

Update 2024/2025:

Verfassungs- und europarechtliche Grenzen weiterer Verbote betreffend die Träger- und Inhaberstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Rechtswissenschaftliches Gutachten

Erstattet von

Professor Dr. iur. Martin Burgi
Ordinarius für Öffentliches Recht
und Europarecht an der Juristischen
Fakultät der Ludwig-Maximilians-
Universität, München

Im Auftrag von:



Januar 2025

Zusammenfassung

1. Diese Untersuchung knüpft an das am 15.5.2023 vorgelegte umfangreiche rechtswissenschaftliche Gutachten mit dem Titel „Verfassungs- und europarechtliche Grenzen verschärfter und neuer Verbote und Beschränkungen betreffend die Träger- und Inhaberstrukturen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ (nachfolgend: GA 2023) an.¹ Den Anlass hierfür bilden weitere Vorstöße von den Verbänden der niedergelassenen Ärzte und aus dem politischen Raum. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vom 5.7.2024² festgestellt, dass er „bedauert, dass der Gesetzentwurf nicht die angekündigten Vorschriften zur Regulierung investorengeführter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) enthält. Die Bundesregierung hat hierauf mit dem Hinweis reagiert, dass sie die Bitte „prüfen“ wolle.“³ Weiterhin sind also die Versorgung der Patientinnen und Patienten in den von nicht-ärztlichen Kapitalgebern getragenen MVZ und die Tätigkeit von über 20.000 Ärztinnen und Ärzten einem Bedrohungsszenario ausgesetzt.

2. Die hiermit vorgelegte Untersuchung bietet die Gelegenheit, die seither erfolgte Entwicklung im juristischen Schrifttum zu rekapitulieren. Der Gesetzgeber hat jedenfalls die im ersten Gutachten erörterten (und ganz überwiegend kritisierten) rechtspolitischen Vorschläge bislang nicht aufgegriffen.

Selbstverständlich ist diese Untersuchung ausschließlich wissenschaftlichen Standards verpflichtet, auch in der Terminologie. Zu Recht wird in einem neueren Fachaufsatz darauf hingewiesen, dass der „Mythos vom ausschließlich am Patienteninteresse orientierten, pekuniär desinteressierten Arzt als Antipode zur einseitig profitgierigen „Heuschrecke“ überwunden werden“ müsse.⁴ In diesem Zusammenhang sei der Vorsitzende der Deutschen Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch, zitiert, der am 11.1. 2023 in der Augsburger Allgemeinen wie folgt wiedergegeben wird: Den „Patientinnen und Patienten ist es vollkommen egal, wer Investor eines medizinischen Angebots ist“. Für die Betroffenen seien ausschließlich die Öffnungszeiten, gute Erreichbarkeit und Qualität entscheidend. Und weiter: „Allein eine inhabergeführte Praxis ist dafür keine Garantie.“

3. Würden die neuen Verbotsvorschläge kumulativ und zusätzlich zu den Verbotsvorschlägen aus dem Jahr 2023 verwirklicht, würde dies eine erhöhte Rechtfertigungspflicht auslösen. Stets müsste auch der rechtsstaatliche Vertrauensschutz im Auge behalten werden.

4. Die folgenden weiteren Verbotsvorschläge stießen an unüberwindbare verfassungs- bzw. europarechtliche Grenzen:

- **Verbot von MVZ mit mehrheitlich nicht-ärztlichem Anteilsbesitz und mehrheitlich nicht-ärztlicher Stimmrechtsinhaberschaft**
- **Verbot von MVZ ohne „Eignungsprüfung“**
- **Verbot von MVZ ab Überschreitung einer Obergrenze für die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte**

5. Das Verbot der weiteren Teilnahme eines MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung nach Ausscheiden einer angestellten Ärztin bzw. eines angestellten Arztes, ließe sich zwar möglicherweise auf hinreichende Gründe des Gemeinwohls zurückführen. Es würde sich aber in der gegenwärtigen Ausgestaltung einer Neuausschreibungspflicht bei einer Tätigkeitsdauer der bzw. des nun ausscheidenden, bislang angestellten Ärztin bzw. Arztes von nur zehn Jahren als übermäßiger, jedenfalls als nicht angemessener Eingriff in die Berufswahlfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG und in die Niederlassungsfreiheit nach Art. 49 AEUV darstellen. Angemessener wäre ein Zeitraum von 20 bis 30 Jahren. Jedenfalls müsste bei Verwirklichung jenes Verbotsvorschlags die bisherige Nachrangregelung zulasten von MVZ, deren Eigentümerinnen bzw. Eigentümer nicht-ärztliche private Kapitalgeber sind (näpkMVZ), in § 103 Abs. 4c Satz 3 SGBV beseitigt werden.

