

Die Entwicklung des Weiterbildungsrechts im Nachgang zum Facharztbeschluss des Bundesverfassungsgerichts

Karsten Scholz

Für die ärztliche Weiterbildung bzw. das vom Bundesverfassungsgericht sogen. Facharztwesen war der Facharztbeschluss des Gerichts vom 9.5.1972 – 1 BvR 518/62 und 1 BvR 308/64¹ eine grundlegende Zäsur. In diesem Bereich müssen seither jedenfalls die „statusbildenden“ Normen, d.h. etwa diejenigen Regeln, welche die Voraussetzungen der Facharztanerkennung, die zugelassenen Facharzttrichtungen, die Mindestdauer der Ausbildung, das Verfahren der Anerkennung, die Gründe für eine Zurücknahme der Anerkennung sowie Bestimmungen, welche die allgemeine Stellung der Fachärzte innerhalb des gesamten Gesundheitswesens betreffen, in den Grundzügen durch ein förmliches Gesetz festgelegt werden. Die dann noch erforderlichen ergänzenden Regelungen können nach Ermessen des Gesetzgebers dem Satzungsrecht der Ärztekammern überlassen bleiben.

Der Beschluss gehört zu den grundlegenden und immer wieder herangezogenen Entscheidungen des Gerichts mit Auswirkungen im gesamten besonderen Verwaltungsrecht. Von daher bedarf er als solcher keiner weiteren Erörterung.² Kaum betrachtet wurde aber bislang, welche Folgen die Entscheidung in dem Rechtsgebiet ausgelöst hat, welches Verfahrensgegenstand war. Die Konferenz der Gesundheitsminister der Länder hat im Nachgang einen „Musterentwurf eines Ländergesetzes für das Facharztwesen“ erarbeiten lassen, der im Jahr 1974 fertiggestellt wurde.³ 50 Jahre später ist das entsprechende Jubiläum der Juristischen Fakultät der Leibniz

1 BVerfGE 33, 125 = NJW 1972, 1504. Das BVerwG entschied am 12.12.1972 – I C 30/69, NJW 1973, 576, dass der Gesetzgeber in den Grundzügen auch über die Heranziehung von Fachärzten zum ärztlichen Notfalldienst selbst entscheiden muss.

2 Vgl. zuletzt *Gebhard*, Die ärztliche Berufsfreiheit im Lichte des Wesentlichkeitsgrundsatzes: Eine Analyse der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den grundrechtlichen Anforderungen an die Rechtsetzung der (vertrags)ärztlichen Selbstverwaltung, in: Kießling/Schreiber/Spiecker gen. Döhmann (Hrsg.), Tagungsband zur Tagung „Das Vertragsarztrecht – ein ‚Systemsprenger‘?“, Baden-Baden 2024, S. 47-77.

3 DÄBl 1974, 598.

Universität Hannover ein guter Anlass, eine Bilanz zur Entwicklung des Facharztwesens in den zurückliegenden fünf Jahrzehnten zu ziehen.

I. Der Facharztbeschluss vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung

Das Bundesverfassungsgericht zeichnet in seinem Beschluss die Entwicklung des Facharztwesens seit der Mitte des 19. Jahrhunderts nach, die teils durch gesetzliche Regelungen und teils durch die Tätigkeit der ärztlichen Standesorganisationen geschaffen worden sei. Hervorgehoben werden die auf dem 43. Deutschen Ärztetag im Jahr 1924 beschlossenen „Leitsätze zur Anerkennung und praktischen Tätigkeit von Fachärzten“, später kurz „Bremer Richtlinien“ genannt. Diese befassten sich nicht nur eingehend mit der Facharztausbildung und mit dem Verfahren der Facharztanerkennung, sondern sie hielten auch fest, dass sich Fachärzte „im Wesentlichen“ auf ihr Sonderfach beschränken müssen.⁴

Des Weiteren wurde in Bremen zum Ausdruck gebracht, dass eine gesetzliche Regelung der Facharztfrage – seinerzeit diskutiert in der Gewerbeordnung⁵ – weder erwünscht noch notwendig sei.⁶ Die Aufgabenverteilung zwischen Haus- und Fachärzten sei lediglich eine ärztliche Standesfrage, welche die praktischen Ärzte und die Fachärzte in gleicher Weise berühre und nur durch kollegiales Verständnis und durch Zusammenarbeiten beider gelöst werden könne. Man sei bereit, durch eigene, frei auferlegte Standesbestimmungen klare Verhältnisse zu schaffen. Das gelang, wie *Handwerker*⁷ schildert, allerdings nur, indem aus den Leitsätzen die beiden wichtigsten Punkte hervorgehoben wurden: der Besitz der nötigen Vorbildung für den Facharzt und der Ausschluss berufsmäßiger Ausübung allgemeiner ärztlicher Tätigkeit für den Facharzt.

4 Vgl. dazu BVerfGE 33, 125 (131).

5 *Sewering*, Von der „Bremer Richtlinie“ zur Weiterbildungsordnung, DÄBl 1987, A-2299.

6 Zur Befugnis des Bundesgesetzgebers, die vertragsärztliche Versorgung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich zu gliedern, BVerfG, Beschl. v. 17.6.1999 – 1 BvR 2507/97, MedR 1999, 560.

7 Bayerisches Ärztliches Correspondenzblatt 1928, 291 f. Dort wird aus der Standesordnung für die Ärzte Bayerns aus dem Jahr 1910 zitiert: „Die Bezeichnung als Spezialarzt oder Arzt für ein spezielles Fach ist ohne den Besitz der nötigen Vorbildung unstatthaft. Die Bezeichnung ‚Spezialarzt‘ schließt die berufsmäßige Ausübung anderer Praxis aus.“

In seinem Beitrag „Spezialärzte in der Spätantike“ belegt *Baader*,⁸ dass das Spezialistentum bei den Ärzten bereits im 3. Jahrhundert vor Christus in Alexandria seinen Anfang nahm. Unter Verweis auf entsprechende Quellen erfährt man bei ihm, dass *Eduard Dietrich* in einer Denkschrift der Medizinalabteilung des Preußischen Kultusministeriums im Jahr 1904 angemerkt hatte, dass die meisten der damaligen Spezialärzte in die Praxis gegangen wären, ohne die erforderliche Spezialausbildung zu haben. Die westfälische Ärztekammer und die Ärztekammer der Rheinprovinz und der Hohenzollerschen Lande legten – wie zuvor diejenigen in Bayern und Sachsen – in den Jahren 1899 bzw. 1900 fest, dass das Führen der Bezeichnung „Spezialist“ ohne genügende Vorbildung unstatthaft war.⁹

