



Ausarbeitung

**Zur aktuellen Diskussion über die Einführung eines Facharztstitels
für Notfallmedizin**

Zur aktuellen Diskussion über die Einführung eines Facharztstitels für Notfallmedizin

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 024/23
Abschluss der Arbeit: 09.05.2023
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	4
2.	Aktuelle Herausforderungen in der medizinischen Notfall- und Akutversorgung	5
3.	Rechtsgrundlagen der ärztlichen Weiterbildung	8
3.1.	Reichweite der gesetzgeberischen Kompetenz des Bundes	8
3.2.	Gesetzgebung der Länder zur Regelung des Facharztwesens	9
3.3.	Satzungsbestimmungen der Landesärztekammern	11
3.3.1.	Die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer	12
3.3.2.	Zusatz-Weiterbildung für Notfallmedizin	13
3.3.3.	Länderübergreifende Anerkennung von Facharztbezeichnungen	14
4.	Notfallmedizinische Weiterbildung im europäischen Raum	14
4.1.	Europäische Länder mit der Facharztqualifikation für „Unfall- und Notfallmedizin“	15
4.2.	Anerkennung ärztlicher Berufsqualifikationen	16
5.	Reaktionen auf den Reformvorschlag	18

1. Vorbemerkung

Seit einigen Jahren wird eine Reform der Notfallversorgung gefordert. In diesem Zusammenhang wird auch die Einführung eines Facharzttitels für Notfallmedizin und eine damit einhergehende Etablierung der Notfallmedizin als eigene Fachdisziplin diskutiert.¹ Im Koalitionsvertrag verständigten sich die Koalitionspartner auf eine strukturelle Neuaufstellung der Notfallmedizin.² Die darin angekündigte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung³ stellte am 13. Februar 2023 im Rahmen einer geplanten umfassenden Krankenhausreform ihre Empfehlungen für eine Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland vor – mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten in medizinischen Notfällen an Krankenhäusern künftig schneller und effektiver versorgen zu können.⁴ Ergänzend zu den schwerpunktmäßigen Empfehlungen für den Aufbau von flächendeckend integrierten Notfallzentren (INZ) sowie integrierten Leitstellen (ILS) empfiehlt die Regierungskommission eine notfallmedizinische Professionalisierung und Qualifizierung und schlägt neben der Entwicklung eines Fachabteilungsschlüssels für Notaufnahmen insbesondere die Einführung eines Facharzttitels für Notfallmedizin vor.⁵

Diese Arbeit befasst sich auftragsgemäß mit der Empfehlung der Regierungskommission im Hinblick auf die Möglichkeit einer Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Notfallmedizin. Zunächst wird die aktuelle Problemlage in der Notfall- und Akutmedizin skizziert, anschließend werden die rechtlichen Vorgaben und insbesondere die Gesetzgebungskompetenzen für die ärztliche Weiterbildung beleuchtet. Ein weiteres Kapitel nimmt in den Blick, in welchen europäischen Ländern bereits eine Facharztqualifikation für Notfallmedizin erworben werden kann und

-
- 1 Siehe hierzu Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink u. a. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Im Notfall gut versorgt – Patientengerechte Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 19/5909) sowie Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Juni 2018, S. 555, Rn. 919, abrufbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 9. Mai 2023.
 - 2 Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), S. 84/85, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800>.
 - 3 Die im Mai 2022 eingerichtete Regierungskommission veröffentlichte bisher vier Empfehlungen, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen. Zu den Empfehlungen der Regierungskommission siehe Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Stand: 13. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>.
 - 4 Bundesgesundheitsministerium (BMG), Neues Reformkonzept für Notfallversorgung - Lauterbach: Patienten in Not schnell und effektiv helfen, Pressemitteilung vom 13. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/neues-reformkonzept-fuer-notfallversorgung-13-02-2023.html>.
 - 5 Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, S. 16 ff., abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf.

welche Regelungen zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen bestehen. Zuletzt werden Reaktionen auf den Vorschlag der Einführung eines Facharztstitels für Notfallmedizin aufgezeigt.

2. Aktuelle Herausforderungen in der medizinischen Notfall- und Akutversorgung

Beim Vorliegen eines subjektiven Notfalls können sich Patientinnen und Patienten in Deutschland nach eigenem Ermessen an den ärztlichen Bereitschaftsdienst (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte), die Notaufnahme im Krankenhaus oder den Rettungsdienst wenden.⁶ Gerade den Rettungsstellen bzw. Notaufnahmen in den Krankenhäusern kommt eine bedeutsame Schnittstellenfunktion zu, da die Versorgung notfallmedizinischer Patientinnen und Patienten von den Gesamtaufnahmen eines Krankenhauses zwischen 30 und 50 Prozent ausmacht.⁷ Zur Schlüsselrolle der Notaufnahmen erklärt die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme e. V. (DGINA), dass gerade in den ersten Stunden einer akut aufgetretenen Erkrankung die entscheidenden Weichen gestellt werden und eine zielgerichtete, rasche Diagnostik und Therapie von Notfallpatienten Leben retten sowie Krankheitsverläufe und Liegezeiten verkürzen und so gleichzeitig zum ökonomischen Erfolg eines Krankenhauses entscheidend beitragen kann.⁸

Schwer erkrankte Patientinnen und Patienten werden in den Krankenhäusern sowohl stationär als auch ambulant notfallmedizinisch versorgt. Die Verpflichtung zur Teilnahme an der Notfallversorgung kann sich in Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses auf das Leisten einer Erstversorgung und die Weiterverlegung in eine geeignete Klinik oder in die ambulante Weiterversorgung beschränken.⁹ Im Jahr 2021 betrieben von insgesamt 1.886 Krankenhäusern ca. 82 Prozent – und damit 1.555 Krankenhäuser – Notfallambulanzen.¹⁰

6 Einen Überblick über die zuständigen Institutionen, deren Aufgaben sowie die Organisation und Finanzierung der Notfallversorgung in Deutschland bietet die Arbeit der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages, Überblick über die Notfallversorgung in Deutschland, Institutionen, Organisation und Finanzierung, Sachstand vom 10. Juni 2022, WD 9 - 3000 - 042/22.

7 Stockfisch, Verena, Deutsche Notfallmedizin im Spannungsfeld von Ethik und Ökonomie, Auswirkungen des fehlenden Facharztes für Notfallmedizin auf die Qualität der Patientenversorgung, Hamburg 2015, S. 51.

8 Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme e. V. (DGINA), Europäisches Curriculum für Notfallmedizin, Mai 2009, abrufbar unter <https://eusem.org/images/pdf/curriculumgerman.pdf>.

9 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Juni 2018, S. 555, abrufbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf.

10 Statistisches Bundesamt, 9,8 Millionen Behandlungen in Notfallambulanzen im Jahr 2021, Zahl der Woche Nr. 51 vom 20. Dezember 2022, abrufbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2022/PD22_51_p002.html.

