

# Merkblatt für Ärztinnen und Ärzte

## über eine Berufszulassung in akademischen Gesundheitsberufen mit Abschlüssen in den EU-/EWR-Staaten oder der Schweiz

Wer beabsichtigt, in Deutschland einen reglementierten akademischen Gesundheitsberuf auszuüben, braucht dafür eine gültige Approbation (Zulassung). Diese ist vor der Aufnahme Ihrer Tätigkeit, bei einem späteren Arbeitsort im Bundesland Hessen, beim Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLfGP) zu beantragen. Ohne gültige Approbation ist eine Berufsausübung nicht zulässig. Bitte beachten Sie, dass das Antragsverfahren einige Zeit in Anspruch nimmt und kostenpflichtig ist.

### ANSPRECHPARTNER

Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege  
Dezernat IV 2, Außenstelle Frankfurt  
Lurgiallee 10

D-60439 Frankfurt am Main

E-Mail: [approbation.ausland.eu@hlfgp.hessen.de](mailto:approbation.ausland.eu@hlfgp.hessen.de)

Internet: [www.hlfgp.hessen.de](http://www.hlfgp.hessen.de)

Telefonische Sprechzeiten:

Dienstag, Mittwoch und Donnerstag, jeweils von 9.00 bis 12.00 Uhr

Telefon: +49 611 3259-1462

Haben Sie bereits einen Approbationsantrag in Hessen gestellt, nennen Sie bitte bei fallbezogenen Fragen Ihren vollständigen Namen, Ihr Ausbildungsland und halten das Aktenzeichen bereit. Sie finden es unter anderem oben rechts in der Eingangsbestätigung.

Leider können wir Ihnen keine Auskünfte über den Bearbeitungsstatus Ihres Antrages per Telefon oder E-Mail geben. Bei Fragen im Einzelfall zu Ihrem Antrag oder Dokumenten kommen wir gezielt auf Sie zu oder vereinbaren einen individuellen Gesprächstermin. Wir danken für Ihr Verständnis.

### FACHLICHE VORAUSSETZUNG

Nachweis einer vollständig abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) oder der Schweiz gemäß Anlage V Nummer 5.1.1 der Richtlinie 2005/36/EG und § 3 Bundesärzteordnung (BÄO).

## **SPRACHLICHE VORAUSSETZUNGEN**

Ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (GER):

- GER-B2-Zertifikat des Goethe-Institutes oder der telc gGmbH schon zum Antragszeitpunkt sowie
- Fachsprachzertifikat C1 Medizin oder alternativ
- Telc B2/C1 Fachsprachzertifikat

Ein Fachsprachzertifikat darf zum Antragszeitpunkt nicht älter als drei Jahre sein. Bitte beachten Sie, dass Sie sich zu den kostenpflichtigen Fachsprachprüfungen regelmäßig erst anmelden können, wenn Sie den Approbationsantrag gestellt haben. Zurzeit werden folgende Anbietende akzeptiert:

- Landesärztekammer Hessen
- brmi-Akademie für Heilberufe
- Freiburg International Academy (FIA)
- telc gGmbH

Sofern Sie ein deutsches Abitur bzw. eine österreichische Matura abgelegt haben, reicht als Sprachnachweis eine amtlich beglaubigte Kopie des Abitur-/Maturazeugnisses.

## **ANTRAG IN HESSEN**

Den Approbationsantrag können Sie in Hessen stellen, wenn Sie

- eine verbindliche Einstellungszusage haben und/oder Ihnen ein potenzieller hessischer Arbeitgeber (etwa ein Krankenhaus, eine Klinik oder eine Praxis) ein ernsthaftes Einstellungsinteresse bescheinigt (Anlage 2, Arbeitsvertrag)
- anhand Ihrer persönlichen Lebenssituation (familiäre Bindung) nachvollziehbar darlegen, tatsächlich in Hessen tätig werden zu wollen und Ihren Wohnsitz im Bundesland (mit einer aktuellen Meldebestätigung) belegen.