Der Beitrag von *Baader* legt zudem dar, dass Spezialistentum meist dem Bestreben entsprungen ist, aus der allgemeinen Praxis Patienten zu gewinnen, aber auch in der bequemerer Art der Berufsausübung, welche die spezialärztliche Tätigkeit bisweilen mit sich brächte. Allerdings wünschten sich nicht nur die Ärzte eine Arbeitsteilung und eine praktische und wissenschaftliche Vertiefung in einem begrenzten Aufgabengebiet, sondern dies entsprach auch einem gleichwertigen Bedürfnis der Patienten. Diese waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts mobiler geworden und konnten so Spezialarztpraxen in größeren Orten aufsuchen, die von den Fachärzten, auch aufgrund der zunehmenden Verstädterung, einträglich betrieben werden konnten.

Zum Zeitpunkt der Entscheidung des BVerfG enthielten die Heilberufe- und Kammergesetze der Länder keine Vorschriften über Fachärzte. Sie ermächtigten die Ärztekammern lediglich, Berufsordnungen zu erlassen, in denen Bestimmungen über ärztliche Berufspflichten und damit auch zum Führen einer Bezeichnung als Spezialist getroffen werden konnten. Auf dieser Grundlage regelten Facharztordnungen das gesamte Facharztwesen.¹⁰

Gegenstand der einen Verfassungsbeschwerde war die erwähnte Beschränkung der Berufsausübung auf das eigene Fachgebiet. Einem Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe wurde vorgeworfen, jedenfalls in einem Fall einen männlichen Patienten – den Ehemann einer Patientin

8 *Baader*, Spezialärzte in der Spätantike, *Medizinhistorisches Journal* 1967, 231.

9 LT-Drs. NRW 7/4489, S. 17.

10 Dies knüpfte an das vorkonstitutionelle Recht an. Die Berufsordnung für die deutschen Ärzte v. 5.11.1937 (DÄBl 1937, 1031) gliederte sich in „Allgemeine Berufsvorschriften“ und eine „Facharztordnung“.

– behandelt zu haben.¹¹ Die andere Verfassungsbeschwerde legte ein Arzt ein, der sowohl über die Facharztanerkennung für „Innere Krankheiten“ als auch über diejenige für „Röntgen- und Strahlenheilkunde“ verfügte und auf seinem Praxisschild und auf Briefbögen neben der Facharztbezeichnung für Innere Krankheiten den Zusatz: „Röntgen-Diagnostik“ und später stattdessen auch die zweite Facharztbezeichnung führte.

Das Bundesverfassungsgericht stellte in dem Beschluss zunächst fest, dass die Tätigkeit als Facharzt – unter dem Blickwinkel der Gesetzgebungskompetenzen – nicht die Ausübung eines neben dem Arztberuf bestehenden weiteren Berufs, sondern eine besonders gestaltete Tätigkeit innerhalb des Berufs des Arztes darstellt. Gesetzliche Regelungen zur Tätigkeit als Facharzt beziehen sich demnach auf die Art der Ausübung des ärztlichen Berufs und fallen in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Diese können den Ärztekammern als Berufsverbände des öffentlichen Rechts Satzungsgewalt einräumen, aufgrund derer sie eine Weiterbildungsordnung verabschieden.

Der Gesetzgeber darf sich seiner Rechtsetzungsbefugnis aufgrund des Rechtsstaatsprinzips und der demokratischen Grundsätze allerdings nicht völlig entäußern und seinen Einfluss auf den Inhalt der von den Kammerversammlungen zu erlassenden Normen nicht gänzlich preisgeben. Er muss die grundlegende Entscheidung darüber treffen, welche Gemeinschaftsinteressen so gewichtig sind, dass das Freiheitsrecht des Einzelnen zurücktreten muss. Außerdem muss er der Gefahr begegnen, dass Berufsanfänger und Außenseiter durch ein Übergewicht von Verbandsorganen oder ein verengtes Standesdenken benachteiligt werden und notwendige Veränderungen und Auflockerungen festgefügtter Berufsbilder unterbleiben.

Aus seinen weitergehenden Überlegungen folgert das Bundesverfassungsgericht, „dass im Bereich des Facharztwesens jedenfalls die ‚statusbildenden‘ Normen, d.h. etwa diejenigen Regeln, welche die Voraussetzungen der Facharztanerkennung, die zugelassenen Facharzttrichtungen, die Mindestdauer der Ausbildung, das Verfahren der Anerkennung, die Gründe für eine Zurücknahme der Anerkennung sowie die allgemeine Stellung der Fachärzte innerhalb des gesamten Gesundheitswesens betreffen, in den Grundzügen durch ein förmliches Gesetz festgelegt werden müssen. Die

11 Vgl. auch BVerfG, Beschl. v. 1.2.2011 – 1 BvR 2383/10, MedR 2011, 572. Danach liegt die Durchführung von 200 fachgebietsfremden Operationen, die weniger als 5 % der ärztlichen Tätigkeit ausmachen, noch im geringfügigen Bereich und begründet keinen Verstoß gegen das Gebot, sich in seiner Tätigkeit grundsätzlich auf das eigene Fachgebiet zu beschränken.

dann noch erforderlichen ergänzenden Regelungen können nach Ermessen des Gesetzgebers dem Satzungsrecht der Ärztekammern überlassen bleiben.“

II. Der Musterentwurf und seine Umsetzung

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hatte sich im Nachgang zum Facharztbeschluss für eine möglichst baldige, aber auch ländereinheitliche gesetzliche Neuregelung des Facharztwesens ausgesprochen. Denn die grundgesetzlich garantierte Freizügigkeit der Ärzte dürfe nicht durch verschiedenartige Facharztregelungen beeinträchtigt werden. Auf Basis eines durch die Länderarbeitsgruppe „Facharztwesen“ erarbeiteten Vorschlags beschloss die GMK in ihren Sitzungen am 15./16.11.1973 und 16./17.5.1974 den „Musterentwurf eines Ländergesetzes für das Facharztwesen“.¹² In den in die Landtage eingebrachten Gesetzentwürfen heißt es sowohl in Bayern als auch in Nordrhein-Westfalen, dass die GMK erneut nachdrücklichst betont habe, dass sie im Hinblick auf den Freizügigkeitsaspekt eine größtmögliche Übereinstimmung der zu schaffenden Länderbestimmungen für unerlässlich halte.

