsprüfung. Der Antragsteller hat nachzuweisen, dass er über die Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, die zur **eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufs** erforderlich sind. Die Kenntnisprüfung ist als mündlich-praktische Prüfung ausgestaltet, der eine patientenbezogene Prüfungsvorbereitung vorangestellt ist, und soll in Form einer staatlichen Prüfung vor einer staatlich bestellten Prüfungskommission in deutscher Sprache abgelegt werden.

Die patientenbezogene Prüfungsvorbereitung besteht aus einer Anamneseerhebung, einer Patientenuntersuchung sowie der Erstellung eines schriftlichen Berichts. Die Anamneseerhebung und die Patientenuntersuchung dauern höchstens 30 Minuten. Im Anschluss an die Anamneseerhebung und Untersuchung hat der Antragsteller in maximal 60 Minuten einen schriftlichen Bericht zu erstellen, der Anamnese, Diagnose, Prognose, Behandlungsplan sowie eine Epikrise des Falles enthält. Die Prüfungskommission hat dem Antragsteller für die patientenbezogene Prüfungsvorbereitung **einen Patienten oder Simulationspatienten** zuzuweisen.

In der anschließenden Kenntnisprüfung hat der Antragsteller das Ergebnis der patientenbezogenen Prüfungsvorbereitung vorzustellen. Die Fragestellungen der Kenntnisprüfung erstrecken sich zunächst hierauf sowie auf den dazu angefertigten Bericht. Die weiteren Fragestellungen und praktischen Aufgaben der Kenntnisprüfung umfassen die beiden Fächer Innere Medizin und Chirurgie sowie die Notfallmedizin, die klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie, bildgebende Verfahren, den Strahlenschutz, den rechtlichen Rahmen der ärztlichen Berufsausübung sowie die ärztliche Gesprächsführung. Besondere Aspekte der verschiedenen Alters- und Patientengruppen sind in die Fragestellungen und praktischen Aufgaben angemessen einzubeziehen.

Kenntnisprüfung und die patientenbezogene Prüfungsvorbereitung finden an einem Tag statt.

Die Kenntnisprüfung wird vor einer Prüfungskommission abgelegt, die aus zwei Prüfern sowie jeweils einem Stellvertreter besteht. Als Prüfer und Stellvertreter werden Professoren, andere Lehrkräfte der Universität oder Fachärzte aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung bestellt. Mindestens ein Prüfer muss einem der Fächer nach Absatz 3 Satz 3 Satz 1 angehören, d. h. dem Fach Innere Medizin oder Chirurgie.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer befürwortet viele der neu geregelten Aspekte der Kenntnisprüfung, insbesondere ihre Ausgestaltung als Berufszulassungsprüfung. Positiv hervorzuheben sind die expliziten zeitlichen Vorgaben sowie die obligate Anfertigung eines schriftlichen Patientenberichts.

Es stellt sich allerdings die Frage, warum die Anamneseerhebung und Untersuchung des Patienten lediglich als Prüfungsvorbereitung bezeichnet wird und explizit nicht als Teil der Prüfung gilt. Bislang besteht die Kenntnisprüfung, die ebenfalls als mündlich-praktische Prüfung ausgestaltet ist, aus drei Teilen: der Patientenuntersuchung und Anamneseerhebung (Teil 1), die Erstellung des Berichtes (Teil 2) und sich daran anschließend die mündlich-praktische Prüfung (Teil 3). Mit der Neuausgestaltung wird der Eindruck vermittelt, dass die "patientenbezogene Prüfungsvorbereitung" und damit die

bisherigen Teile 1 und 2 nicht originärer Teil der Kenntnisprüfung sind, sondern dieser vorangestellt werden. Gemäß § 37 Abs. 5 ÄApprO-E hat der Prüfende jedoch in der mündlich-praktischen Kenntnisprüfung das Ergebnis der patientenbezogenen Prüfungsvorbereitung vorzustellen. Auch etwaige Fragen in der Kenntnisprüfung erstrecken sich auf diesen patientenbezogenen Prüfungsvorbereitungsteil und auch auf den zu erstellenden Bericht. Für das Prüfungsergebnis wird in § 37 Abs. 11 ÄApprO-E formuliert, dass die Leistungen der originären Kenntnisprüfung einschließlich des Berichts bewertet werden. Es wird deutlich, dass für die Bewertung des Prüfungsergebnisses alle drei Teile herangezogen werden. Daher sollte auch die "patientenbezogene Prüfungsvorbereitung" ausdrücklich als Teil der Kenntnisprüfung definiert und verstanden werden.