## **ANTRÄGE IN ANDEREN BUNDESLÄNDERN**

Haben Sie bereits in einem anderen Bundesland einen Approbationsantrag gestellt, können Sie parallel in Hessen nicht einen weiteren einreichen. Sie müssen vielmehr dort erst das Antragsverfahren beenden, indem Sie Ihren Antrag wirksam zurücknehmen. Das HLfGP fordert dann vom betreffenden Bundesland Ihre Akte zur weiteren Bearbeitung an.

Sofern Sie in Hessen einen Antrag gestellt haben und beabsichtigen, eine Tätigkeit in einem anderen Bundesland aufzunehmen und dort die Approbation zu beantragen, nehmen Sie bitte den laufenden Antrag beim HLfGP formlos schriftlich (E-Mail genügt nicht) zurück.

## **ABLAUF DES ANTRAGSVERFAHRENS**

Der Approbationsantrag ist schriftlich mit dem anhängenden Vordruck zu stellen und eigenhändig zu unterschreiben. Bitte senden Sie ihn mit allen erforderlichen Dokumenten an das HLfGP. Wir

empfehlen, das gesamte Antragspaket per Einschreiben einzureichen oder in den Hausbriefkasten der Außenstelle Frankfurt einzuwerfen.

Bitte legen Sie **ALLE FACHLICHEN NACHWEISE** im **Original** mit **einfacher Kopie**, und sofern diese nicht in deutscher/englischer Sprache abgefasst sind, **zusätzlich im Original einer amtlichen deutschen Übersetzung** mit **einfacher Kopie** vor. Die Übersetzung muss mit einer einfachen Kopie des übersetzten Dokuments fest verbunden sein.

- Diplom als Ärztin/Arzt
- Ggf. Berechtigungsnachweis zur Ausübung des Arztberufs (Approbation, Lizenz) im Ausbildungsland sofern dort erforderlich/vorgeschrieben
- Certificate of good standing (berufsrechtliches Führungszeugnis), ausgestellt von der Ärztekammer oder der Gesundheitsbehörde des Ausbildungslandes, sofern Sie dort bereits ärztlich tätig waren
- Konformitätsbescheinigung nach Art. 24 der Richtlinie 2005/36/EG, Bescheinigung der zuständigen Behörde im Ausbildungsland, dass die ärztliche Ausbildung den Mindestanforderungen der EU-Richtlinie entspricht
- für Alt-Ausbildungen, die vor oder während des Beitritts zur EU erworben wurden ist eine Bescheinigung über erworbene Rechte nach Art. 23 der Richtlinie 2005/36/EG vorzulegen

Diese Unterlagen sind nur im **Original** erforderlich:

- Lebenslauf, chronologisch aufgebaut, vollständig, tabellarisch, persönlich unterschrieben und mit aktuellem Datum versehen; bitte geben Sie die Zeiträume immer mit Monat/Jahr und dem Aufenthaltsort an; Unterbrechungen von mehr als drei Monaten sind anzugeben
- Ärztliche Bescheinigung (Anlage 3 zum Antragsvordruck), die Untersuchung ist vom betriebsärztlichen Dienst des einstellenden Krankenhauses oder von einer/m in Deutschland niedergelassenen (Allgemein-)Ärztin/Arzt vorzunehmen
- Einstellungszusage für eine ärztliche Tätigkeit in Hessen mit Angabe des voraussichtlichen Einstellungstermins (Anlage 2 zum Antragsvordruck), alternativ Kopie des Arbeitsvertrages, Glaubhaftmachung der Zuständigkeit des HLFGP
- Polizeiliches Führungszeugnis/Strafregisterauszug/criminal record aus dem Land Ihres letzten gewöhnlichen Aufenthaltes/Ausbildungslandes, ggf. mit dem Original der amtlichen deutschen Übersetzung
- Wenn Sie sich bereits länger als drei Monate in Deutschland aufhalten oder sich vor dem Studium in Deutschland aufgehalten haben, ist **zusätzlich** ein **Führungszeugnis für Behörden** (früher: Typ „0“) bei dem Bürgerbüro an Ihrem Wohnort zu beantragen. Bitte geben Sie unbedingt die Anschrift des HLFGP sowie den Beantragungsgrund „Approbation“ an.  
Sollten Sie neben oder anstatt Ihrer deutschen bzw. Drittstaatsangehörigkeit Staatsangehöriger eines anderen EU-Landes als Deutschland sein, beantragen Sie bitte ein **Europäisches Führungszeugnis**.