Diese politische Willensäußerung mag aber auch dadurch befördert worden sein, dass der Bundestag am 15.11.1951 ein „Gesetz zur Anpassung der Facharztordnung für die deutschen Ärzte an die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft und Praxis“¹³ beschlossen hatte. Danach sollte ein aus Vertretern der Landesärztekammern oder den ihnen entsprechenden Standesorganisationen gebildeter Ausschuss ermächtigt werden, die aus dem Jahr 1937 datierende Facharztordnung und die seitdem aufgrund landesrechtlicher Bestimmungen in Bayern und Niedersachsen erlassenen Facharztordnungen zu vereinheitlichen und den damaligen Verhältnissen anzupassen. Die Beschlüsse hätten der Genehmigung des Bundesministers des Innern bedurft. Das Gesetz scheiterte aufgrund verfassungsrechtlicher

12 DÄBl 1974, 598.

13 BT-Drs. 1/2761. Im Gesetzentwurf mit der BT-Drs.-Nr. 1/2255 sollte der Deutsche Ärztetag zur Anpassung der Facharztordnung ermächtigt werden. Die SPD wollte diese Aufgabe ausweislich des Sitzungsprotokolls über die 175. Sitzung des Deutschen Bundestages, S. 7174, einem Ausschuss des Bundesgesundheitsrates übertragen.

Bedenken des Bundesrates¹⁴ im Vermittlungsausschuss und wurde am 24.1.1952 wieder aufgehoben.¹⁵ Bereits zuvor war zwei Tage vor der Schlussabstimmung zum Grundgesetz der fehlgeschlagene Versuch unternommen worden, dort eine Rahmengesetzgebungskompetenz des Bundes für das Selbstverwaltungsrecht der Heilberufe aufzunehmen.¹⁶

1. Wesentliche Regelungen des Musterentwurfs

Der Musterentwurf berücksichtigt bereits die damals noch im Entwurf vorliegende, spätere Richtlinie 75/362/EWG v. 16.6.1975 über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Arztes.¹⁷ Er lässt offen, ob sich ein Gebietsarzt nach erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung „Arzt für ...“ oder „Facharzt für ...“ nennen darf. Die Entscheidung sollte den Ärztekammern überlassen bleiben.¹⁸ Im Jahr 1968 hatte der Deutsche Ärztetag beschlossen, dass sich ein weitergebildeter Arzt entweder für eine der für die einzelnen Fachgebiete üblichen Kurzbezeichnungen oder für die Bezeichnung „Arzt“ bzw. „Facharzt für ...“ mit Angabe des jeweiligen Fachgebietes entscheiden kann.¹⁹ Doch schon 1972 war dieser Beschluss revidiert worden. In der Diskussion um eine Gleichstellung entschied der Deutsche Ärztetag, dass Ärzte aller Fachrichtungen nur noch die Kurzbezeichnung führen oder sich „Arzt für ...“ nennen durften. Nachgehend entschied der Bayerische Verfassungsgerichtshof, dass es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sei, dass die

14 In der BT-Drs. 1/2916 wird darauf hingewiesen, dass zum Erlass von Rechtsvorschriften nur die Bundesregierung oder einzelne Bundesminister ermächtigt werden könnten.

15 BT-Drs. 1/3014. Vgl. das Sitzungsprotokoll über die 188. Sitzung des Deutschen Bundestages, S. 7985. Man wollte außerdem die Selbstverwaltungsautonomie der Ärzteschaft wahren und ging andererseits davon aus, die Voraussetzungen für die Neufassung der Facharztordnung im Rahmen einer neuen Zulassungsverordnung für Kassenärzte zu schaffen. Die Eingangsformel der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) v. 28.5.1957 (BGBl. I S. 572) weist aus, dass die Verordnung, der Vorgabe des § 368c der Reichsversicherungsordnung (RVO) folgend, „nach Beratung mit dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ verordnet wurde. Dieser Ausschuss war ein Vorläufer des heutigen Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

16 Gerst, 60 Jahre Grundgesetz: Keine einheitliche Ärzteordnung, DÄBl 2009, A-1046.

17 ABl. Nr. L 167/I. Heute gilt die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7.9.2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

18 Eberhard, Selbstverwaltung und Staat: Erstes neues Kammergesetz nach der Bundesverfassungsgerichtsentscheidung von 1972, DÄBl 1975, 3057 (3060).

19 DÄBl 1969, 25.

Bayerische Landesärztekammer aus gesundheitspolitischen und standespolitischen Erwägungen alle weitergebildeten Ärzte verpflichtet hatte, nach einer gewissen und mit drei Jahren angemessenen Übergangszeit die frühere Berufsbezeichnung „Facharzt für ...“ auf die neue Berufsbezeichnung (ohne den Begriff Facharzt) umzustellen.²⁰

Der Musterentwurf besteht aus dreizehn Paragraphen, von denen der letzte eine Übergangsbestimmung ist. Danach gelten zuvor ausgesprochene Anerkennungen als Anerkennungen auf der Grundlage des neuen Gesetzes, allerdings mit der Maßgabe, dass sie in der aktuell in der Weiterbildungsordnung geregelten Form zu führen sind. Ärzte, die sich bei Inkrafttreten des Gesetzes in der Weiterbildung befanden, konnten diese noch nach den bis dahin geltenden Bestimmungen abschließen. § 12 legt zudem fest, dass die im übrigen Geltungsbereich der Bundesärzteordnung erteilte Anerkennung, eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung zu führen, auch im Geltungsbereich des jeweiligen Heilberufe- und Kammergesetzes gilt.²¹