Zudem ist es nach der aktuellen ÄApprO (§ 37 Abs. 2 Satz 2) möglich, in begründeten Einzelfällen die Patientenvorstellung auch mit Hilfe von Simulatoren, Modellen oder Medien durchzuführen. Dies sollte auch weiterhin zulässig sein, weil in einigen Bundesländern bzw. Ärztekammerbereichen damit positive Erfahrungen gesammelt worden sind.

Die Bundesärztekammer rät außerdem dazu, die Berichtserstellung um schriftliche Fragen zu ergänzen. So könnte grundlegendes medizinisches Wissen in Verbindung mit den bei der Patientenvorstellung relevanten Krankheitsbildern unmittelbar geprüft werden, ohne dass die Kandidatin oder der Kandidat die Zeit zwischen Berichtserstellung und mündlich-praktischer Prüfung nutzen kann, um evtl. Wissenslücken durch Hilfsmittel auszugleichen.

Die Tatsache, dass dem Prüfling damit zwischen Patientenuntersuchung/Erstellung des Berichts und mündlich-praktischer Prüfung Zeit bleibt, um sich ggf. spezifisch vorzubereiten, kann bei der mündlich-praktischen Prüfung berücksichtigt werden. Unter dem Gesichtspunkt der erhöhten Anforderungen ist auch der § 37 Absatz 4 ÄApprO-E zu betrachten, in dem es heißt: *„Die patientenbezogene Prüfungsvorbereitung besteht aus einer Anamneseerhebung, einer Patientenuntersuchung sowie der Erstellung eines schriftlichen Berichts. Sie findet unter Aufsicht eines Prüfers statt.“* Dies könnte so verstanden werden, dass auch die Berichterstellung, die ja bis zu 60 Minuten dauern kann, von einem Prüfer beaufsichtigt werden müsste. In der Begründung des Verordnungsentwurfes hierzu wird ausgeführt: *„Die patientenbezogene Prüfungsvorbereitung nach § 37 Absatz 4 besteht aus einer Anamneseerhebung, einer Patientenuntersuchung sowie der Erstellung eines schriftlichen Berichts. Die Aufgabe besteht darin, eine Patientin oder einen Patienten, welche oder welchen die antragstellende Person nicht kennt, zu untersuchen und eine Anamnese zu erheben. Während der gesamten Dauer der maximal 30-minütigen patientenbezogenen Prüfungsvorbereitung ist die Anwesenheit einer Prüferin oder eines Prüfers verpflichtend.“* Unklar ist daher, ob die Anwesenheit nur bei der Anamneseerhebung (bzw. Patientenuntersuchung) zwingend ist.

Hinsichtlich der Anwesenheit des Prüfers bei der Berichterstellung ist aus Sicht der Bundesärztekammer sachlich nicht notwendig, dass diese Aufsicht durch einen der Prüfer erfolgen muss; sie kann auch durch eine andere Aufsichtsperson erfolgen. Um Rechtssicherheit zu schaffen, wäre eine Klarstellung zumindest in der Begründung wünschenswert.

Eine Verkleinerung der Prüfungskommission von bislang drei auf zwei prüfende Personen wird abgelehnt. Inhalt der Kenntnisprüfung sollen neben der Inneren Medizin und Chirurgie die in § 37 Abs. 3 ÄApprO-E genannten weiteren Bereiche sein, die zentrale Querschnittsbereiche widerspiegeln: Notfallmedizin, klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie, bildgebende Verfahren, Strahlenschutz, der rechtliche Rahmen der ärztlichen Berufsausübung sowie die ärztliche Gesprächsführung. Diese treten zwar nicht jeweils einzeln, aber in ihrer Gesamtheit im Sinne eines „Blocks“ neben die Innere Medizin