Folgende Unterlagen sind von Ihnen ebenfalls im **Original** mit **einfacher Kopie oder als amtlich beglaubigte Kopie**, und sofern diese nicht in deutscher/englischer Sprache abgefasst sind, im **Original der amtlichen deutschen Übersetzung** mit **einfacher Kopie** vorzulegen. Die Übersetzung muss mit einer einfachen Kopie des übersetzten Dokuments fest verbunden sein:

- Geburtsurkunde
- Heiratsurkunde/Namensänderungsurkunde, sofern sich der Familienname geändert hat
- Sprachzertifikat GER-B2 des Goethe-Instituts oder der telc gGmbH
- Fachsprachzertifikat C1 Medizin oder alternativ
- Telc B2/C1 Fachsprachzertifikat oder alternativ
- Abitur/Maturazeugnis
- Bundespersonalausweis, nur als amtlich beglaubigte Kopie oder
- erste Seite des Reisepasses mit persönlichen Angaben, nur als amtlich beglaubigte Kopie

Die Eingangsbestätigung zu Ihrem Approbationsantrag erhalten Sie zusammen mit gegebenenfalls einer Übersicht über fehlende Dokumente zur weiteren Antragsbearbeitung innerhalb von vier Wochen. Die Bearbeitung beginnt, wenn alle Unterlagen in der erforderlichen Form vorliegen. Sie können selbst zu einem zügigen Antragsverfahren beitragen, wenn Sie Ihre Unterlagen vollständig einreichen. Bitte beachten Sie, dass fehlende Dokumente grundsätzlich nur einmalig nachgefordert werden.

Die Zustellung der Approbationsurkunde erfolgt mit Postzustellungsurkunde und ist nur an eine private deutsche Postanschrift möglich ist. Eine Versendung in das Ausland oder an Ihren Arbeitgeber ist ausgeschlossen.

Die Approbationsurkunde kann in Ausnahmefällen auch persönlich abgeholt werden, hierfür ist eine vorherige Terminvereinbarung mit Mail erforderlich.

## **VERFAHRENSKOSTEN**

Die anfallenden Verwaltungsgebühren richten sich nach dem Bearbeitungsaufwand. Sie erhalten zusammen mit der Approbationsurkunde einen Verwaltungskostenbescheid.

## **WEITERE BERATUNGS-, INFORMATIONEN- UND FINANZIELLE FÖRDERANGEBOTE (BEISPIELE)**

[Zentrale Servicestelle Berufsanerkennung \(ZSBA\)](#)

[anabin - Das Infoportal zu ausländischen Bildungsabschlüssen](#)

[WELCOMECENTER Hessen](#)

[iQ Netzwerk - Integration durch Qualifizierung](#)

## **WAS SIE NOCH WISSEN SOLLTEN**

Fragen zur fachärztlichen Weiterbildung beziehungsweise Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt in Hessen beantwortet Ihnen die

Landesärztekammer Hessen,

Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt am Main, Internet: [www.laekh.de](http://www.laekh.de)

Der Antrag ist mit deutlicher Druckschrift auszufüllen!  
 Name und Vorname/Geburtsname der/s Antragsteller/in  
 sind in amtlicher Schreibweise (Transliteration nach ISO-Norm 9) anzugeben.