¹ www.bbm.de/positionen/rechtsgutachten-mvz-regulierung/.

² BR-Drs. 234/24, S. 31.

³ BT-Drs. 20/12664, S. 37.

⁴ Geiger/Wipperfürth, *medstra* 2023, S. 69 f.

Gliederung

A Untersuchungsgegenstand, Ausgangslage und Kontext

I. Aktuelle politische Verlautbarungen und Positionspapiere	6
1. Weitere Verlautbarungen von Bundesrat und Bundesärztekammer	6
2. KVB-Appell vom 24.7.2024	6
3. Ethik- und Wertekodex für (Zahn-)medizinische Versorgungszentren des Gesundheits- und Pflegepolitischen Arbeitskreises der CSU	7
II. Unverändert gebliebener bestehender Rechtsrahmen	7
III. Weiterhin anerkannte Vorzüge von MVZ	7
IV. Im Grundsatz unveränderter rechtspolitischer Kontext	7

B Weiterhin relevante Anforderungen des Verfassungs- und des Europarechts

I. Maßgebliche verfassungs- und europarechtliche Schutznormen	8
II. Anforderungen an den rechtfertigenden Gemeinwohlbelang je Rechtfertigungsgrundlage	8
1. Überblick	8
2. Resümee	9
III. Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit	9
1. Neuere Fachbeiträge	9
2. Die „Würdigung“ des GA 2023 durch die Bundesärztekammer	10

C Bewertung der weiteren Verbotsvorschläge

I. Übergreifende Überlegungen	10
1. Möglicher Kumulationseffekt	10
2. Hinweise zum rechtsstaatlichen Vertrauensschutz	11
II. Die einzelnen Verbotsvorschläge	11
1. Verbot von MVZ mit mehrheitlich nicht-ärztlichem Anteilsbesitz und mehrheitlich nicht-ärztlicher Stimmrechtsinhaberschaft	11
a) Beschreibung des Verbotsvorschlags und seiner Begründung	11

b) Hinreichendes Gewicht der reklamierten Gemeinwohlbelange?	12
aa) Objektive oder subjektive Berufszugangsregelung?	12
bb) Schutz eines besonders wichtigen Gemeinschaftsguts?	12
c) Verhältnismäßigkeit?	13
aa) Geeignetheit?	13
bb) Hilfsweise: Erforderlichkeit?	13
cc) Hilfsweise: Angemessenheit?	14
d) Zwischenergebnis	14
2. Verbot von MVZ ohne „Eignungsprüfung“	14
a) Beschreibung des Verbotsvorschlags und seiner Begründung	14
aa) Etwaige inhaltliche Bestimmung	14
bb) Reichweite der Eignungsprüfung	15
b) Hinreichendes Gewicht der reklamierten Gemeinwohlbelange?	15
aa) Qualifizierung als subjektive Berufszugangsregelung	15
bb) Schutz eines besonders wichtigen Gemeinschaftsguts?	16
c) Hilfsweise: Verhältnismäßigkeit?	16
aa) Geeignetheit?	16
bb) Erforderlichkeit?	16
cc) Angemessenheit (unter Einbeziehung des allgemeinen Gleichheitssatzes nach Art.3Abs.1GG)?	17
d) Zwischenergebnis	17
3. Verbot von MVZ ab Überschreitung einer Obergrenze für die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte	17
a) Beschreibung des Verbotsvorschlags und seiner Begründung	17
b) Hinreichendes Gewicht der reklamierten Gemeinwohlbelange?	18
aa) Qualifizierung als objektive Berufszugangsregelung	18
bb) Schutz eines überragend wichtigen Gemeinschaftsguts vor nachweisbaren oder höchstwahrscheinlich schweren Gefahren?	18
c) Hilfsweise: Verhältnismäßigkeit?	18
d) Zwischenergebnis	19
4. Verbot der weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach Ausscheiden einer angestellten Ärztin bzw. eines angestellten Arztes	19
a) Beschreibung des Verbotsvorschlags und seiner Begründung	19
b) Hinreichendes Gewicht der potenziellen Gemeinwohlbelange?	19
aa) Qualifizierung als subjektive Berufszugangsregelung	20
bb) Hinreichende Gründe des Gemeinwohls	20
c) Verhältnismäßigkeit?	20
aa) Geeignetheit und Erforderlichkeit?	20
bb) Angemessenheit?	20
d) Zwischenergebnis	21