und die Chirurgie. Daher muss dieser Block auch in einem ausgewogenen Verhältnis geprüft und einem Prüfer zugeordnet werden können. Der aktuelle Regelungsvorschlag, wonach nur ein Prüfer Internist oder Chirurg sein muss, ermöglicht eine Vielzahl von Fachgebietskombinationen, die die inhaltliche Balance verschieben; Prüfungskommissionen, die ausschließlich mit Internisten oder Chirurgen besetzt sind, wären nicht ausgeschlossen; auch nicht Prüferkonstellationen, in welchen entweder die Innere Medizin oder die Chirurgie ggf. nicht adäquat geprüft würden. Daher sollten der Prüfungsausschuss drei Prüfer angehören, davon ein Internist, ein Chirurg sowie ein weiterer Facharzt aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Aus der Formulierung in § 37 Abs. 8 Satz 1 „der Fächer nach Absatz 3 Satz 1 oder aus einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung“ wird nicht klar, ob sie sich nur auf die nicht dem Lehrkörper angehörenden Fachärzte bezieht oder auch die Mitglieder des Lehrkörpers meint. Auf eine Einschränkung sollte verzichtet werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

In § 37 Absatz 2 Satz 1 ÄApprO-E sind nach dem Komma die Wörter „der eine patientenbezogene Prüfungsvorbereitung vorangestellt ist“ zu streichen und durch die Wörter „die einen patientenbezogenen Prüfungsteil enthält“ zu ersetzen; die Formulierung lautet dann wie folgt: „Die Kenntnisprüfung ist eine mündlich-praktische Prüfung, *die einen patientenbezogenen Prüfungsteil enthält.*“

In § 37 Absatz 4 und Absatz 5 ÄApprO-E sind dementsprechend die Wörter „Die patientenbezogene Prüfungsvorbereitung“ zu streichen und jeweils zu ersetzen durch:

„patientenbezogener Prüfungsteil“

In § 37 Absatz 4 ist nach Satz 3 der folgende Satz zu ergänzen *„In begründeten Ausnahmefällen können Simulatoren, Modellen oder Medien eingesetzt werden; § 11 a gilt entsprechend.“*

In § 37 Absatz 7 Satz 1 ÄApprO-E wird „zwei Prüfern“ ersetzt durch „drei Prüfern“.

In § 37 Absatz 7 Satz 2 ÄApprO-E wird „beiden Prüfer“ ersetzt durch „drei Prüfer“.

In § 37 Abs. 8 Satz 1 wird „der Fächer nach Absatz 3 Satz 1 oder“ gestrichen.

§ 37 Abs. 8 Satz 2 wird gestrichen und ersetzt durch *„Mindestens ein Prüfer muss dem Gebiet Innere Medizin und ein Prüfer dem Gebiet Chirurgie angehören.“*

Mitteilungspflicht bei Nichtbestehen der Kenntnisprüfung

§ 37a ÄApprO-E

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 37a führt eine Mitteilungspflicht zwischen den Ländern bei endgültigem Nichtbestehen der Kenntnisprüfung nach zweimaliger Wiederholung für den ärztlichen Bereich ein. Danach unterrichten die nach Landesrecht zuständigen Stellen die nach Landesrecht

zuständigen Stellen der anderen Länder, wenn die Kenntnisprüfung von einem Antragsteller nach zweimaliger Wiederholung nicht bestanden worden ist.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer befürwortet grundsätzlich die Etablierung einer Mitteilungspflicht zwischen den Ländern, da diese einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Doppelverfahren und zur Sicherstellung der Einheitlichkeit der Anerkennungsstandards leistet. Die im Entwurf vorgesehene Beschränkung auf die Mitteilung nach endgültigem Nichtbestehen der Kenntnisprüfung nach zweimaliger Wiederholung reicht jedoch aus Sicht der Bundesärztekammer nicht aus, um die genannten Ziele effektiv zu erreichen.