**An das**  
**Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege**  
**Außenstelle Frankfurt**  
**Lurgiallee 10**

**60439 Frankfurt am Main**

**EU-M**

Wird vom HLfGP ausgefüllt  
 Eingang am:

**M3 - \_\_\_\_\_**

Ausbildungsland:  
 \_\_\_\_\_

**Antrag**  
**auf Erteilung der Approbation als Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)**

**I. Persönliche Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers**

Familienname	
Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne
Familienstand Geburtsname (sofern durch Heirat/Namensänderung geändert)	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/geschieden
Vorname/n	
Geburtsdatum Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Aufenthalt in Deutschland seit	
Derzeitige Postanschrift in Deutschland	
Mailadresse Telefonnummer/n	
Ausbildungsland	

## II. Angaben zur Ausbildung

Name der Universität/Hochschule Ort	
Zeitraum des Studiums, von/bis	
Ärztin/Arzt im Praktikum/Internatur/Turnus etc. (sofern im Ausbildungsland obligatorisch), von/bis	
Ausstellungsdatum Diplom/Lizenz/Approbation vom	

## III. Lebenslauf

Bitte fügen Sie Ihren Unterlagen einen vollständigen, tabellarischen und chronologisch aufgebauten Lebenslauf bei. Geben Sie dazu bitte alle Zeiträume sowie Zeiträume/Unterbrechungen von mehr als drei Monaten immer mit Zeitangabe (Monat/Jahr bis Monat/Jahr) und Aufenthaltsort an. Beginnen Sie den Lebenslauf bei der ersten Schule fortlaufend bis heute, dem Tag der Antragstellung. Unterschreiben Sie den Lebenslauf persönlich und versehen ihn mit aktuellem Datum.

## IV. Erklärungen zum Antrag

Ich habe in einem anderen Bundesland einen Antrag auf Erteilung der Approbation gestellt:

nein  ja, in \_\_\_\_\_, Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass ich die Länder, in denen ich bisher meinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte, nicht im Zusammenhang mit strafrechtlichen oder berufsbeschränkenden Maßnahmen verlassen habe. Ein gerichtliches Strafverfahren/ Ermittlungsverfahren berufsgerichtliches Verfahren gegen mich

liegt nicht vor  
 liegt vor wegen \_\_\_\_\_

im Ausland  in der Bundesrepublik Deutschland.

Mir ist bekannt, dass erst bei Vollständigkeit der Unterlagen eine Bearbeitung/Entscheidung durch das Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege möglich ist.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gem. § 3 BÄO gebührenpflichtig ist. Die Gebühren werden in der Regel mit der Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung der Approbation erhoben.

Ich nehme davon Kenntnis, dass die Zustellung der Approbation mit Postzustellungsurkunde nur an eine Privatanschrift in Deutschland erfolgt und trage dafür Sorge, dass mein vollständiger Name gut lesbar an der Türklingel und am Briefkasten angebracht ist. Eine Übersendung an den Arbeitgeber oder ins Ausland ist nicht möglich.

Die Approbationsurkunde kann in Ausnahmefällen auch persönlich abgeholt werden, hierfür ist eine vorherige Terminvereinbarung mit Mail erforderlich.

Die Anlagen 1, 2 und 3 sind Bestandteil des Antrages

**Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

## **Anlage 1 - Dokumente**

Beigefügte Unterlagen (jeweils das Original mit einer einfachen Kopie sowie im Original der amtlichen deutschen Übersetzung mit einer einfachen Kopie, für Unterlagen, die nicht in deutscher/englischer Sprache abgefasst sind. Bitte beachten Sie: Übersetzungen müssen in Deutschland angefertigt (Übersetzer finden Sie hier: [www.justiz-dolmetscher.de](http://www.justiz-dolmetscher.de)) und mit einer einfachen Kopie des übersetzten Dokuments verbunden sein