Die Zahl der Inanspruchnahmen der Notaufnahmen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. So hat sich die Zahl der in den Krankenhäusern behandelten Notfallpatientinnen und Notfallpatienten von 14,9 Millionen im Jahr 2009 auf 19,1 Millionen im Jahr 2019 und damit um 28 Prozent erhöht.¹¹ Dieser Trend führt nach Einschätzung von Experten dazu, dass sowohl die Patientensicherheit als auch die Mitarbeiterzufriedenheit sinke und die Behandlung vital bedrohter Patientinnen und Patienten durch hohe Wartezeiten und einer zunehmenden Leistungsverdichtung in der Notfallversorgung nicht mehr gewährleistet werden könne.¹² Aufgrund der stetig steigenden Inanspruchnahme der ärztlichen Notdienste bestehe daher aktuell die drängende Aufgabe der Sicherstellung der flächendeckenden präklinischen und innerklinischen Notfallversorgung.¹³

Als Ursachen für die gestiegene Inanspruchnahme der Notfallmedizin werden der demographische Wandel, eine zunehmende Multimorbidität der Bevölkerung, die Reduktion alternativer, auch ambulanter Versorgungsstrukturen, die Veränderung der präklinischen Notfallversorgung und eine Etablierung von überregionalen Netzwerken ausgemacht.¹⁴ Neben diesen Entwicklungen hätten insbesondere eine mangelnde Transparenz in den Notfallversorgungsstrukturen und die strikte Trennung der Sektoren zur Folge, dass vor allem die Zahl der Selbstvorsteller in der Notfallaufnahme steige und Krankenhäuser einen immer größer werdenden Anteil der ambulanten Notfallversorgung leisten müssten.¹⁵ In diesem Zusammenhang zeige sich in den Krankenhäusern eine zunehmende Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen, etwa aufgrund langer Wartezeiten oder unzureichender interdisziplinärer Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich.¹⁶ Angesichts dieser stark zunehmenden „Auffangfunktion“ für andere Versorgungsstrukturen leide die Notfall- und Akutmedizin besonders unter den Defiziten des übrigen Gesundheitswesens,

-
- 11 Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, S. 5, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf; siehe dazu auch Fischer, M., u. a., Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik, in: Notfall + Rettungsmedizin 19, S. 387–395 (2016), abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-016-0187-0#citeas>.
 - 12 So etwa: Stockfisch, Verena, Deutsche Notfallmedizin im Spannungsfeld von Ethik und Ökonomie, Auswirkungen des fehlenden Facharztes für Notfallmedizin auf die Qualität der Patientenversorgung, Hamburg 2015, S. 51.
 - 13 Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, S. 5, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf.
 - 14 Riessen, R. u. a., Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen, in: Notfall- und Rettungsmedizin 18, S. 174–185, 2015, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s10049-015-0013-0>.
 - 15 Aktuelle Herausforderungen der Notfallmedizinischen Versorgung, Notfallversorgung in Deutschland – Planwirtschaftlicher Dambriss?, in: Polavis 12 (2019), S. 6, abrufbar unter <https://www.polavis.de/wp-content/uploads/2020/01/POLAVIS-Magazin- Aktuelle-Herausforderungen-der-Notfallmedizinischen-Versorgung.pdf>.
 - 16 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Juni 2018, S. 548 ff., abrufbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf.

wie etwa der unzureichenden Digitalisierung oder dem Personalmangel.¹⁷ Um die medizinischen und finanziellen Ressourcen zu schonen, habe der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Andreas Gassen zuletzt eine Gebühr für Patientinnen und Patienten gefordert, die künftig ohne vorherige telefonische Ersteinschätzung die Notaufnahme aufsuchen.¹⁸ Dem wurde jedoch entgegnet, dass Menschen mit einem akuten medizinischen Problem unabhängig vom Geldbeutel in der Notaufnahme jederzeit geholfen werden müsse.¹⁹

Blickt man auf andere Industrieländer wie beispielsweise Dänemark, Niederlande oder Österreich, so konnte dem in diesen Ländern ebenfalls zu verzeichnenden erhöhten Patientenaufkommen in Notaufnahmen mit Reformen der Notfall- und Notfallversorgungssysteme, einhergehend mit einer zunehmenden Zentralisierung und dem Ausbau der dringenden Grundversorgung, begegnet werden.²⁰ Im Hinblick auf die personelle Qualifizierung sei im Unterschied zu Deutschland in vielen Ländern weltweit, wie z. B. in den USA, Kanada, Australien und Neuseeland, sowie in mehr als der Hälfte der 27 Länder der Europäischen Union die Notfallmedizin als eigenes Facharztgebiet etabliert, dessen Ärztinnen und Ärzte die jahrelange Weiterbildung mit dem Facharztstatus für Notfallmedizin abschließen.²¹

-
- 17 Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, S. 4, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf.
 - 18 Szent-Ivanyi, Tim, Im RND-Interview, Kassenärzte-Chef fordert Notaufnahmegebühr – unter bestimmten Bedingungen, in: RedaktionsNetzwerk Deutschland (RND), 12. April 2023, abrufbar unter <https://www.rnd.de/politik/kassenaerzte-chef-gassen-fuer-notaufnahme-gebuehr-unter-bestimmten-bedingungen-FHLCBIC5FHURF-MIM33WFLKUL4.html>.
 - 19 „Irreführend und gefährlich“ – Kritik an Forderung nach Notaufnahme-Gebühr, in: Welt, 12. April 2023, abrufbar unter <https://www.welt.de/politik/deutschland/article244747958/Kassenaerzte-Chef-fordert-Notaufnahme-Gebuehr-in-bestimmten-Faellen-Lauterbach-erteilt-Absage.html>.
 - 20 Siehe Baier, Natalie u. a., Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms, in: Health Policy 123 (1), S. 1 ff., Januar 2019, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306390?via%3Dihub>.
 - 21 Stockfisch, Verena, Deutsche Notfallmedizin im Spannungsfeld von Ethik und Ökonomie, Auswirkungen des fehlenden Facharztes für Notfallmedizin auf die Qualität der Patientenversorgung, Hamburg 2015, S. 68.

3. Rechtsgrundlagen der ärztlichen Weiterbildung

Von den jährlich ca. 10.000 Absolventen mit einem Studienabschluss in der Humanmedizin²² streben über 95 Prozent anschließend eine Facharztweiterbildung an.²³ Die ärztliche Ausbildung wird durch den Bundesgesetzgeber in der Bundesärzteordnung (BÄO)²⁴ und der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO)²⁵ geregelt und schließt mit der Approbation ab. Wer approbiert hat, ist zur Ausübung der Heilkunde befugt und darf gemäß § 2 Abs. 5 BÄO die Berufsbezeichnung "Arzt" oder "Ärztin" führen. Nach Abschluss der Ausbildung und Erteilung der Approbation kann sich eine Weiterbildung mit dem Ziel einer weiteren Spezialisierung und dem Erwerb einer Facharztbezeichnung anschließen.²⁶ Die Gesetzgebungskompetenzen zur Regelung der ärztlichen Weiterbildung sowie der zunächst erforderlichen ärztlichen Ausbildung sind zwischen Bund und Ländern streng getrennt.