Die nachfolgende Untersuchung ist nicht in der Zählweise, aber der Sache nach als eine Art ergänzender „Teil 4“, bezogen auf das im Mai 2023 vorgelegte rechtswissenschaftliche Gutachten konzipiert. Dabei werden unter der Überschrift A (analog zu Teil 1 der ursprünglichen Untersuchung) Untersuchungsgegenstand, Ausgangslage und Kontext aktualisiert und unter der Überschrift B (in Orientierung an Teil 2 des damaligen Gutachtens) die „relevanten Anforderungen des Verfassungs- und des Europarechts“ entfaltet. Während Teil 3 des damaligen Gutachtens die seinerzeit auf dem Tisch liegenden rechtspolitischen Vorschläge bewertet hat, erfolgt die Bewertung der aktuellen rechtspolitischen Vorschläge nunmehr unter der Überschrift C.

A Untersuchungsgegenstand, Ausgangslage und Kontext

I. Aktuelle politische Verlautbarungen und Positionspapiere

1. Weitere Verlautbarungen von Bundesrat und Bundesärztekammer

Der im GA2023 auf S. 16 referierte Entschließungsantrag des Bundesrates „Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes“ ist am 16.6.2023 beschlossen worden,⁵ während die Bundesärztekammer ihrem seinerzeit ausführlich untersuchten Positionspapier vom 9.1.2023 im April 2023 eine „Ergänzende Stellungnahme“ (Stand 19.4.2023) hat folgen lassen, die allerdings gegenüber dem vorherigen Papier keine wesentlichen Neuerungen beinhaltet.

Mit Datum vom 1.8.2023 hat die Bundesärztekammer (BÄK) eine „Würdigung“ des GA2023 veröffentlicht, unter dem Titel: „Positionierung der Bundesärztekammer zur Begrenzung der Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren durch fachfremde Finanzinvestoren.“ Im Fazit dieses Papiers heißt es, dass die Bundesärztekammer „an ihrer Sorge um negative Einflussnahmen auf die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch nicht-ärztliche private Kapitalgeber“ festhalten würde. Empirische Nachweise, mit der diese Sorge begründet werden könnte, werden weiterhin nicht vorgelegt; den dort in Bezug genommenen Studien über das Verhalten von Finanzinvestoren in anderen Wirtschaftssektoren bzw. in rechtlich von vornherein anders strukturierten ausländischen Gesundheitssystemen kann jedenfalls im Hinblick auf die verfassungs- und europarechtliche Beurteilung keine Relevanz zukommen. In der Sache stellt das Papier der BÄK vom 1.8.2023 keine „Würdigung“ im Sinne einer rechtswissenschaftlichen Auseinandersetzung dar. Es verarbeitet weder Rechtsprechung noch juristische Fachliteratur. Bemerkenswerterweise wird weiterhin die Rechtsstellung der in den betroffenen MVZ angestellten Ärztinnen und Ärzte ebenso wie die Rechtsstellung der an einer nachfolgenden Verwertung ihrer Praxis interessierten bisher tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte ausgeblendet – obwohl beide

Personengruppen berechtigterweise eine faire Berücksichtigung auch ihrer Interessen durch die Bundesärztekammer erwarten dürfen.

Weiterhin bleibt die BÄK eine Antwort darauf schuldig, warum das Tätigwerden nicht-ärztlicher privater Kapitalgeber im ambulanten Sektor reguliert werden soll, während sie im stationären Bereich (zu Recht) keinen vergleichbaren Restriktionen ausgesetzt werden – also dort, wo die deutlich schwereren Fälle behandelt werden, etwaige Ausfälle einzelner Anbieter viel größeren Schaden anrichten würden und überdies ein viel größerer Anteil von Solidarbeiträgen aus der GKV eingesetzt wird. Erneut sei daran erinnert, dass im Außenverhältnis der MVZ zu den Patientinnen und Patienten ebenso wie zu den gesetzlichen Krankenkassen keinerlei Abweichungen gegenüber der Leistungserbringung durch niedergelassene Vertragsärzte bestehen (Kreis der überhaupt statthafterweise erbrachten Leistungen, Mechanismen zur Qualitätssicherung, Haftungsfragen, Leistungsabrechnung). Höhe und Struktur der vertragsärztlichen Vergütung sind bis ins kleinste Detail durch Regelungen auf sämtlichen rechtlichen Ebenen determiniert.