### **Ausbildungsunterlagen im Original und einfacher Kopie:**

- Diplom als Ärztin/Arzt gem. Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG
- ggf. weitere Nachweise über die Berechtigung der Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit im Herkunftsstaat gem. Anhang V der Richtlinie 2005/36/EG
- Konformitätsbescheinigung gem. Art. 24 der Richtlinie 2005/36/EG bzw. Nachweis über erworbene Rechte gem. Art. 23 der Richtlinie 2005/36/EG
- Certificate of good standing (berufsrechtliches Führungszeugnis), sofern Sie schon im Ausland ärztlich tätig waren

### **Persönliche Unterlagen nur im Original:**

- Lebenslauf, vollständig, tabellarisch, persönlich unterschrieben und mit Datum versehen
- aktuelles Gesundheitszeugnis, ausgestellt von einer/m in Deutschland niedergelassenen (Allgemein-)Ärztin/Arzt oder von der/m Personal-/Betriebsärztin/arzt des einstellenden Krankenhauses (bitte Anlage 3 verwenden)
  
- aktueller Strafregisterauszug/criminal record aus dem Land Ihres letzten Aufenthaltes

**Hinweis:** Wenn Sie sich bereits länger als drei Monate in Deutschland aufhalten oder sich vor dem Studium in Deutschland aufgehalten haben, ist **zusätzlich** ein Führungszeugnis für Behörden (früher: Typ „0“) bei dem Bürgerbüro an Ihrem Wohnort zu beantragen. Bitte geben Sie unbedingt die Anschrift des HLfGP sowie den Beantragungsgrund „Approbation“ an

- Führungszeugnis für Behörden beantragt am: \_\_\_\_\_

- Einstellungszusage/Kopie des Arbeitsvertrags

**Persönliche Unterlagen im Original und einfacher Kopie oder als amtlich beglaubigte Kopie.** Bei amtlich beglaubigten Kopien müssen die Kopie des Originaldokuments und die Übersetzung amtlich beglaubigt sein:

- Geburtsurkunde, ggf. mit amtlicher deutscher Übersetzung
- Heiratsurkunde/Namensänderungsurkunde, soweit sich der Familienname geändert hat, ggf. mit amtlicher deutscher Übersetzung
- Bundespersonalausweis, nur als amtlich beglaubigte Kopie
- erste Seite des Reisepasses mit Angaben zur Person, nur als amtlich beglaubigte Kopie
- Sprachzertifikat GER-B2 (**Goethe-Instituts bzw. telc GmbH**) und
- Fachsprachzertifikat C1 Medizin oder
- Telc B2/C1 Fachsprachzertifikat
- Sprachzertifikat werde ich nachreichen
- bei deutschem Abitur/österreichischer Matura eine amtlich beglaubigte Kopie des Abitur-/Maturazeugnisses



**Anlage 2 – Bescheinigung eines ärztlichen Arbeitgebers in Hessen**

**Bitte vom zukünftigen Arbeitgeber (Personalabteilung bei Krankenhäusern und Kliniken, Praxisinhaber bei Praxen) in Hessen ausfüllen und unterschreiben lassen und im Original vorlegen**

**Einstellungszusage**

Frau/Herr \_\_\_\_\_

soll im Krankenhaus/in der Praxis

\_\_\_\_\_

voraussichtlich ab/vom \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_ beschäftigt/eingestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/s Personalleiters/in, Praxisinhabers

\_\_\_\_\_  
Stempel des Krankenhauses/der Praxis

### **Anlage 3 – Ärztliches Gesundheitszeugnis**

Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:

Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege  
Außenstelle Frankfurt  
Lurgiallee 10

**60439 Frankfurt am Main**

#### **Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege**

Hiermit bescheinige ich, dass bei Herrn/Frau

\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass er/sie wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs als Arzt / Ärztin unfähig oder ungeeignet ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel / Arztunterschrift

\_\_\_\_\_  
Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben,  
der Name muss im Praxisstempel erkennbar sein