Eine Bezeichnung weist auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten medizinischen Gebiet (Gebietsbezeichnung) oder Teilgebiet (Teilgebietsbezeichnung) oder auf andere zusätzlich erworbene Kenntnisse (Zusatzbezeichnung) hin. Nach § 2 Abs. 1 und 3 bestimmt die Ärztekammer, und zwar in der Weiterbildungsordnung (§ 11 Abs. 2 Nr. 1), Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnungen, wenn dies im Hinblick auf die medizinische Entwicklung und eine angemessene ärztliche Versorgung erforderlich ist. Die Bestimmung ist aufzuheben, wenn diese Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.²² Mit den materiellen Vorgaben für die Einführung neuer Bezeichnungen sollte unter Bezugnahme auf die Entscheidung des BVerfG eine zu große Aufsplitterung der Fachbereiche vermieden werden, weil dies das Wissen um größere Zusammenhänge in der Medizin infrage stellen würde.²³

20 Entscheidung vom 17.5.1982 – Vf. 25-VII-80, NJW 1983, 325.

21 Vgl. dazu BVerfG, Beschl. v. 9.3.2000 – 1 BvR 1662/97, MedR 2020, 479, wonach eine in der DDR erworbene Facharztbezeichnung, nämlich „Facharzt für Sportmedizin“, auch in Baden-Württemberg geführt werden darf.

22 Zur Aufhebung der Zusatzbezeichnung Homöopathie BVerwG, Beschl. v. 11.1.2022 – 3 BN 6.21, GesR 2022, 324 und nachgehend BVerfG, Beschl. v. 31.3.2022 – 1 BvR 565/22; BVerwG, Beschl. v. 25.5.2022 – 3 BN 3.22 und 3 BN 4.22, BeckRS 2022, 16989 und BeckRS 2022, 16271.

23 LT-Drs. Bayern 8/4364, S. 8.

Die Weiterbildungsordnung²⁴ hat neben den genauen Weiterbildungsinhalten auch die Mindestdauer der Weiterbildung sowie die Dauer und Reihenfolge der einzelnen Weiterbildungsabschnitte festzulegen, §§ 5 Abs. 8, 11 Abs. 2 Nr. 4.

Die Weiterbildung umfasst neben praktischer Berufstätigkeit die vom Weiterbildungsermächtigten selbst durchzuführende²⁵ theoretische Unterweisung und durfte in den Gebieten drei Jahre nicht unterschreiten. In den Teilgebieten kann sie teilweise im Rahmen der Weiterbildung in dem zugehörigen Gebiet durchgeführt werden, § 3 Abs. 4. Sie wird ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchgeführt. Wenn eine ganztägige Weiterbildung aus persönlichen Gründen unzumutbar ist, kann die Weiterbildung für eine Zeit von höchstens vier Jahren halbtägig erfolgen, wobei diese Zeit bis zur Hälfte anrechnungsfähig ist, § 5 Abs. 4 und 5. Unter der Maßgabe, dass die Ärztekammer, wenn dies mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist, Ausnahmen zulassen kann, dürfen höchstens zwei Drittel der Weiterbildungszeit bei derselben Weiterbildungsstätte und demselben Arzt abgeleistet werden, § 5 Abs. 4.

Die Weiterbildungsstätte lässt nach dem Entwurf der zuständige Minister unbefristet²⁶ zu; dies sollte die Abstimmung mit der Krankenhausplanung gewährleisten.²⁷ Die Weiterbildenden ermächtigt die jeweilige Landesärztekammer. Dies ist an die Voraussetzung geknüpft, dass der Arzt über die Anerkennung der Arztbezeichnung verfügt, in der er weiterbilden will. Zudem muss er fachlich und persönlich geeignet sein, wobei auch mehrere Ärzte gemeinsam ermächtigt werden können, § 6 Abs. 2. Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Kammerangehörige verpflichtet ist, die Weiterbildung entsprechend den rechtlichen Vorgaben durchzuführen. Darunter sollte auch fallen, dass der Weiterbilder darauf hinwirkt, dass die Weiterbildungszeit eingehalten wird und Assistenten, die nur die Weiterbildungszeit erfüllen wollen, nicht ungebührlich lange als Weiterzubildende festgehalten werden dürfen.²⁸

24 Sie hätte aber auch weiterhin Teil der Berufsordnung bleiben können, LT-Drs. Bayern 8/4364, S. 26.

25 LT-Drs. NRW 7/4489, S. 23.

26 Es sollte im Gegensatz zum bis dahin geltenden Recht keine Zulassung für eine bestimmte Zeit der Weiterbildung geben (LT-Drs. Bayern 8/4364, S. 24).

27 Vgl. auch Stenographischer Bericht 8/88 v. 18.10.1977, S. 4791 f. des Bayerischen Landtages, wonach die Auswirkungen auf die öffentlich-rechtlichen Träger berücksichtigt wurden.

28 LT-Drs. NRW 7/4489, S. 24.

Das Mustergesetz sieht am Ende der Weiterbildung eine Prüfung vor; sie soll einen qualifizierten Nachweis in besonders objektivierter Form erbringen, aber nicht allein, sondern neben den in Zeugnissen aus der Weiterbildungszeit dokumentierten Ergebnissen maßgeblich sein.²⁹ Bei der Anerkennung einer Zusatzbezeichnung kann auf die Prüfung verzichtet werden, § 8 Abs. 1 S. 2.

Mit dem erfolgreichen Abschluss der Weiterbildung erhält der Arzt das Recht zum Führen der entsprechenden Bezeichnung. Auf verwandten Gebieten dürfen mehrere Gebietsbezeichnungen nebeneinander geführt werden. Hingegen darf die Bezeichnung „Allgemeinmedizin“ nicht neben einer anderen Gebietsbezeichnung und eine Teilgebietsbezeichnung nicht isoliert ohne die zugehörige Gebietsbezeichnung geführt werden, § 4. Wer eine Gebietsbezeichnung führt, darf im Wesentlichen nur in diesem Gebiet tätig werden, § 10 Abs. 1.