3.1. Reichweite der gesetzgeberischen Kompetenz des Bundes

Nach den Art. 30, 70 Grundgesetz (GG)²⁷ sind grundsätzlich die Länder für die Gesetzgebung zuständig, soweit nicht der Bund im Rahmen der ausschließlichen Gesetzgebung (Art. 71, 73 GG) oder der konkurrierenden Gesetzgebung (Art. 72, 74 GG) zuständig ist. Gemäß dem Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe“ ist der Bund im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung bei den Heilberufen für das Zulassungswesen zuständig. Um die für die Zulassung zu einem bestimmten Beruf erforder-

22 Nach den Angaben der OECD habe die Anzahl im Jahr 2019 bei ca. 12.300 (12,3 je 100.000 Einwohner) gelegen. Siehe dazu OECD, Health at a Glance 2021, OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, S. 227, abrufbar unter <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

23 Sierocinski, Elizabeth u. a., Die Facharztweiterbildung in Deutschland: Ein narrativer Überblick, in: GMS Journal for Medical Education, November 2022, 39(5), abrufbar unter <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2022-39/zma001570.shtml>; zu den Präferenzen bei der Facharztweiterbildung siehe auch Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, Hrsg.), Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018, Juli 2019, abrufbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf.

24 Bundesärzteordnung (BÄO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307).

25 Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 22. September 2021 (BGBl. I S. 4335).

26 Wollersheim, in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 6, Rn. 343.

27 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2478).

derlichen fachlichen Anforderungen an die Berufsangehörigen bestimmen zu können, ist der Bundesgesetzgeber befugt, über die Beschreibung des Berufsbildes und die Festlegung der Zulassungsbedürftigkeit hinaus Zulassungsvoraussetzungen und deren Nachweis zu regeln.²⁸

Allerdings hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die Gesetzgebungskompetenz des Bundes in seinem sog. „Facharztbeschluss“²⁹ klar begrenzt und entschieden, dass der Facharztstitel kein besonderer ärztlicher Beruf im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG ist, sondern vielmehr eine Ausprägung eines einheitlichen Arztberufes. Der Kompetenztitel erstreckt sich folglich allein auf die „Zulassung zu ärztlichen Berufen“ und damit auf solche Vorschriften, die sich unmittelbar auf die Berufsaufnahme, also auf Erteilung, Zurücknahme und Verlust der Approbation und auf die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs beziehen.³⁰ Die Kompetenz des Bundes für die Zulassung zu den Heilberufen endet mit der Approbation zu einem der Heilberufe.³¹ Die Regelung der ärztlichen Weiterbildung nach Erteilung der Approbation und damit die gesamte Ausgestaltung des Facharztwesens gehören folglich zum Recht der Berufsausübung und fallen in die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz der Länder.³² Vor diesem Hintergrund fehlt dem Bund die Gesetzgebungskompetenz für Regelungen zum Facharztwesen allgemein und die Einführung eines Facharztstitels für Notfallmedizin im Besonderen.

3.2. Gesetzgebung der Länder zur Regelung des Facharztwesens

Im Hinblick auf die Ausfüllung der Gesetzgebungskompetenz durch die Länder stellt das BVerfG im „Facharztbeschluss“ heraus, dass im Bereich des Facharztwesens alle statusbildenden Normen – also alle Regelungen betreffend die Voraussetzungen der Facharztanerkennung, die zugelassenen Facharzttrichtungen, die Mindestdauer der Ausbildung, das Verfahren der Anerkennung, die Gründe für eine Zurücknahme der Anerkennung sowie Regelungen, die die allgemeine Stellung der Fachärzte innerhalb des gesamten Gesundheitswesens betreffen – in den Grundzügen durch ein förmliches Gesetz festgelegt werden müssen.³³ Aus dem Rechtsstaatsgebot und dem Demokratieprinzip leitet das BVerfG ab, dass der Gesetzgeber als Hüter des Gemeinwohls das Facharztwesen aufgrund seiner hohen Bedeutung für das gesamte Gesundheitswesen nicht den berufsständischen Organisationen überlassen darf.³⁴

28 BVerfGE 106, 62, 130; Burghart in: Leibholz/Rinck, Grundgesetz Kommentar, 86. Lieferung, 4/2022, Art. 74, Rn. 706.

29 BVerfGE 33, 125 vom 9. Mai 1972 – 1 BvR 518/62, 1 BvR 308764, in: NJW 1972 (1504 ff.); bestätigt durch BVerfG, Beschluss vom 1. Februar 2011 – 1 BvR 2383/10.

30 BVerfGE 33, 125 (154); Kment, in: Jarass/Pieroth, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, 17. Auflage 2022, Art. 74, Rn. 50.

31 BVerfGE 33, 125 (155); Oeter: in: von Mangoldt/Klein/Starck, Grundgesetz, 7. Auflage 2018, Art. 74, Rn. 136.

32 BVerfGE 33, 125 (155); Wittreck, in: Dreier, Grundgesetz-Kommentar, 3. Auflage 2015, Art. 74, Rn. 87; Oeter: in: von Mangoldt/Klein/Starck, Grundgesetz, 7. Auflage 2018, Art. 74, Rn. 136.

33 BVerfGE 33, 125 (163).

34 BVerfGE 33, 125 (166); Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, MWBO, Rn. 8.

Entsprechend der Gesetzgebungskompetenz enthalten die jeweils von den Ländern erlassenen Heilberufs- und Kammergesetze Regelungen der ärztlichen Berufspflichten, der Fortbildung und der berufsrechtlichen Regelungen zur Qualitätssicherung sowie Regelungen zur ärztlichen Weiterbildung, mit denen unter Beachtung der höchstrichterlichen Rechtsprechung u. a. die Struktur der Fachbietsgliederung, die Dauer und Aufteilung der ärztlichen Weiterbildung in praktische und theoretische Unterweisungen, die Zulassungsvoraussetzungen zur Prüfung und die Anerkennungsverfahren festgelegt werden.³⁵ Die darauf aufbauende nähere Ausgestaltung des Weiterbildungsrechts kann der Landesgesetzgeber den als Körperschaften des öffentlichen Rechts gebildeten Landesärztekammern als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung überlassen.³⁶ Von dieser Ermächtigungsgrundlage haben die in den Ländern agierenden Landesärztekammern Gebrauch gemacht und ergänzende Satzungen zur Regelung der ärztlichen Weiterbildung als sog. Weiterbildungsordnungen beschlossen.³⁷