2. KVB-Appell vom 24.7.2024

In einem gemeinsamen Appell fordert die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zusammen mit mehreren anderen bayerischen Ärzteverbänden⁶ die Vorlage eines Gesetzentwurfs auf Bundesebene, „um der zunehmenden Einflussnahme von renditeorientierten Kapitalinvestoren auf die ambulante Versorgung endlich Einhalt zu gebieten“ (nachfolgend: KVB-Appell).⁷ Darin heißt es „Private Equity-Gesellschaften dominieren weiterhin die ambulante Versorgung, indem sie Arztpraxen zu „Ketten“ zusammenfügen. Dies hat in einigen

⁶ Appell der KVB mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), dem Bayerischen Hausärzterverband (BHÄV), dem Dachverband Bayerischer Fachärztinnen und Fachärzte e. V. (DBFF) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e. V. (BVKJ).

⁷ www.kvb.de/ueber-uns/pressearbeit/24072024.

Regionen Deutschlands inzwischen monopolartige Strukturen geschaffen und die Patientenversorgung beeinträchtigt“. Ländliche Regionen würden von der „angeblichen Versorgungsleistung kaum profitieren“ und „Abrechnungsdaten“ zeigten „eine Tendenz zur Über- und Fehlversorgung in iMVZ“. Der Appell formuliert dann in sechs Ziffern konkrete politische Forderungen. Diese verstehen sich explizit nicht als abschließend („unter anderem“), wobei unklar bleibt, in welchem Verhältnis sie zu den bereits im Entschließungsantrag des Bundesrats bzw. den Positionspapieren der BÄK erhobenen Forderungen stehen sollen.

Nachfolgend werden diejenigen Forderungen untersucht, die nicht bereits in jenen anderen Dokumenten enthalten waren:

- **„1. Schutz der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen**

Der Gesetzgeber muss sicherstellen, dass MVZ künftig nur noch dann gegründet werden dürfen, wenn sich die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte der MVZ-Trägersgesellschaft in Händen von Ärzten befindet“ (Satz 1).

- **„3. Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz“**

Satz 3: „Weiterhin sollte eine Obergrenze für die in einem MVZ tätigen Ärzte eingeführt und der planungsbereichsübergreifende Erwerb von Arztstellen abgeschafft werden.“

- **„5. Prüfung der Geeignetheit der MVZ durch die Zulassungsausschüsse**

Ähnlich wie bei Vertragsärzten sollte eine Eignungsprüfung für MVZ eingeführt werden, durch die geprüft wird, ob zulassungswillige MVZ eine ordnungsgemäße vertragsärztliche Versorgung gewährleisten können.“

In Ziffer 4 („Stärkung der Freiberuflichkeit“) heißt es in Satz 1: „Eine vorrangige Berücksichtigung von niederlassungswilligen Ärzten bei Praxisausschreibungsverfahren ist gesetzlich zu implementieren.“ Dieser Vorschlag betreffe nicht die nÄkMVZ, sondern zielt darauf ab, in den bereits bestehenden Nachrang dieser MVZ nach § 103 Abs. 4c S. 3 SGBV künftig auch die Vertragsärzte-MVZ einzubeziehen, bei dann alleinigem Vorrang der niederlassungswilligen Vertragsärztinnen und -ärzte.

3. Ethik- und Wertekodex für (Zahn-)medizinische Versorgungszentren des Gesundheits- und Pflegepolitischen Arbeitskreises der CSU

In diesem von der Landesversammlung des Arbeitskreises am 19.10.2024 final beschlossenen Dokument finden sich mehrere sehr abgewogene Feststellungen. Unter der Überschrift „Aktueller politischer Handlungsbedarf“ (Ziffer 1) und mit dem Ziel, hieraus einen „Landtagsantrag“ zu entwickeln, mit dem die Staatsregierung dazu aufgefordert werden soll, sich auf Bundesebene für eine entsprechende gesetzliche Regelung einzusetzen, heißt es aber:

„Die aktuell noch geltende Ewigkeitsklausel sollte abgeschafft werden. MVZen und Praxen niedergelassener Ärzte sollten gleichbehandelt werden. Sollte ein in einem MVZ angestellter Arzt nach zehn Jahren ausscheiden, sollte dieser Arztsitz ausgeschrieben werden. Das SGBV und die auf diesem fußende Zulassungsverordnung Ärzte sollten deshalb geändert werden.“

II. Unverändert gebliebener bestehender Rechtsrahmen

Wie im GA2023 ausführlich dargestellt (ab S. 16 ff.), bewegen sich die MVZ seit ihrer erstmals ermöglichten Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2004 innerhalb eines intensiven, aus zahlreichen Verboten und Beschränkungen bestehenden Rechtsrahmens. Dieser betrifft sowohl die Zulassung (und insbesondere die Gründungsberechtigung) als auch den Betrieb.