2. Umsetzung in den Ländern

Als erstes Bundesland verabschiedete das Saarland am 24.3.1975 ein entsprechendes Gesetz. Es folgte Nordrhein-Westfalen mit am 12.3.1975 vom Landtag beschlossenen Gesetz vom 8.4.1975.³⁰ In Bayern stammt das Gesetz zur Änderung des Kammergesetzes vom 24.11.1977 und trat am 1.1.1978 in Kraft.³¹ In beiden Gesetzen heißt es aber abweichend vom Musterentwurf, dass wer eine Gebietsbezeichnung führt, „grundsätzlich“ nur in diesem Gebiet tätig werden dürfe.³² Auf Grundlage der Landesgesetze beschlossen die Ärztekammern ihr jeweiliges Satzungsrecht. Der Inhalt der Weiterbildung ergab sich allerdings aus den vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossenen Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung, welche durch die Vorstände der Landesärztekammern in Kammerrecht transformiert wurden. Diese Vorgehensweise, in Verwaltungsrichtlinien Mindestuntersuchungs- und -behandlungszahlen festzulegen, wurde aus rechtlichen Gründen erst mit der Novelle der (Muster-)Weiterbildungsord-

29 LT-Drs. Bayern 7/4489, S. 24 f. Das Prüfungsgespräch muss aber auch für sich genommen bestanden werden (VGH München, Urt. v. 15.3.1995 – 7 B 93.1159, NJW 1996, 1614).

30 GV. NRW. 1975, S. 289.

31 Bay. GVBl. 1977, S. 657. In der Gesetzesbegründung wird zum Teil auf Regelungen in Baden-Württemberg verwiesen.

32 § 22m Abs. 1 NRW; Art. 171 Abs. 1 Bayern.

nung im Jahr 2018 aufgegeben. Die Vorgehensweise, darüber hinaus aber auch die Festschreibung von Mindestuntersuchungszahlen, war schon Ende der 1980 Jahre von *Gunther Schwerdtfeger*, seinerzeit Universitätsprofessor für Öffentliches Recht und Recht der Sozialen Sicherung an der Universität Hannover, in einem Gutachten kritisiert worden.³³

III. Rechtsentwicklung seit 1974

1. Verfahrensregelungen und Zuständigkeit

Das Mustergesetz stammt aus einer Zeit, zu der das Verwaltungsverfahrensgesetz des Bundes und die entsprechenden Ländergesetze noch nicht verabschiedet waren. Das VwVfG des Bundes trat am 1.1.1977 in Kraft.³⁴ Da es sich bei der Anerkennung einer Arztbezeichnung um einen Verwaltungsakt handelt, bedürfte es jedenfalls seitdem keiner spezialgesetzlichen Regelungen zur Rücknahme einer Anerkennung mehr. Die Verwaltungsverfahrensgesetze der Länder regeln die Rücknahme von Verwaltungsakten in § 48 VwVfG für den Fall, dass die für die Erteilung erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren.

Gesetzliche Änderungen waren jüngst aufgrund eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts³⁵ erforderlich. Das Gericht hat aus dem prüfungsrechtlichen Gebot der Chancengleichheit abgeleitet, dass die konkrete Zahl der Prüfer rechtssatzmäßig festgelegt werden muss. Es müssen danach Regelungen entfallen, wonach das zuständige Fachministerium nach Verfügbarkeit ein weiteres Mitglied des bei der Ärztekammer eingerichteten Prüfungsausschusses bestimmen kann. Die Weiterbildungsordnungen gehen mit Ausnahme von Niedersachsen,³⁶ wo man sich am bestellten Prüferpool zu den Juristischen Staatsexamen orientiert hat, davon aus, dass feste, ggfs. auch mehrere, Prüfungsausschüsse für jedes Gebiet errichtet werden.

Einzeln den Kammergesetzen lässt sich entnehmen, dass sich die Ableistung der die Weiterbildung abschließenden Prüfung auch in anderer Hinsicht weiterentwickelt hat. § 39 Abs. 4 S. 2 HeilberG NRW bestimmt, dass der Prüfungsausschuss neben den Zeugnissen die mündlich oder praktisch

33 *Schwerdtfeger*, Weiterbildungsnormen der Ärztekammern auf dem rechtlichen Prüfstand, Berlin/Heidelberg 1989.

34 BGBl. I 1976, S. 1253.

35 Urt. v. 28.10.2020 – 6 C 8.19, DVBl 2021, 1088.

36 § 13 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen.

dargelegten Kenntnisse und Fertigkeiten zu beurteilen hat. Auch dies wirft die Frage nach dem prüfungsrechtlichen Gebot der Chancengleichheit auf. Denn weder die Weiterbildungsordnungen noch Verwaltungsvorschriften geben vor, wann der Prüfungsausschuss welches Prüfungsformat wählt.

Limitierungen für praktische Prüfungen ergeben sich bereits daraus, dass diese in den Verwaltungsgebäuden der Ärztekammern stattfinden. Denkbar ist es aber, dass der Prüfling um eine Anamneseerhebung oder ein Aufklärungsgespräch gebeten wird. In der Radiologie sind gelegentlich Röntgenbilder und in der Pathologie Präparate zu beurteilen. Zum Teil bietet sich der Einsatz von kleinen Modellen wie einer Akupunkturpuppe an. Lehrpraxen, welche für die Ausbildung Medizinischer Fachangestellter eingerichtet sind, können auch zur Facharztprüfung genutzt werden und ermöglichen die Prüfung weiterer praktischer Fähigkeiten. Aus den unterschiedlichen Anforderungen in den einzelnen Gebieten lassen sich sachliche Gründe für eine unterschiedliche Prüfungsweise ableiten. Die Kammern sollten allerdings durch einen wiederkehrenden Austausch zwischen den Prüfenden sicherstellen, dass innerhalb eines einzelnen Gebiets oder Teilgebiets gleiche Prüfungsbedingungen eingehalten werden.