Die Heilberufs- und Kammergesetze enthalten folglich die grundsätzlichen strukturellen Vorgaben für die einzelnen Fachrichtungen, in denen berufliche Qualifikationen erlangt werden können, sowie die wesentlichen Inhalte der ärztlichen Weiterbildungsordnungen. Den Inhalt und Umfang beruflicher Gebiete³⁸ sowie die Gebiets- und Teilgebietsbezeichnungen, die nach einer erfolgreichen Weiterbildung geführt werden können, regeln hingegen die ergänzenden Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern. So gibt § 41 Abs. 1 Berliner Heilberufekammergesetz (BlnHKG)³⁹ vor, dass in den Fachrichtungen konservative Medizin, operative Medizin, nervenheilkundliche Medizin, theoretische Medizin, Ökologie und methodisch-technische Medizin sowie in Verbindung dieser Fachrichtungen ärztliche Weiterbildungen möglich sind und die konkreten Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen von der Ärztekammer Berlin bestimmt wer-

35 Vgl. hierzu beispielsweise §§ 29 ff. Berliner Heilberufekammergesetz (BlnHKG) vom 2. November 2018, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17.05.2021 (GVBl. S. 503), abrufbar unter <https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-HeilBKGBEpG5>; §§ 33 ff. Heilberufsgesetz Nordrhein-Westfalen (HeilBerG) vom 9. Mai 2000, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 25. März 2022 (GV. NRW. S. 417), in Kraft getreten am 15. April 2022, abrufbar unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=1000000000000000065.

36 Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, MWBO, Vorbemerkung, Rn. 9.

37 Wollersheim, in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 6, Rn. 345.

38 Als Gebiet, in der eine oder mehrere Facharztbezeichnungen erworben werden können, wird ein definierter Teil in einer Fachrichtung der Medizin beschrieben. Die Gebietsdefinition bestimmt die Grenzen für die Ausübung fachärztlicher Tätigkeit. Siehe Wollersheim, in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 6, Rn. 352.

39 Berliner Heilberufekammergesetz (BlnHKG) vom 2. November 2018, zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17.05.2021 (GVBl. S. 503), abrufbar unter <https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-HeilBKGBEpG5>.

den. Beispielfhaft sei auch auf die Heilberufs- und Kammergesetze der Länder Baden-Württemberg⁴⁰, Niedersachsen⁴¹ und Nordrhein-Westfalen⁴² verwiesen. Diese sehen ebenfalls vor, dass die jeweiligen Landesärztekammern innerhalb der vorbenannten Fachrichtungen die weiteren Bezeichnungen, die auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten beruflichen Gebiet oder Bereich hinweisen, festlegen. Dabei geben die Heilberufs- und Kammergesetze überwiegend vor, dass eine Arztbezeichnung neu einzuführen (oder aufzuheben) ist, wenn dies im Hinblick auf die wissenschaftliche Entwicklung und für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung (nicht mehr) erforderlich ist.⁴³

Aufgrund der Gesetzgebungskompetenz für das Weiterbildungsrecht als Teil des Berufsausübungsrechts kann auch der Landesgesetzgeber selbst die nähere Ausgestaltung der ärztlichen Weiterbildung vornehmen. So regeln die Länder wie etwa das Land Berlin in § 41 Abs. 2 BlnHKG die Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen. Eine solche landesgesetzliche Regelung wäre ebenso im Hinblick auf die Einführung eines Facharztstitels für Notfallmedizin rechtlich möglich. Vor dem Hintergrund der weitgehenden Regelungskompetenzen der Länder erfolgt die inhaltliche Ausgestaltung der Heilberufs- und Kammergesetze in enger Abstimmung im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, um eine zu starke Abweichung der landesrechtlichen Regelungen und damit eine Aufsplitterung der ärztlichen Berufsausübung sowie eine Beeinträchtigung des Rechts auf Freizügigkeit nach Art. 11 GG zu vermeiden.⁴⁴

3.3. Satzungsbestimmungen der Landesärztekammern

Als Körperschaften des öffentlichen Rechts nehmen die insgesamt 17 Landesärztekammern sämtliche Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung wahr.⁴⁵ Die Zuständigkeit einer Landesärztekammer begründet sich für die Ärztinnen und Ärzte nach dem Ort der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit oder – sofern keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird – nach dem Hauptwohnsitz. Auf der Grundlage der Heilberufs- und Kammergesetze haben alle Landesärztekammern von ihrem Satzungsrecht Gebrauch gemacht und Weiterbildungsordnungen erlassen, in denen insbesondere

40 § 39 Abs. 1 Gesetz über das Berufsrecht und die Kammern der Heilberufe (Heilberufe-Kammergesetz - HBKG) in der Fassung vom 16. März 1995, zuletzt geändert durch Artikel 11 der Verordnung vom 21. Dezember 2021 (GBl. 2022 S. 1, 2), abrufbar unter <https://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=Heil-BKG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-HeilBKGBW1995V14P39>.

41 § 46 Abs. 2 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) in der Fassung vom 8. Dezember 2000 (Nds. GVBl. S. 301), zuletzt geändert durch Gesetz vom 10. Juni 2021 (Nds. GVBl. S. 360), abrufbar unter https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheits_pflegergesundheits/-13054.html.

42 § 44 Abs. 1 Heilberufsgesetz Nordrhein-Westfalen (HeilBerG) vom 9. Mai 2000, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 25. März 2022 (GV. NRW. S. 417), in Kraft getreten am 15. April 2022.

43 Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, MWBO, Vorbemerkung, Rn. 3.

44 Wollersheim, in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 6, Rn. 38.

45 Bundesärztekammer (BÄK), Ärztliche Tätigkeit in Deutschland, abrufbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/internationales/aerztliche-taetigkeit-in-deutschland>.

der konkrete Inhalt und Umfang der Gebiete, der Teilgebiete bzw. Schwerpunkte⁴⁶ sowie der Zusatzkenntnisse⁴⁷ und deren Bezeichnungen sowie das Verfahren der Anerkennung von beruflichen Qualifikationen festgelegt werden.⁴⁸ Damit bestimmen die Ärztekammern der Länder, in welchen beruflichen Gebieten die Qualifikation als Facharzt bzw. Fachärztin, darauf aufbauend eine Spezialisierung in gebietspezifischen Schwerpunkten bzw. Teilgebieten oder eine andere Zusatzweiterbildung erworben werden kann und eine entsprechende Bezeichnung geführt werden darf. Nicht mehr erforderliche Bezeichnungen sind durch die Landesärztekammern aufzuheben.