Die Engmaschigkeit des bereits bestehenden Rechtsrahmens wirkt sich bei der Beurteilung neuer Verbots- und Beschränkungsvorschläge aus. Würden nun noch die in 2024 neu gemachten Vorschläge draufgesattelt, entstünde überdies ein Kumulationseffekt, der seinerseits verfassungsrechtlich bewertet werden muss.

III. Weiterhin anerkannte Vorzüge von MVZ

Insoweit kann auf die mit verschiedenen Sachverständigenstellungnahmen belegte Schilderung auf S. 23f. des GA2023 verwiesen werden. Mehrere instruktive Beiträge zum Gesamtumfeld und u. a. zum Qualitätsmanagement in MVZ-Gruppen sowie zur dort erfolgenden Personalarbeit finden sich ferner in dem von Knüppel/Neubauer/Stauch-Eckmann herausgegebenen Sammelband „Medizinische Versorgungszentren“.⁸

IV. Im Grundsatz unveränderter rechtspolitischer Kontext

Ungeachtet des Scheiterns der gegenwärtigen sog. Ampel-Koalition auf Bundesebene, kann es als ein gemeinsames Anliegen sämtlicher Parteien in der Mitte des politischen Spektrums angesehen werden, die ambulante Versorgung auszubauen und zu stärken. So heißt es etwa im „Grundsatzprogramm der CDU Deutschlands“ (beschlossen auf dem Bundesparteitag im Januar 2024) u. a. (Zeile 1664 ff.): „Um auch weiterhin eine gute Versorgung zu sichern, sind strukturelle Anpassungen im Gesundheitssystem erforderlich. ... Es braucht mehr regionale Gesundheitszentren und sektorenübergreifende Zusammenarbeit.“ Als dauerhafter Konsens kann parteiübergreifend festgestellt werden, dass der Krankenhaussektor stärker in die ambulante Versorgung eingebunden werden soll.

⁸ *Versorgungs- und Unternehmensformen mit Zukunft, 2023.*

B Weiterhin relevante Anforderungen des Verfassungs- und des Europarechts

I. Maßgebliche verfassungs- und europarechtliche Schutznormen

Verfassungsrechtliche Grenzen ergeben sich auch im Hinblick auf die neu vorgetragenen Regelungsvorschläge aus verschiedenen Grundrechtsbestimmungen des Grundgesetzes (GG) und aus der Niederlassungsfreiheit nach Art. 49 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV). Im Mittelpunkt steht das Grundrecht der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG, wobei die Unterscheidung zwischen objektiven und subjektiven Berufszugangsregelungen bedeutsam ist, da sich daran unterschiedlich hohe Rechtfertigungsanforderungen knüpfen. Hinzu kommen der allgemeine Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG und die Eigentumsfreiheit nach Art. 14 GG zugunsten der Trägerunternehmen. Rechtfertigungspflichtig sind aber auch Beeinträchtigungen zulasten der Grundrechte der angestellten Ärztinnen und Ärzte in einem MVZ und zulasten der an einer wirtschaftlichen Verwertung des Einbringens des eigenen Vertragsarztsitzes nach Ende der eigenen Tätigkeit interessierten Vertragsärztinnen und -ärzte. Auch das Grundrecht der Patientinnen und Patienten, sich entweder für die Kategorie „Niedergelassene Vertragsärztin/Niedergelassener Vertragsarzt“ oder für die Kategorie „MVZ“ entscheiden zu können, ist durch das Grundgesetz erfasst, und zwar durch das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG.

Angesichts bereits bestehender erheblicher Versorgungslücken und einer wachsenden Unterversorgung in immer mehr Regionen ist mehr denn je auch die im GA 2023 ausführlich entfaltete, verfassungsrechtlich verankerte Verantwortung des Staates für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung im Blick zu behalten (S. 42 f.).