Die aktuelle (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer sieht im Bereich der Zusatzbezeichnungen auch reine Kursweiterbildungen vor. Die Heilberufe- und Kammergesetze enthalten hinsichtlich der Frage, ob bei der Anerkennung von Zusatzbezeichnungen auf eine mündliche Prüfung verzichtet werden kann, inzwischen uneinheitliche Regelungen. Zurzeit haben sich die Ärztekammern darauf verständigt, alle Anerkennungen nur nach erfolgter mündlicher Prüfung auszusprechen. Der Aufwand erscheint jedoch bei einer reinen Kursweiterbildung kaum gerechtfertigt, selbst wenn im Nachgang zur COVID-19-Pandemie reine Online-Prüfungen denkbar sind. Einen Weg zeigt möglicherweise das Niedersächsische Kammergesetz für die Heilberufe auf. Dessen § 41 Abs. 2 S. 2 Halbs. 2 bestimmt, dass für bestimmte Kategorien von Arztbezeichnungen anstelle der mündlichen eine schriftliche Prüfung vorgesehen werden kann.³⁷

2. Hierarchisches Prinzip

Das Mustergesetz stammt, wie bereits ausgeführt, aus der Zeit vor Inkrafttreten des Verwaltungsverfahrensgesetzes. Dem dürfte geschuldet sein, dass

³⁷ Vgl. dazu LT-Drs. Nds. 16/4313, S. 8.

die Einordnung der Weiterbildung in die öffentlich-rechtlichen Handlungsformen seinerzeit nicht erfolgt ist. Heute entspricht es ständiger Rechtsprechung, dass die Weiterbildung entsprechend Art. 25 Abs. 3 S. 3 Richtlinie 2005/36/EG grundsätzlich im Rahmen angemessen vergüteter ärztlicher Berufsausübung erfolgt, also im Regelfall ein Arbeitsverhältnis zwischen dem Arzt und dem Träger der Weiterbildungsstätte begründet wird.³⁸ Daneben besteht aber ein öffentlich-rechtliches Weiterbildungsverhältnis zwischen einerseits dem Weiterbildenden und andererseits dem Weiterzubildenden.³⁹ Dieses kommt in der Regel aufgrund einer mündlichen Absprache zustande,⁴⁰ weshalb ab und an eingewendet wird, ein solches Weiterbildungsverhältnis sei gar nicht zustande gekommen, sodass kein Anspruch auf ein entsprechendes Zeugnis bestehe.⁴¹ Damit fehlt es dann aber an der formalen Voraussetzung, um den Assistenzarzt zur Facharztprüfung zuzulassen. Denn der Ausschuss darf nicht nur auf Grundlage der mündlichen Prüfungsleistung entscheiden, sondern muss der Entscheidung über das Bestehen der Prüfung auch die Zeugnisse zugrunde legen. Keine Weiterbildung erfolgt, soweit ein Arzt einen eigenen Versorgungsauftrag im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wahrnimmt. Die Gesetze bringen dies zum Teil noch dadurch zum Ausdruck, dass Zeiten eigener Praxistätigkeit auf die Weiterbildung nicht anrechenbar sind.⁴²

3. Weiterbildung im ambulanten Bereich

Die Weiterbildung fand abgesehen von der Allgemeinmedizin in der Mitte der 1970er Jahre nahezu ausschließlich im Krankenhaus statt. Nach und nach übernahm der ambulante Bereich, etwa im Zuge der Etablierung ambulanter Operationen oder der Auslagerung einzelner Versorgungsbereiche wie der Pathologie oder Radiologie, weitergehende Versorgungsaufgaben. Damit stiegen auch die Anforderungen an die Praxen in ihrer Funktion als Weiterbildungsstätte, die deshalb ebenfalls der Zulassung, und zwar sei-

38 Vgl. dazu das Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung.

39 OVG Lüneburg, Beschl. v. 18.8.2011 – 8 LA 101/11, MedR 2012, 149.

40 Ein Muster für einen entsprechenden Vertrag findet sich in *Scholz/Treptow* (Hrsg.), Beck'sches Formularbuch Medizin- und Gesundheitsrecht, 2. Aufl., München 2022, Formular E. I. 4.

41 Das Zeugnis ist vom Arbeitszeugnis zu trennen (VG Augsburg, Urt. v. 4.2.2009 – 4 K 07.809, BeckRS 2009, 47498) und Streitigkeiten darüber entscheiden die Verwaltungsgerichte (LAG Hessen, Beschl. v. 28.7.2023 – 3 Ta 29/23, NZA-RR 2023, 609).

42 Vgl. § 5 Abs. 6 des Musterentwurfs.

tens der Ärztekammer, bedürfen. Dies erfolgt im Zusammenhang mit der Erteilung der Weiterbildungsbefugnis der in der Praxis oder dem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Fachärzte. Die im Zuge der aktuellen Krankenhausreform propagierte Ambulantisierung wird die Weiterbildung noch stärker in den ambulanten Bereich verlagern.

Soweit die ambulante Einrichtung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, bedarf die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten der vorherigen Genehmigung seitens der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, § 32 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 Ärzte-ZV. Die Weiterbildung wird im ambulanten Bereich nach § 75a SGB V gefördert; zudem sind die vom Assistenten erbrachten Leistungen abrechenbar, dürfen aber grundsätzlich nicht zur Vergrößerung der Praxistätigkeit führen oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen, § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV. Hier besteht weiterer Reformbedarf. Es kommt häufig vor, dass eine Weiterbildungsstelle nach Ausscheiden eines Assistenten nicht nahtlos nachbesetzt werden kann. Dieses kann im Rahmen der Honorarverteilung zu Nachteilen für den Praxisinhaber führen. Daher ist zu fordern, dass auch die Vorhaltekosten für eine Weiterbildungsstelle refinanziert werden und begleitend zusätzliche Qualitätskriterien für eine gute Weiterbildung im ambulanten Bereich entwickelt werden.

4. Wechsel der Weiterbildungsstätte

In Art. 17g Abs. 4 S. 2 BayHKaG hieß es, dass die Weiterbildungsstätte und der Weiterbildende mindestens einmal zu wechseln sind. Das wurde damit begründet,⁴³ dass eine qualifizierte Weiterbildung das Kennenlernen verschiedener Praktiken und Auffassungen erfordert, um später abwägend mit einem gewissen Weitblick nach eigener Überzeugung beruflich handeln zu können. Dieses liege auch im besonderen gesundheitspolitischen Interesse. Damit sei nicht notwendig ein Ortswechsel verbunden, denn es genüge der Wechsel zwischen verschiedenen Krankenhausabteilungen. Ein Ortswechsel wäre allerdings zumutbar, wenn er im Interesse einer guten und umfassenden Weiterbildung notwendig sei. *Sewering*⁴⁴ berichtet dazu, dass im ursprünglichen Entwurf der GMK vorgesehen war, dass höchstens zwei

43 LT-Drs. Bayern 8/4364, S. 23 f.

44 *Sewering*, Neufassung der Weiterbildungsordnung – Referat zu Tagesordnungspunkt 3 des 79. Deutschen Ärztetages, DÄBl 1976, 1549 (1552).