Die Bundesärztekammer sieht eine Erweiterung der Mitteilungspflicht auf die Anmeldung zur Kenntnisprüfung und jedes Nicht-Bestehen der Prüfung für notwendig, um parallele Doppelverfahren und einen etwaigen „Prüfungstourismus“ zwischen den Ländern zu vermeiden und somit den Verwaltungsaufwand zu begrenzen. Die derzeitige Regelung ermöglicht es Antragstellern, parallel in mehreren Ländern Anträge auf Erteilung der Approbation zu stellen, ohne dass die zuständigen Behörden Kenntnis von bereits laufenden oder abgeschlossenen Verfahren in anderen Ländern haben. Dies führt zu unnötigem Verwaltungsaufwand und Ressourcenverschwendung. Die Möglichkeit, nach einem nicht bestandenen Prüfungsversuch in einem Bundesland die Prüfung in einem anderen Bundesland zu wiederholen, ohne dass die zuständigen Behörden über die vorherigen Versuche informiert sind, gefährdet die Einheitlichkeit der Prüfungsstandards und untergräbt das Vertrauen in die Qualität des Anerkennungsverfahrens. Eine frühzeitige Information über bereits laufende oder abgeschlossene Verfahren ermöglicht den zuständigen Behörden, ihre Ressourcen gezielter einzusetzen und Doppelprüfungen zu vermeiden. Dies entspricht dem Grundsatz der Verfahrensökonomie und dient der Entlastung der Verwaltung. Die Kenntnis über vorherige Prüfungsversuche und deren Ergebnisse ist für die Bewertung der fachlichen Eignung eines Antragstellers relevant. Eine lückenlose Information der zuständigen Behörden trägt dazu bei, dass nur solche Personen eine Approbation erhalten, die über die für die Ausübung des ärztlichen Berufs erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen.

Die Bundesärztekammer hatte hierzu in ihrem Positionspapier (https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Positionspapier_Anerkennungsverfahren_Stand_10.07.2025.pdf) bereits angeregt, das Anerkennungsverfahren zur Erlangung der Approbation stärker zentralisiert werden sollten, um Doppelprüfungen, Zuständigkeitsfragen und Widersprüche zu vermeiden. Eine wirksame Zentralisierung bedeutet, dass alle Anträge bei einer Stelle eingereicht werden. Hier sollte auch eine Vorprüfung der Dokumente in Hinblick auf Vollständigkeit, Echtheit und Plausibilität erfolgen. Zugleich wäre auf diese Weise sichergestellt, dass Antragstellende nur ein Anerkennungsverfahren auslösen und Redundanzen in den Approbationsbehörden verschiedener Bundesländer verhindert werden.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten die Informationen zudem in einem zu etablierenden Register über alle Verfahren auf Erteilung der Approbation, der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs oder der Erlaubnis zur partiellen Berufsausübung („Ärztliches Approbationsregister Deutschland“) hinterlegt werden, auf welches die beteiligten Behörden Zugriff haben. Eine solche Datenbank hatte die Bundesärztekammer bereits im Rahmen ihrer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen (BT-Drs. 21/3207) vom 26.01.2026 als Regelung für die Bundesärzteordnung vorgeschlagen. Ein zentrales Register ermöglicht eine effiziente und lückenlose Erfassung aller relevanten