3.3.1. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer

Im Wesentlichen entsprechen die Satzungen der Landesärztekammern der vom Deutschen Ärztetag beschlossenen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO)⁴⁹ der Bundesärztekammer (BÄK).⁵⁰ Die BÄK ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung und vertritt als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern die berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.⁵¹ Die von der BÄK erarbeitete aktuelle MWBO 2018 definiert den Inhalt, die Dauer und die Ziele der Weiterbildung sowie die Facharztbezeichnungen. Sie beinhaltet aktuell in 34 Fachgebieten insgesamt 51 Facharzt- und 10 Schwerpunktkompetenzen sowie 56 Zusatz-Weiterbildungen. In erster Linie hat die MWBO die Funktion einer Bildungsordnung mit Qualitätssicherungsfunktion, wobei der Nachweis über die Anerkennung einer Facharztbezeichnung neben dem Zweck der Bürgerorientierung auch der Abrechnungsfähigkeit ärztlicher Leistungen dient

46 Ein Schwerpunkt wird durch eine auf der Facharztweiterbildung aufbauenden Spezialisierung im Gebiet beschrieben. Schwerpunkte stellen keine Subspezialisierungen dar, sondern bescheinigen eine zusätzliche Qualifikation. In den Heilberufs- und Kammergesetzen werden Schwerpunkte z. T. als Teilgebiete bezeichnet. Vgl. Wollersheim, in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 6, Rn. 354; Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, MWBO, § 2, Rn. 2.

47 Zusatzbezeichnungen bzw. Zusatz-Weiterbildungen können über den Erwerb von Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen hinaus erworben werden. Eine Zusatzbezeichnung beinhaltet die Spezialisierung in Weiterbildungsinhalten, die zusätzlich zu den Facharzt- und Schwerpunktweiterbildungsinhalten abzuleisten sind, sofern die Weiterbildungsordnung nichts anderes vorschreibt. Siehe Wollersheim, in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 6, Rn. 356.

48 Zu einer von der BÄK bereitgestellten Übersicht über die Internetseiten der Landesärztekammern, auf denen diese ihre jeweils geltenden Weiterbildungsordnungen veröffentlichen, siehe BÄK, Adressen der Landesärztekammern, abrufbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/kontakt/adressen-der-landesaerztekammern>.

49 BÄK, (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 (MWBO) in der Fassung vom 25. Juni 2022, abrufbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20220625_MWBO-2018.pdf.

50 Wollersheim, in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 6, Rn. 347.

51 BÄK, Aufgaben der Bundesärztekammer, abrufbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueberuns/aufgaben>.

und haftungsrechtlich die gebotene Arbeitsteilung zwischen den einzelnen Fachgebieten vorgibt.⁵² Die MWBO ist nicht verbindlich und hat für die Ärztekammern lediglich einen empfehlenden Charakter, da für alle Angelegenheiten ärztlicher Weiterbildung grundsätzlich die Länder bzw. Landesärztekammern zuständig sind. Aus diesem Grund obliegt es der jeweiligen Ärztekammer zu entscheiden, ob und ggf. in welcher Form dieses Muster in ihrem Kammerbereich übernommen wird.⁵³

3.3.2. Zusatz-Weiterbildung für Notfallmedizin

Eine berufliche Qualifikation zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Notfallmedizin ist derzeit nicht Teil der MWBO 2018 sowie der Weiterbildungsordnungen der Länder. In der MWBO 2018 sind jedoch zwei Möglichkeiten einer Zusatz-Weiterbildung für Notfallmedizin geregelt.⁵⁴ Die neu in die MWBO 2018 aufgenommene Zusatz-Weiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erstdiagnostik und Initialtherapie von Notfall- und Akutpatienten im Krankenhaus sowie die Indikationsstellung und Koordination der weiterführenden fachspezifischen Behandlung in interdisziplinärer Zusammenarbeit.⁵⁵

Die präklinisch ausgerichtete Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“, die auch ohne abgeschlossene Facharztweiterbildung erworben werden kann, befähigt zur Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und zur Behandlung von Notfällen sowie zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen.⁵⁶ Beide Zusatz-Weiterbildungen haben Eingang in die Weiterbildungsordnungen der Länder gefunden.⁵⁷ Im Jahr 2021 seien insgesamt

52 Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, MWBO, Vorbemerkung, Rn. 2.

53 Auf Nachfrage teilte die BÄK mit, dass es zwischen den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern und der MWBO 2018 Abweichungen gibt. Zum Beispiel hätten nicht alle Landesärztekammern die im Jahr 2021 neu in die MWBO aufgenommene Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Infektiologie“ in ihre jeweilige Weiterbildungsordnung übernommen, da entsprechende Umsetzungsprozesse noch nicht abgeschlossen seien oder eine Aufnahme abgelehnt werde. Zudem sei in zwei Ärztekammern und abweichend von der MWBO 2018 die Facharztweiterbildung Innere Medizin und Geriatrie verankert.

54 BÄK, Notfallmedizin, abrufbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/notfallmedizin>.

55 BÄK, MWBO 2018, S. 379, abrufbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20220625_MWBO-2018.pdf.

56 BÄK, MWBO 2018, S. 397, abrufbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20220625_MWBO-2018.pdf.

57 Vgl. beispielsweise für das Land Berlin, Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin vom 22. September 2021, S. 389 und S. 409, abrufbar unter https://www.aekb.de/fileadmin/01_aerzt-innen/weiterbildung/AEKB_Weiterbildungsordnung-von-2021-mit-Aenderung-1.pdf.

51.531 Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Notfallmedizin" bei den Kammern registriert gewesen.⁵⁸

3.3.3. Länderübergreifende Anerkennung von Facharztbezeichnungen

Für jede Ärztin bzw. jeden Arzt ist die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer rechtsverbindlich, deren Mitglied sie bzw. er ist.⁵⁹ Nach einem Beschluss des BVerfG ist in den Fällen, in denen eine Ärztin bzw. ein Arzt in eine Landesärztekammer wechselt, welche die von ihr bzw. ihm zuvor erworbene Facharztbezeichnung nicht in der Weiterbildungsordnung regelt, diese fachärztliche Qualifikation dort ebenfalls anzuerkennen.⁶⁰ Das Gericht führte aus, dass es mit der in Art. 12 Abs. 1 GG geschützten Berufsausübungsfreiheit nicht vereinbar sei, alle Facharztbezeichnungen, die nicht in der Weiterbildungsordnung des jeweiligen Landes enthalten sind, ohne Rücksicht auf ihren Informationswert für die Patienten generell zu verbieten.

Dementsprechend sehen die MWBO 2018 sowie die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern vor, dass Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, die von einer anderen deutschen Ärztekammer als derjenigen, in der die Ärztin bzw. der Arzt aktuell Mitglied ist, verliehen worden sind, in der anerkannten Form weitergeführt werden dürfen.⁶¹ So bestimmt beispielsweise § 35 Abs. 7 BlnHKG, dass derjenige, der in einem anderen Land der Bundesrepublik Deutschland von der zuständigen Kammer eine Anerkennung einer Weiterbildungsqualifikation erhalten hat, die Weiterbildungsbezeichnung in der von dieser Kammer anerkannten Form im Land Berlin führen darf.