Drittel der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit bei einem Weiterbilder und an einer Weiterbildungsstätte hätten abgeleistet werden dürfen.

In Nordrhein-Westfalen ließ § 22h Abs. 4 S. 3 HeilBerG abweichende Bestimmungen für die Weiterbildung in einzelnen Gebieten und Teilgebieten sowie darüber hinaus einzelne Ausnahmen zu, wenn es mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar war. In den Weiterbildungs-gremien und im Vorstand der Bundesärztekammer kam man damals zu dem Ergebnis, dass in einer Vielzahl von Gebieten der Wechsel des Weiterbilders und der Weiterbildungsstätte schon aus der Sache heraus notwendig vorzuschreiben sei. Dies waren damals u.a. die Nervenheilkunde, die Laboratoriumsmedizin, nicht hingegen die Anästhesiologie, Augenheilkunde oder Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. In der Inneren Medizin und der Chirurgie schlug man eine mindestens einjährige Tätigkeit in einem Krankenhaus der Grund- oder Regelversorgung vor. Davon sah man nach Abwägung zwischen den damit verbundenen Belastungen beim ärztlichen Nachwuchs in Verhältnis zu dem ggfs. zu erwartenden Nutzen einer solchen Tätigkeit ab.

Die Frage nach einem obligatorischen Wechsel von Weiterbildungsstätten steht erneut auf der Tagesordnung. Die aktuelle (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) aus dem Jahr 2018 folgt dem kompetenzbasierten Bildungsmodell, welches auf den individuellen Lernfortschritt und die Beherrschung von spezifischen Fähigkeiten und Kenntnissen abstellt. Unter Bezugnahme auf einen auf der Homepage der Bundesärztekammer eingestellten und für den jeweiligen Weiterbildungsgang entwickelten fachlich empfohlenen Weiterbildungsplan wird an der Weiterbildungsstätte ein gegliedertes Programm für die Weiterbildung erstellt, § 5 Abs. 6 MWBO. Dieses ist Grundlage für die individuelle, in einem elektronischen Logbuch zu dokumentierende, Weiterbildung (§ 2a Abs. 7 MWBO), die aus verschiedenen Gründen, etwa dem kurzfristigen Ausfall von anderen in der Weiterbildung befindlichen Ärzten oder (Funktions-)Oberärzten, von dem Programm abweichen kann. Sie kann sich aber auch verlängern, weil die Kompetenzorientierung der Weiterbildung aufzeigt, dass der einzelne Arzt längere Zeit und Unterstützung benötigt, um eine Fähigkeit oder Fertigkeit vollständig zu erfassen, die wiederum Basis dafür ist, um zur nächsten Phase oder Stufe des Kompetenzerwerbs überzugehen. Dementsprechend heißt es bereits in der Präambel der MWBO, dass die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und Weiterbildungszeiten Mindestanforderungen sind und sich die Weiterbildungszeiten individuell verlängern, wenn Weiterbildungsinhalte in der Mindestzeit nicht erlernt werden können.

In den Methodenfächern wie z.B. der Laboratoriumsmedizin ist es zum Kompetenzerwerb daher weiterhin erforderlich, dass der angehende Facharzt ein Jahr in der stationären Patientenversorgung tätig ist. In der Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie muss ein Jahr im „Gegenfach“ abgeleistet werden und bei mehreren Fachgebieten wird ein gesondert ausgewiesener Abschnitt in der intensivmedizinischen Patientenversorgung gefordert.

Die bis 2018 geltende MWBO sah zudem in vielen Fächern vor, dass nur ein bestimmter Anteil der Weiterbildung im ambulanten Bereich abgeleistet werden konnte. Solche Zeiten weist die neue MWBO nicht mehr aus, sondern überlässt es der Anwendung im Einzelfall, wo der Assistenzarzt seine Kompetenzen erwirbt. Der Nachteil dieser Deregulierung liegt in einem Verlust an Planungssicherheit für junge Ärzte. Denn viele Kompetenzen können vorhersehbarerweise nur in einem der beiden großen Versorgungsektoren erworben werden, etwa im Bereich der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Die fehlende Vorgabe erhöht zudem die Gefahr, dass die MWBO in den einzelnen Ärztekammerbezirken unterschiedlich umgesetzt wird oder intensivere Auseinandersetzungen um den zeitlichen Umfang der Weiterbildungsbefugnisse an einzelnen Weiterbildungsstätten geführt werden.

Infolge der anstehenden Krankenhausreform sollte die vor 50 Jahren geführte Diskussion um ein verpflichtendes Weiterbildungsjahr zumindest in der Inneren Medizin und Chirurgie an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung erneut angestoßen werden. Die Reform will kompliziertere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich komplexer Eingriffe an größeren Krankenhäusern konzentrieren. Diese werden für einen Anfänger als Lernort weit weniger geeignet sein als zurzeit. Andererseits sind Krankenhäuser, in denen kleine Routineeingriffe durchgeführt werden, für sie ideale Orte, um erste Kompetenzen zu erwerben, die dann an Krankenhäusern höherer Versorgungsstufe vertieft und ausgebaut werden können. Zukünftig werden spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten zunächst in Skills Labs bzw. zentralen Trainingseinrichtungen und nicht unmittelbar am Patienten praktisch vermittelt werden. Dies könnte Auswirkungen auf das Arzthaftungsrecht und die Rechtsprechung zur Anfängeroperation haben und zu einer Zentralisierung der ersten Monate der Facharztweiterbildung führen.

Die Zukunft der Weiterbildung liegt aber auch unbeschadet solcher Entwicklungen bei der Ausgestaltung von Weiterbildungsverbünden, also Absprachen zwischen den Trägern mehrerer Weiterbildungsstätten, die

ein die einzelnen Weiterbildungsstätten übergreifendes Weiterbildungsprogramm mit festen Rotationszeiten anbieten. Das ist etwa in Niedersachsen in § 48 Abs. 4 des Kammergesetzes für die Heilberufe bereits vorgesehen, wonach die Zulassung als Weiterbildungsstätte für mehrere Einrichtungen gemeinsam erteilt werden kann, wenn diese für sich allein die Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllen. Solche Modelle bedürfen aber der Beachtung z.B. der arbeits- und umsatzsteuerlichen Rahmenbedingungen. In der Regel dürfte es sich anbieten, bei einem Wechsel das an der Haupt-Weiterbildungsstätte bestehende Arbeitsverhältnis ruhen zu lassen und ein neues an der Weiterbildungsstätte zu begründen, zu welcher der Assistent abgeordnet wird. Denn andernfalls dürfte ein umsatzsteuerbarer Fall der Arbeitnehmerüberlassung vorliegen.