II. Anforderungen an den rechtfertigenden Gemeinwohlbelang je Rechtfertigungsgrundlage

1. Überblick

Im Mittelpunkt der Rechtfertigungsprüfung stehen auch im Hinblick auf die weiteren Verbotsvorschläge jeweils das Bestehen hinreichend gewichtiger Gemeinwohlbelange und die Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit. Von besonders großem Gewicht müssen die ins Feld geführten Gemeinwohlbelange sein, wenn sich ein Verbotsvorschlag als objektive Berufszugangsvoraussetzung im Sinne des Art. 12 Abs. 1 GG darstellt. Dann muss es sich um ein „überragend wichtiges Gemeinschaftsgut“ handeln, dem überdies „nachweisbare oder höchstwahrscheinlich schwere Gefahren“ drohen (GA 2023, S. 33). Im Hinblick auf die durch den AEUV geschützte Niederlassungsfreiheit hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) bislang als dort zur Rechtfertigung notwendige „zwingende Gründe des Allgemeininteresses“ im Gesundheitssektor lediglich den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, die Kontinuität der Krankenversorgung, die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen ärztlichen und klinischen Versorgung sowie den Schutz des öffentlichen Gesundheitswesens anerkannt. Hinzukommen muss auch hier eine Prüfung an den Maßstäben der Geeignetheit und Erforderlichkeit (GA 2023, S. 35).

Im KVB-Appell werden als vermeintlich beeinträchtigte Gemeinwohlbelange das Entstehen „monopolartiger Strukturen ... in einigen Regionen Deutschlands“ und die Beeinträchtigung der „Patientenversorgung“ genannt. Sodann wird behauptet, dass sich investorengetragene MVZ „vorwiegend in Großstädten“ ansiedelten, „während ländliche Regionen von deren angeblicher Versorgungsleistung kaum profitieren“ würden. Abrechnungsdaten zeigten „eine Tendenz zur Über- und Fehlversorgung“ im Vergleich zu Einzelpraxen auf und aufgrund des angeblichen Ziels von Private Equity-Firmen, möglichst rasch einen „Wiederverkauf von Praxisketten“ herbeizuführen, würde der „Druck auf angestellte Mediziner erhöht, lukrative Behandlungen durchzuführen.“ Überdies würden dadurch, dass die Investoren „oft

in Steueroasen ansässig“ seien, dem „Solidarsystem wichtige Ressourcen“ entzogen und könnten sich „junge Ärztinnen und Ärzte ... keine eigene Praxis mehr leisten.“ In der Zusammenfassung heißt es, dass „die ambulante Versorgung vor dem Ausverkauf“ zu schützen und „stabile, gerechte Rahmenbedingungen für alle Praxisarten“ zu gewährleisten seien. Festgestellt wird interessanterweise dann aber auch, dass „nicht eine generelle Abschaffung von iMVZ“ gefordert werde, sondern „eine Regulierung, die eine patientenzentrierte Versorgung sicherstellt“.

Im „Ethik- und Wertekodex“ des Arbeitskreises der CSU wird als angeblich beeinträchtigter Gemeinwohlbelang zugunsten der Abschaffung der sog. Ewigkeitsklausel (I 3) erklärt, dass es keine „schwarzen Schafe“ in MVZen geben und mit der Abschaffung der Klausel eine Gleichbehandlung mit den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte herbeigeführt werden soll. In der Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (dazu bereits im Vorwort)¹⁰ werden zur Begründung der Umsetzung des bereits im Jahr 2023 gefassten Entschließungsantrags „Risiken für eine flächendeckende, umfassende Versorgung“ geltend gemacht. „Unerwünschten Konzentrationsprozessen“ sei entgegenzuwirken, Ärztinnen und Ärzte müssten „vor sachfremder Einflussnahme“ geschützt werden.

2. Resümee

Mit den gleichen Begründungen (in jeweils anderer Zusammenstellung bzw. Nuancierung) sind bereits die im GA2023 untersuchten Verbots- bzw. Beschränkungsvorschläge begründet worden (siehe zusammenfassend GA2023, S.43). Weiterhin werden keine Belege zur Untermauerung der angeblichen Beeinträchtigung jener Belange vorgelegt. Unverändert gültig ist daher die Feststellung in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU vom 9.1.2023, wonach der Bundesregierung „keine ausreichenden Erkenntnisse“ zu den „Effekte(n) bzw. Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Leistungserbringung durch iMVZ“ vorliegen.¹¹ Auch das im Jahr 2020 durch das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene juristisch-ökonomische Gutachten der Autorengruppe Ladurner/Walter/Jochimsen hatte bekanntlich festgestellt, dass „keine empirischen Daten vorhanden“ seien, die „belastbar – positive oder negative – Zusammenhänge zwischen der Versorgungsqualität in MVZ und bestimmten MVZ-Trägern (in ärztlichem Eigenbesitz oder in der Hand von Investoren) belegen könnten“.¹²

¹⁰ BR-Drs. 234/24, S. 32.

¹¹ BT-Drs. 20/5166, S. 18.