4. Notfallmedizinische Weiterbildung im europäischen Raum

Wesentlich geprägt wird das nationale Weiterbildungsrecht durch das europäische Gemeinschaftsrecht. Die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen⁶² sowie

58 Hanke, Stefanie, Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin: Dauer, Inhalte, Voraussetzungen, in: Deutsches Ärzteblatt, 22. November 2021, abrufbar unter <https://aerztestellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/zusatz-weiterbildung-notfallmedizin>.

59 BÄK, (Muster-)Weiterbildungsordnung, abrufbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung>.

60 BVerfG, Beschluss vom 9. März 2000 - 1 BvR 1662/97, in: NJW 2000, 3057.

61 Vgl. § 3 Abs. 5 MWBO 2018 sowie beispielhaft § 3 Abs. 7 Weiterbildungsordnung 2020 der Landesärztekammer Brandenburg, abrufbar unter <https://www.laekb.de/files/1739A56ADF9/20201030-WBO.pdf>; § 3 Abs. 3 Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns, Neufassung vom 16. Oktober 2021, abrufbar unter <https://api.blaek.de/content/13-kammerrecht/16-nwsf1ddjgj1532091956xi1qqoxqc73/24-b9o9yvfv09h1659466130dm3qnt1zkg2/duplikat-weiterb.pdf>; § 3 Abs. 5 Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 5. Februar 2020, abrufbar unter <https://www.aeksh.de/aerztinnen-und-aerzte/weiterbildung/weiterbildungsordnung-wbo-und-inhalte-der-weiterbildung>.

62 Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU L 255/22). Die Richtlinie wurde mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) in nationales Recht umgesetzt.

die Richtlinie 2013/55/EU⁶³ enthalten neben Bestimmungen zur Mindestdauer des Medizinstudiums auch Vorgaben zu den Mindestweiterbildungszeiten sowie zur Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstiger Befähigungsnachweise, die entsprechend der grundgesetzlichen Kompetenzverteilung vom Bundesgesetzgeber und von den jeweiligen Landesgesetzgebern zu beachten sind.⁶⁴

4.1. Europäische Länder mit der Facharztqualifikation für „Unfall- und Notfallmedizin“

Nachdem die Notfallmedizin im Jahr 2001 nur von den Ländern Großbritannien und Irland als Fachgebiet anerkannt war, erfolgte mit den Richtlinien 2005/36/EG und 2006/100/EG⁶⁵ zunächst eine Ausweitung auf insgesamt neun europäische Staaten, die das Fachgebiet seither unter der Bezeichnung „Unfall- und Notfallmedizin“ anerkennen.⁶⁶ Mit der Delegierten Entscheidung (EU) 2019/608 der Europäischen Kommission⁶⁷ wurde im Jahr 2019 der Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG in Bezug auf Ausbildungsnachweise und Ausbildungstitel geändert. Von dem Zeitpunkt an wird die fachärztliche Weiterbildung der „Unfall- und Notfallmedizin“ mit einer festgelegten Mindestausbildungsdauer von fünf Jahren in folgenden Ländern angeboten: Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Großbritannien⁶⁸, Irland, Italien, Kroatien, Malta, Polen, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik und Ungarn.

Ausweislich der Union Européenne des Medecins Specialistes (Europäische Union der medizinischen Fachkräfte, UEMS) gibt es darüber hinaus in den Ländern Belgien, Frankreich, Lettland, Litauen, Luxemburg, Niederlande und Norwegen die Qualifikation eines Facharztes für Notfallmedizin („Primary Speciality“).⁶⁹ Zudem gibt die UEMS an, dass neben Deutschland die Länder

63 Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“), ABl. EU L 354/132 vom 28. Dezember 2013.

64 Wollersheim, in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 6, Rn. 349.

65 Richtlinie 2006/100/EG des Rates vom 20. November 2006 zur Anpassung bestimmter Richtlinien im Bereich Freizügigkeit anlässlich des Beitritts Bulgariens und Rumäniens (ABl. EU L 363/141).

66 Vgl. Europäische Gesellschaft für Notfallmedizin (EUSEM), Europäischer Lehrplan für Notfallmedizin, abrufbar unter <https://eusem.org/education/curriculum/european-curriculum-of-emergency-medicine>.

67 Delegierter Beschluss (EU) 2019/608 der Kommission vom 16. Januar 2019 zur Änderung des Anhangs V der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich von Ausbildungsnachweisen und den Titeln von Ausbildungsgängen (Aktenzeichen C (2019) 78), ABl. 104/1 vom 15. April 2019, abrufbar unter <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=OJ:L:2019:104:FULL&from=DE>.

68 Zu Problemen in der britischen Notfallmedizin auch im Zusammenspiel mit dem Facharzttitel für Notfallmedizin siehe Thies, Karl, Britische Notfallmedizin: Ein Fach in der Krise, in: Deutsches Ärzteblatt 2015; 112(26): A-1175 / B-983 / C-953, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171130/Britische-Notfallmedizin-Ein-Fach-in-der-Krise>.

69 Union Européenne des Medecins Specialistes (UEMS), Europäische Sektion für Notfallmedizin, Status der EM in Europa, Stand: 2. Mai 2023, abrufbar unter <https://www.uems-em.eu/em-in-europe/status-of-em-in-europe>.

Griechenland und Schweiz über die Möglichkeit einer Zusatzqualifikation im Bereich der Notfallmedizin („Supra-Speciality“) verfügen, während Österreich, Portugal, Spanien (außer beim Militär) und Zypern keinerlei Spezialisierung vorsehen.⁷⁰

Wie eingangs erwähnt, legt die Europäische Union zwar einzelne Strukturvorgaben sowie die Mindestdauer der Weiterbildung für Facharztkompetenzen fest, im nationalen Recht können jedoch längere Weiterbildungszeiten und strengere Bedingungen aufgestellt werden.⁷¹ Zudem sind die Weiterbildungsinhalte europaweit nicht aufeinander abgestimmt, sodass trotz der europaweiten Anerkennung der Facharztbezeichnungen die identische Bezeichnung nur in etwa die gleiche Qualifikation bestätigt.⁷² Mit dem Ziel, auf europäischer Ebene einheitliche Vorgaben für eine Weiterbildung auf dem Gebiet der Notfallmedizin zu entwickeln und eine Richtlinie für die Entwicklung und Organisation anerkannter und vergleichbarer Trainingsprogramme in Europa zu schaffen, veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme e. V. (DGINA) bereits im Jahr 2009 ein Europäisches Curriculum für Notfallmedizin.⁷³ Auch wenn die Gesundheitssysteme in den Ländern Europas sehr unterschiedlich sind, könne das Ausbildungscurriculum der EuSEM insbesondere auch als fachliche Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland dienen.⁷⁴