Verfahren und deren Ergebnisse. Dies ist zielführender als die im Entwurf vorgesehene individuelle Abfrage bei den anderen Ländern, die einen enormen Verwaltungsaufwand mit sich bringen würde. Ein automatisiertes Abrufverfahren oder die Nutzung einer gemeinsamen Datenbank sollte den Aufwand gegenüber einer Einzelabfrage auf Verlangen erheblich verringern. Dies entspricht modernen Standards der Verwaltungsdigitalisierung und dient der Beschleunigung der Verfahren. Zugriff sollten neben den Approbationsbehörden auch die Ärztekammern haben, damit in diesem Rahmen relevante Daten einfließen können. So liegen beispielsweise den Ärztekammern die Daten vor, welche Ärztinnen und Ärzte in ihrem Zuständigkeitsbereich mit einer Approbation oder Berufserlaubnis tätig sind. In das Register müssen auch Informationen einfließen, die den Approbationsbehörden über den IMI-Vorwarnmechanismus zugeleitet werden und in Deutschland registrierte Ärztinnen und Ärzte betreffen. Dies trägt dazu bei, dass Informationen über Sanktionen oder Berufsverbote in anderen EU-Staaten berücksichtigt werden. Ein zentrales Register trägt zur Rechtssicherheit und Transparenz im Anerkennungsverfahren bei. Es ermöglicht eine lückenlose Dokumentation aller Verfahren und Entscheidungen und erleichtert die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen. Die Einrichtung eines zentralen Registers ist verhältnismäßig, da der Schutz der Gesundheit und Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie die Qualitätssicherung der ärztlichen Gesundheitsversorgung ein überragendes Gemeinwohlinteresse darstellen. Die datenschutzrechtlichen Anforderungen können durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen gewährleistet werden. Dieser Vorschlag der Bundesärztekammer sollte im Rahmen eines weiteren Gesetzgebungsverfahrens zur Änderung der Bundesärzteordnung alsbald aufgegriffen werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 37a wird gestrichen und wie folgt gefasst:

„(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen unterrichten die nach Landesrecht zuständigen Stellen der anderen Länder unverzüglich über

- 1. die Anmeldung zur Kenntnisprüfung,*
- 2. jedes Nicht-Bestehen der Kenntnisprüfung und*
- 3. das endgültige Nichtbestehen der Kenntnisprüfung nach zweimaliger Wiederholung.*

(2) Die Mitteilungen nach Absatz 1 können schriftlich oder elektronisch erfolgen.“

Die Bundesärztekammer schlägt überdies vor, folgende Regelung im Rahmen eines entsprechend dringend notwendigen Gesetzesvorhabens in die **Bundesärzteordnung** aufzunehmen:

„§ 3a Ärztliches Approbationsregister Deutschland

(1) Die nach § 12 zuständigen Behörden führen ein bundesweites Verzeichnis über bereits erteilte und zurückgenommene Approbationen und Erlaubnisse zur Ausübung des ärztlichen Berufs sowie alle Verfahren auf Erteilung der Approbation und der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs. Das Verzeichnis wird als ‚Ärztliches Approbationsregister Deutschland‘ bezeichnet.

(2) Das Verzeichnis dient dem Schutz der Gesundheit und Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie der Qualitätssicherung der ärztlichen Gesundheitsversorgung.

(3) Die Länder können zum Zweck des Datenaustauschs ein Land oder eine gemeinsame Stelle beauftragen.

(4) Die nach § 12 zuständigen Behörden sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten zu übermitteln.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung von Sachverständigen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bis zum 31. Dezember 2027 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Absatz 1 zu regeln, insbesondere

- 1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,*
- 2. Angaben, die das Verzeichnis mindestens enthalten muss,*
- 3. die Art, den Abgleich, insbesondere im Wege eines automatisierten Abrufverfahrens, und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Angaben,*
- 4. das Verfahren der kontinuierlichen Aktualisierung sowie das Verfahren zur Löschung von Einträgen,*
- 5. die technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit und Sicherheit des Verzeichnisses und*
- 6. die sächlichen und personellen Voraussetzungen für die Verarbeitung der Angaben sowie die sonstigen Anforderungen an die Verarbeitung der Angaben.*

(6) Zugriff auf das Verzeichnis haben die nach § 12 zuständigen Behörden sowie die Ärztekammern.“

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Masterplan Medizinstudium 2020

Die Bundesärztekammer appelliert zudem an den Gesetzgeber, die ÄApprO im Hinblick auf den Masterplan Medizinstudium 2020 umzusetzen und verweist auf ihre Stellungnahme vom 10.08.2023 zum überarbeiteten Referentenentwurf einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung, siehe

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/Aenderung_Approbationsordnung_ueberarbeiteter_Referentenentwurf_SN_BAEK_10082023.pdf. Zudem müssen Bund und Länder ihre Verantwortung wahrnehmen und die Reform vollständig finanzieren. Dies entspricht auch der Beschlusslage des diesjährigen 130. DÄT, vgl. **Drs. Ib-16** auf S. 107 f. im Beschlussprotokoll unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/130.DAET/2026-05-15_Beschlussprotokoll_neu.pdf.