¹² Näher zu diesem Gutachten und seinen Inhalten im GA2023, S. 12. Aktualisierend, dabei zu dem gleichen Fazit gelangend Ladurner, ZMGR 2024, S. 163 (166).

III. Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit

Im Hinblick auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, der sowohl bei der Rechtfertigung von Eingriffen in die Grundrechte des GG als auch in die Niederlassungsfreiheit nach dem AEUV relevant ist, ergeben sich nach neuerer Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts erhöhte Anforderungen, wenn mehrere wissenschaftliche Studien vorliegen sowie bei Wiedereinführung einer verbotenden bzw. beschränkenden Regelung. Der EuGH wiederum verlangt von Verboten und Beschränkungen generell, dass diese „in kohärenter und systematischer Weise“ erfolgen müssen und seine Kontrolldichte ist umso höher, je intensiver die zu beurteilende mitgliedstaatliche Maßnahme belastend auf die Niederlassungsfreiheit wirkt (GA2023, S.35 ff.). Dabei prüft er jeweils anhand der spezifischen Umstände des betroffenen Sektors und der dort bestehenden normativen Ausgangslage, weswegen er auch in seinem aktuellen Urteil zu Beteiligung von Finanzinvestoren am Kapital einer anwaltlichen Berufsausübungsgesellschaft¹³ keinerlei Querverweis zum hier infrage stehenden Sektor des Gesundheitswesens vorgenommen hat. Selbstverständlich würden sich aus diesem Urteil auch keinerlei Absenkungen der sich aus dem nationalen Verfassungsrecht ergebenden Rechtfertigungsmaßstäbe ergeben.

1. Neuere Fachbeiträge

Gleich zwei nach Veröffentlichung des GA2023 publizierte Fachbeiträge gelangen zu dem Ergebnis, dass die von ihnen untersuchten Verbots- bzw. Beschränkungsvorschläge den Anforderungen aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nicht standhalten könnten: Das Erfordernis eines Ortsbezugs zum Träger als Zulassungsvoraussetzung für Krankenhaus-MVZ¹⁴, das Verbot von MVZ ohne fachlichen Bezug zu einer Klinik¹⁵, die Festlegung von planungsbereichsbezogenen Versorgungshöchstgrenzen für Krankenhaus-MVZ¹⁶ und das Verbot des Arztstellenerwerbs im Wege des Zulassungsverzichts.¹⁷ Fachbeiträge, die die seinerzeit untersuchten Verbotsvorschläge aus verfassungsrechtlicher Sicht gutheißen würden, sind nicht ersichtlich, abgesehen von dem neuerlichen Gutachten von Sodan (im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung).¹⁸

¹³ EuGH, U. v. 19.12.2024, Rs. C-295/23. Dennoch wird auf dieses Urteil nachfolgend eingegangen, soweit es etwaige Fehlschlüsse verursachen könnte.

¹⁴ Ladurner, ZMGR 2024, S. 163 (167 ff.); Wigge/Hörnlein, KrV 2024, S. 7 (8 ff.).

¹⁵ Wigge/Hörnlein, KrV 2024, S. 7 (9 ff.).

¹⁶ Wigge/Hörnlein, KrV 2024, S. 64 ff.

¹⁷ Wigge/Hörnlein, KrV 2024, S. 64 (65 f.).

¹⁸ Vom Juli 2023. Nachfolgend: Gutachten Sodan II.

2. Die „Würdigung“ des GA 2023 durch die Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer behauptet in ihrer „Würdigung“ des GA2023, dass dieses Gutachten zu einem „Einschätzungs- und Prognosespielraum“ des Gesetzgebers auf dem allgemeinen Gebiet der sozialen Wirtschaftsordnung komme.¹⁹ Sie unterschlägt dabei aber den unmittelbar darauffolgenden Absatz des Gutachtens, der die viel wichtigere Sachaussage enthält. Diese lautet: „Nun ist im vorliegenden Zusammenhang aber zu bedenken, dass es nicht primär um die Verfolgung abstrakter sozial- oder wirtschaftspolitischer Ziele geht, sondern um (wenngleich sehr breit und tief einschneidende) konkret umrissene Maßnahmen zur Abwendung angeblicher Gefahren für die Gesundheit bzw. für das Versorgungssystem der GKV. In Fällen dieser Art verlangt das Gericht (das Bundesverfassungsgericht) sehr wohl, dass „ersichtlich“ gemacht werden müsse, warum das jeweils gewählte Verbot den hierfür ins Feld geführten Gemeinwohlbelang auch fördern könnte.“ Diese Aussage wird explizit mit einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts belegt (S.36). Entsprechendes gilt auf der Ebene des Europarechts (S.38).