4.2. Anerkennung ärztlicher Berufsqualifikationen

Das europäische Gemeinschaftsrecht garantiert Personen, die ihre Berufsqualifikationen in einem Mitgliedstaat erworben haben, den Zugang zu demselben Beruf und seiner Ausübung in einem anderen Mitgliedstaat unter denselben Voraussetzungen wie Inländern. Eine Anerkennung von beruflichen Qualifikationen wie etwa Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsnachweise für einen erworbenen Facharztstitel erfolgt gemäß der Art. 21 und 26 RL 2005/36/EG, wenn die ärztliche Wei-

70 Zur Aufgabenteilung sowie den strukturellen und personellen Vorhaltungen in der Notfallversorgung in den Ländern Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Schweiz und Niederlande siehe RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Notfallversorgung in Deutschland, Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, April 2018, abrufbar unter https://www.kbv.de/media/sp/2018-04-18_Projektbericht_Notfallversorgung.pdf.

71 Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, MWBO, Vorbemerkung, Rn. 10.

72 Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, MWBO, Vorbemerkung, Rn. 10.

73 Die neueste Version des European Core Curriculum for Emergency Medicine, Version 2.0, März 2019 ist in englischer Sprache abrufbar unter https://www.eusem.org/images/Curriculum_2.0_WEB.pdf. Eine deutsche Übersetzung mit einem Vorwort der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme e. V. (DGINA) ist abrufbar unter <https://eusem.org/images/pdf/curriculumgerman.pdf>.

74 DGINA, Europäisches Curriculum für Notfallmedizin, abrufbar unter <https://eusem.org/images/pdf/curriculumgerman.pdf>.

terbildung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Staat)⁷⁵ oder einem Staat, dem Deutschland und die Europäische Union einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben (Vertragsstaat), absolviert wurde.

Nach dem Grundsatz der automatischen Anerkennung gemäß Art. 21 Abs. 1 RL 2005/36/EG erkennt jeder Mitgliedstaat die im Anhang V aufgeführten Weiterbildungsnachweise bei Vorliegen der Mindestanforderungen an und verleiht diesen Nachweisen in Bezug auf die Aufnahme und Ausübung der beruflichen Tätigkeiten in seinem Hoheitsgebiet dieselbe Wirkung wie den von ihm ausgestellten Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsnachweisen. Die Mindestanforderungen an die fachärztliche Weiterbildung sind in Art. 25 RL 2005/36/EG definiert. Vorausgesetzt werden ein abgeschlossenes sechsjähriges Medizinstudium sowie die Einhaltung einer für die verschiedenen Fachgebiete vorgegebenen Mindestdauer der Facharzt Ausbildung. Zudem hat die ärztliche Weiterbildung unter Aufsicht der zuständigen Stellen und somit der Ärztekammern zu erfolgen.

Die von den 28 Mitgliedstaaten notifizierte Bezeichnungen der ärztlichen Grundausbildung sowie der fachärztlichen Weiterbildung sind im Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG aufgeführt. Im Hinblick auf die gegenseitige Anerkennung von fachärztlichen Weiterbildungen wurden die Vorgaben des europäischen Gemeinschaftsrechts in den Heilberufs- und Kammergesetzen der Länder sowie den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern aufgenommen und damit in Landesrecht umgesetzt. Insbesondere stellen die Länder jeweils in ihren Weiterbildungsordnungen klar, dass entsprechend Art. 21 Abs. 1 und 2 RL 2005/36/EG der Grundsatz der automatischen Anerkennung für den verliehenen Weiterbildungsnachweis aufgrund der in der Richtlinie harmonisierten Mindestanforderungen greift.⁷⁶

Zur Stärkung der Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit wird folglich ohne Entscheidungsspielraum der Ärztekammern auf Antrag im Wege der Ausstellung einer Urkunde das Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung verliehen.⁷⁷ Gemäß Art. 52 Abs. 1 und 2 RL 2005/36/EG ist die entsprechende Berufsbezeichnung des Aufnahmemitgliedstaats bzw. des zuständigen Verbands oder der Organisation, und damit die in den Weiterbildungsordnungen der Länder geregelte Berufsbezeichnung, zu verwenden. Erfasst sind dabei nur die aufgrund der Mitteilungen der Mitgliedstaaten aktuell im Anhang V. 5.1.3 gelisteten Facharztbezeichnungen, die nach Art. 26 Satz 2 RL 2005/36/EG in mindestens zwei Fünfteln der Mitgliedstaaten bestehen müssen. Die Weiterbildungsordnungen der Länder können nach dem Erwägungsgrund 20 jedoch vorsehen, dass auch andere Bezeichnungen automatisch anerkannt werden.⁷⁸

75 Entsprechend dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum - Schlussakte - Gemeinsame Erklärungen der Vertragsparteien - Erklärung der Regierungen der EG-Mitgliedstaaten und der EFTA-Staaten - Übereinkommen - Vereinbarte Niederschrift - Erklärungen einzelner oder mehrerer Vertragspartner des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (Abl. L 001 vom 03. Januar 1994 S. 0003 – 0036).

76 Siehe z. B. § 36 Abs. 1 BlnHKG, § 18 Abs. 1 sowie § 18 Abs. 1 MWBO.

77 Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, MWBO, § 18, Rn. 1.

78 Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, MWBO, § 18, Rn. 1.

Die RL 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen ermöglicht zwar durch die Festlegung von Mindestanforderungen die Berufsausübung in den europäischen Ländern zu den Konditionen des jeweiligen Herkunftslandes. Letztlich legt sie aber keine Qualifikationsstandards mit dem Ziel der Umsetzung oder Etablierung in allen europäischen Staaten fest und bezweckt damit auch nicht eine flächendeckende Implementierung eines Facharztes für Notfallmedizin mit intra-hospitalen Aufgabenspektrum.⁷⁹

Gemäß § 18 Abs. 3 Satz 1 MWBO 2018 bzw. der gleichlautenden Bestimmungen in den Weiterbildungsordnungen der Länder erhalten im Übrigen Personen, die einen Weiterbildungsnachweis besitzen, der in einem Drittstaat (kein Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaat) ausgestellt wurde, auf Antrag die Anerkennung der Facharztbezeichnung, wenn die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist. Nach § 18 Abs. 3 Sätze 3 und 4 MWBO 2018 ist der Weiterbildungsstand als gleichwertig anzusehen, wenn die Weiterbildung des Antragstellers keine wesentlichen Unterschiede gegenüber der MWBO aufweist und die Gleichwertigkeit der vorangegangenen ärztlichen Grundausbildung durch die zuständige Behörde festgestellt wurde. Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn in der nachgewiesenen Weiterbildung Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten fehlen, deren Erwerb eine wesentliche Voraussetzung für die beantragte Bezeichnung wäre.⁸⁰