5. Teilzeitweiterbildung

Beim 75. Deutschen Ärztetag 1972 in Westerland, der vom 29.5. – 3.6. und damit wenige Wochen nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts stattfand, wurde (erneut) über die Zulassung der Teilzeitweiterbildung diskutiert.⁴⁵ Sah die Weiterbildungsordnung bis dahin noch ausnahmslos die Weiterbildung in voll bezahlten Ganztagsstellen vor, brachten Vertreterinnen des Deutschen Ärztinnenbundes, unterstützt durch Repräsentanten des Hartmannbundes, den 1971 gefassten Ärztetagsbeschluss in Erinnerung, vor allem Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen eine Teilzeitweiterbildung zu ermöglichen. War nach dem dazu erarbeiteten Entwurf die Möglichkeit der Teilzeitweiterbildung auf Fälle beschränkt worden, in denen Ärztinnen einen Säugling oder ein Kleinkind im eigenen Haushalt zu versorgen hatten, sollten auch andere begründete Ausnahmen von dem nach wie vor weiterbestehenden Prinzip der Ganztagsweiterbildung zugelassen werden können.

Die Landesgesetzgeber griffen dies auf. Die Gesetzentwürfe nennen als Begründung für die Option der Teilzeitweiterbildung, dass auf diese Weise vor allem auch weiblichen Berufsangehörigen, „die in der Familie noch benötigt werden“, eine Weiterbildung ermöglicht werden soll.⁴⁶ Die Regelung zur Teilzeit erfolgte auch im Vorgriff auf die bereits erwähnte Richtlinie 75/362/EWG, für die sich insbesondere die weiblichen Ärzte-

45 DÄBl 1972, 1694.

46 LT-Drs. Bayern 8/4364, S. 24; LT-Drs. NRW 7/4489, S. 23.

verbände Englands ausgesprochen hatten.⁴⁷ In Niedersachsen wurden die Möglichkeiten der Teilzeitweiterbildung im Jahr 2012 erweitert. Der Gesetzesentwurf⁴⁸ nennt als Gründe für eine Ausbildung in Teilzeit, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen oder eine partnerschaftliche Aufteilung von Familien- und Erwerbstätigkeit zu erreichen. Sie werde aber nicht mehr von „persönlich begründeten Fällen“ abhängig gemacht. Unionsrechtlich muss gewährleistet werden, dass die Weiterbildung hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen eines geregelten Kompetenzerwerbs einer ganztägigen Weiterbildung entspricht. Dies soll nach der aktuellen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg auch gewährleistet sein, wenn bis zur Hälfte der Gesamtweiterbildungszeit in Teilzeit in einem Umfang von mindestens 12 Stunden pro Woche abgeleistet wird.

6. Fortbildung

Die Weiterbildung führt zum geregelten Erwerb von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten in einem speziellen medizinischen Gebiet. Es geht aber auch darum, die erworbenen Kompetenzen zu bewahren. Der Musterentwurf regelte daher in § 10 Abs. 4, dass wer eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung führt, sich in dem Bereich, auf den sich diese bezieht, fortzubilden hat. Ausweislich der Gesetzesbegründung in Bayern⁴⁹ ist die Beschränkung der Fortbildungspflicht auf das Fachgebiet Konsequenz der Tätigkeitsbeschränkung, d.h. der Vorgabe, dass wer eine Gebietsbezeichnung führt, sich grundsätzlich auf eine Tätigkeit in diesem Bereich zu beschränken hat. Allerdings hat das Bundesverfassungsgericht zwischenzeitlich festgestellt, dass der Fortbildungsbedarf nicht als Argument dafür taugt, zwei erworbene Facharztbezeichnungen nicht nebeneinander führen zu dürfen.⁵⁰

Die allgemeine Vorgabe zur fachgebietsspezifischen Fortbildung ist im Laufe der Jahre aus den Heilberufe- und Kammergesetzen herausgefallen und durch spezifischere berufsrechtliche Regelungen, nämlich eigenständige Fortbildungsordnungen und sozialrechtliche Vorgaben, und zwar in den

47 Eberhard (Fn. 18), DÄBl 1975, 3060 unter Hinweis darauf, dass die praktische Krankenhausstätigkeit die ganze Zeit nicht nur nachmittags, also in der etwas praxisärmeren Zeit, ausgeübt werden kann.

48 LT-Drs. Nds. 16/4313, S. 5.

49 LT-Drs. Bayern 8/4364, S. 26.

50 BVerfG, Beschl. v. 29.10.2002 – 1 BvR 525/99, NJW 2003, 879.

§§ 73b Abs. 2 Nr. 3, 95d und 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V, konkretisiert worden. Sie sichert die gewissenhafte Berufsausübung und stellt sicher, dass die Patienten nach den allgemein anerkannten fachlichen Standards behandelt werden.

IV. Schluss

Die ärztliche Weiterbildung steht aufgrund des Fachkräftemangels vor größeren Herausforderungen. Nicht immer ist sichergestellt, dass junge Ärztinnen und Ärzte zu Beginn ihrer Berufstätigkeit die hinreichende Anleitung und Unterstützung finden, sondern, anders als es dem Vorstellungsbild der Weiterbildung entspricht, auf sich allein gestellt sind. Daher scheint es geboten, zu Beginn der Weiterbildung über eine Einführungsphase nachzudenken, in der auf die Tätigkeit im spezialisierten Fachgebiet, aber auch auf die bürokratischen Aspekte der ärztlichen Tätigkeit eingegangen wird. So könnten Krankenhausinformations- und Praxisverwaltungssysteme in Kleingruppen erläutert und die spezifischen Dokumentationsvorgaben in einer digitalen Lernumgebung vermittelt werden.