Patientenschutz in § 6 BÄO etablieren

A) Begründung

Den Ärztekammern werden bei ihrer Aufgabenerledigung im Zusammenhang mit der Berufsaufsicht Fälle bekannt, bei denen sich der Verdacht auf sexuelle Übergriffe gegenüber Patientinnen und Patienten ergibt. Dabei werden die Vorstände der Kammern vereinzelt auch mit Kammermitgliedern konfrontiert, denen gegenüber über viele Jahre immer wieder derselbe Vorwurf erhoben wird: sexueller Missbrauch im Behandlungsverhältnis, auch

gegenüber Kindern und Jugendlichen. Aus vielfältigen Gründen kommt es jedoch über Jahre nicht zu einer strafrechtlichen Verurteilung. Häufig werden Strafverfahren eingestellt. Es ist der Bundesärztekammer daher ein wichtiges Anliegen, den Patientenschutz im Berufszulassungsrecht zu stärken.

§ 6 Absatz 1 Nummer 1 BÄO regelt zwar die Möglichkeiten der Ruhensanordnung, jedoch nur im Rahmen der **Einleitung eines Strafverfahrens wegen des "Verdachts" einer Straftat**. Ein Widerruf der Approbation erfolgt u. a. nur, wenn nachträglich die Voraussetzung des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BÄO (Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit) weggefallen ist. Für einen Entzug der Approbation bestehen mit Blick auf das Grundrecht der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG hohe rechtliche Hürden. Kommt es zur Einstellung eines Verfahrens gemäß § 153a StPO, das heißt, es wird von der Verfolgung unter Auflagen und Weisungen abgesehen, führt dies häufig zu unbefriedigenden Ergebnissen, selbst wenn von dem Inhaber der Approbation eine Wiederholungsgefahr ausgeht.

Es sollte daher möglich sein, auch nach dem Abschluss eines Strafverfahrens bei ausreichenden Anzeichen für die Gefährdung von Patientinnen und Patienten die Approbation ganz oder teilweise zum Ruhen zu bringen zu können, bis eine erhebliche Gefährdung nicht mehr anzunehmen ist. So könnte beispielsweise geregelt werden, ab einer gewissen Wahrscheinlichkeit der Gefährdung besonders vulnerabler Patientengruppen approbationsrechtliche Maßnahmen zu ermöglichen, welche die Berufsfreiheit nur in Bezug auf die gefährdete Patientengruppe, etwa Kinder oder Jugendliche, einschränken. Die betreffende Ärztin oder der betreffende Arzt könnte dann bezogen auf die betreffende Patientengruppe nur noch gutachterlich tätig sein oder sich einem anderen Gebiet der Medizin zuwenden.

Die Möglichkeit der Anordnung eines teilweisen Ruhens der Approbation würde den Approbationsbehörden im Sinne der Verhältnismäßigkeit der Anordnung ggf. niedrigschwelligere Handlungsoptionen für den Patientenschutz eröffnen.

B) Ergänzungsvorschlag

Daher schlägt die Bundesärztekammer vor, **§ 6 BÄO** wie folgt anzupassen:

"(1) Das Ruhen der Approbation kann angeordnet werden, wenn

1. gegen den Arzt wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergeben kann, ein Strafverfahren eingeleitet ist,

(...)

(2) Das Ruhen der Approbation nach Absatz 1 Nr. 1 kann ganz oder bezogen auf bestimmte Tätigkeiten und Beschäftigungsstellen auch nach Abschluss des Strafverfahrens angeordnet werden, um sicherzustellen, dass von dem Arzt keine erhebliche Gefahr für Patientinnen oder Patienten ausgeht.

(23) Die Anordnung ist aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

*(24) Der Arzt, dessen Approbation ruht, darf den ärztlichen Beruf **gemäß der Anordnung** nicht ausüben.*

*(45) Die zuständige Behörde kann zulassen, dass die Praxis eines Arztes, dessen Approbation **ganz oder teilweise ruht**, für einen von ihr zu bestimmenden Zeitraum durch einen anderen Arzt weitergeführt werden kann."*