5. Reaktionen auf den Reformvorschlag

Der Reformvorschlag der Regierungskommission stieß im Hinblick auf die Empfehlung der Einführung eines Facharztstitels für Notfallmedizin in Deutschland auf ein geteiltes Echo. Vor dem Hintergrund eines qualitativen und quantitativen Personalmangels in den Notaufnahmen begrüßt die DGINA neben den Empfehlungen für eine Pflegepersonalmindestbesetzung und einen Personal-Patienten-Schlüssel insbesondere auch Regelungen für eine Spezialisierung der Pflegeberufe für Notfallmedizin sowie eine Einführung der Facharztspezialisierung für Notfallmedizin.⁸¹

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI), der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA), die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH) sowie der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e. V. (BDC) sehen hin-

79 Vgl. Botzlar, Andreas, Zentrale Notaufnahme und Facharzt für Notfallmedizin: *conditio sine qua non?*, Berufsverband der Deutschen Chirurgie e. V. (Hrsg.), 1. Mai 2013, abrufbar unter <https://www.bdc.de/zentrale-notaufnahme-und-facharzt-fuer-notfallmedizin-conditio-sine-qua-non/>.

80 Im Einzelfall könne eine Weiterbildung als gleichwertig angesehen werden, wenn eine Vergleichbarkeit im Hinblick auf Inhalte und Zeiten gewahrt sei; dagegen scheidet eine Gleichwertigkeit aus, wenn der weiterbildende Arzt nicht über die erforderliche Weiterbildungsbefugnis verfügt, siehe Wollersheim, in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 6, Rn. 371.

81 DGINA, Kommentar zur 4. Empfehlung der Regierungskommission BMG, 15. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.dgina.de/aktuelles/kommentar-zur-4-empfehlung-der-regierungskommission-bmg>.

gegen die Qualität und Sicherstellung der Versorgung durch die Empfehlung eines eigenständigen Facharztstitels für Notfallmedizin in Gefahr.⁸² Ein eigenständiger Facharzttitel für Notfallmedizin könne die notwendige fachliche Tiefe, wie sie in den Fächern Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie etc. vermittelt werde, nicht erreichen, vielmehr könne in jedem Teilbereich nur ein kleiner fachlicher Ausschnitt abgedeckt werden. Die Fachgesellschaften sprechen sich daher für das Konzept einer notfallmedizinischen Zusatzqualifikation aus, welche die Weiterbildung zum Facharzt zwar ergänze, aber nicht ersetze. Um zu erreichen, dass sich die Chirurgen und Spezialisten für Intensiv- und Notfallmedizin gemeinsam mit den anderen Fachdisziplinen, insbesondere der Anästhesie, der Inneren Medizin, der Neurologie und Pädiatrie, für schwerkranke intensiv- und notfallmedizinische Patientinnen und Patienten einsetzen, habe die DGCH eine Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Intensiv- und Notfallmedizin (CAIN) gegründet.⁸³ Aus Sicht der DGCH sei die Notfallmedizin nicht nur im Rettungsdienst, sondern auch innerklinisch ein wichtiger Bestandteil der chirurgischen Fachgebiete, sodass anstelle der Einführung eines Facharztstitels für Notfallmedizin vielmehr die interdisziplinäre Kooperation zu fördern sei.⁸⁴

Auch die BÄK lehnt die Forderung nach einem Facharzt für Notfallmedizin und auch die Ausweitung der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ als Voraussetzung für eine ärztliche Tätigkeit in der Notfallversorgung ab.⁸⁵ Sie verweist insbesondere darauf, dass die Behandlung von Notfällen integraler Bestandteil aller fachärztlichen Gebiete der unmittelbaren Patientenversorgung sei und es den „einen Notfallpatienten“ nicht gebe, sodass auch eine eigenständige Facharztentität im Bereich der Notfallmedizin die fachspezifische Versorgung nicht ersetzen könne.⁸⁶ Im deutschen Versorgungssystem gehe es vielmehr um eine Erstversorgung und Lotsenfunktion für die anschließende fachspezifische Behandlung. Zudem gebe es Bedenken, dass eine Facharztbezeichnung in der Notfallmedizin für die berufliche Karriere nicht förderlich

82 Berufsverband der Deutschen Chirurgie e. V. (BDC), Qualität und Sicherstellung der Versorgung durch Empfehlung eines Facharztes für Notfallmedizin in Gefahr, 14. März 2023, abrufbar unter <https://www.bdc.de/qualitaet-und-sicherstellung-der-versorgung-durch-empfehlung-eines-facharztes-fuer-notfallmedizin-in-gefahr/>.

83 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie e. V. (DGCH), Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Intensiv- und Notfallmedizin (CAIN), abrufbar unter <https://www.dgch.de/index.php?id=163>.

84 Zu den strukturellen und organisatorischen Anforderungen einer Notaufnahme sowie den persönlichen Zielsetzungen und Anforderungen eines Facharztes in der Notfallmedizin aus unfallchirurgischer Sicht siehe Laun, Reinhold A., Der neue Facharzt Notfallmedizin – Beruf und Perspektiven, BDC (Hrsg.), 1. Mai 2013, abrufbar unter <https://www.bdc.de/der-neue-facharzt-notfallmedizin-beruf-und-perspektiven/>.

85 BÄK, Reform der Akut- und Notfallversorgung, Positionierung der Bundesärztekammer zur Vierten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland“ Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen, 17. März 2023, abrufbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/BAEK-Positionen_zu_Empfehlungen_der_Regierungskommission_zur_Notfallreform.pdf.

86 BÄK, Stellungnahme der Bundesärztekammer zu dem Antrag der Fraktion der FDP: Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt (BT-Drs. 19/16037) vom 17. Dezember 2019 und zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Im Notfall gut versorgt – Patientengerechte Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 19/5909) vom 20. November 2018, 3. Juni 2021, abrufbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Notfallversorgung_Stellungnahme_BAEK_zur_Anhoerung_03062021_final_mit_Anlage.pdf.

sei, denn außerhalb der Notaufnahme hätte ein Facharzt/eine Fachärztin für Notfallmedizin keine weiteren Arbeitsmöglichkeiten. Zudem sei fraglich, über welche Kompetenzen eine eigenständige Facharztentität verfügen soll. Alle relevanten Bereiche der Notfallmedizin unter Berücksichtigung des Facharztstandards abzubilden, dürfte die übliche Weiterbildungszeit von fünf bis sechs Jahren um ein Vielfaches übersteigen. Daneben wird angeführt, dass strukturschwache Regionen bereits jetzt zum Teil große Schwierigkeiten hätten, qualifiziertes Personal zu rekrutieren und es bestehe die Gefahr, dass sich die Versorgung durch nicht begründete Qualitätsvorgaben eher verschlechtere.