Die „Würdigung“ der BÄK missachtet schließlich, dass dann, wenn eine früher verbotende bzw. beschränkende Regelung plötzlich wieder eingeführt werden soll, besondere Anforderungen an deren Rechtfertigung zu stellen sind. Die Formulierung von Ulrich Wenner, dem ehemaligen Vorsitzenden Richter des für das Vertragsarztrecht zuständigen Senats des Bundessozialgerichts, wonach der Gesetzgeber „Gründe von einigem Gewicht“ benötige, wenn er „ein bisher offenes Geschäftsfeld generell schließen will“ (vgl. GA2023, S. 37 f.), bringt dies auf den Punkt. Wie auch sonst in der Rechtsordnung gilt auch im Hinblick auf die nachfolgend zu bewertenden Vorschläge, dass ein angebliches Fehlverhalten einzelner Akteure nicht als Rechtfertigung genereller Verbote und Beschränkungen herangezogen werden kann, sondern vielmehr den tatkräftigen Einsatz der hierfür zuständigen Stellen gegen jene einzelnen Akteurinnen oder Akteure erfordert. Dementsprechend wird beispielsweise auf straffällig gewordene niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte selbstverständlich nicht mit einer Regulierung des Vertragsarztrechts, sondern mit dem Entzug der Zulassung sowie mit disziplinarischen Maßnahmen gegenüber diesen Ärztinnen und Ärzten reagiert.

C Bewertung der weiteren Verbotsvorschläge

Soweit ersichtlich ist außer dem Vorschlag, die Zulassung von MVZ ohne vorherige „Eignungsprüfung“ zu verbieten,²⁰ keiner der anderen Vorschläge in der Fachliteratur und in verschiedenen Gutachten und Stellungnahmen der vergangenen Jahre formuliert worden.²¹ Anders als im GA2023 muss nicht zwischen Verboten und Beschränkungen differenziert werden, da sämtliche Vorschläge in der Sache das „Ob“ eines Tätigwerdens als MVZ-Träger betreffen, mithin als Verbote zu qualifizieren und von vornherein höheren Rechtfertigungsanforderungen zu unterwerfen sind.

I. Übergreifende Überlegungen

1. Möglicher Kumulationseffekt

Sollten alle neuen Verbotsvorschläge gleichzeitig und womöglich noch zusammen mit mehreren oder allen Verbots- bzw. Beschränkungsvorschlägen, die im Jahr 2023 geprüft worden sind, politisch realisiert werden, würde die Belastungswirkung mehrfach verstärkt. Dies könnte abschließend erst gewürdigt werden, wenn feststeht, welche Verbots- bzw. Beschränkungsvorschläge tatsächlich Eingang in ein etwaiges Gesamtpaket finden würden.

Schon jetzt muss aber betont werden, dass in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts seit langem anerkannt ist, dass bei der Bestimmung des Gewichts der Beeinträchtigung von Grundrechtseingriffen (und Entsprechendes dürfte im Hinblick auf die europäischen Grundfreiheitsrechte gelten) mehrere Einwirkungen zusammenzurechnen werden müssen. Mittlerweile hat sich hierfür die Bezeichnung „additiver Eingriff“ eingebürgert.²² In der Kon-

¹⁹ Würdigung, a. a. O., S. 3.

²⁰ Dazu II 2.

²¹ Der Vorschlag einer „Eignungsprüfung“ ist erstmals in dem Gutachten von Sodan für die Kassenärztliche Vereinigung Bayern aus Oktober 2021 vorgelegt und erneut in dem Kurzgutachten des gleichen Verfassers aus Juli 2023 (dieses Mal im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung) formuliert worden.

²² BVerfGE 112, 304 (309f.); BVerfGE 140, 196 (247); BVerfGE 123, 186 (265f.); BVerfGE 141, 220 Rn. 130; aus dem Schrifttum Hillgruber, in: Isensee/Kirchhof (Hrsg.), HdBStR IX, 3. Aufl. 2011, § 200 Rn. 97 f., und konkret im Hinblick auf sozialrechtliche Konstellationen Kirchhof, NZS 2017, S. 7.

sequenz müssen nicht nur die einzelnen Verbots- bzw. Beschränkungsmaßnahmen je für sich gerechtfertigt werden. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass solchen additiven, im gleichen Zeitraum und zur Verfolgung der im wesentlichen gleichen Zwecke unternommenen Eingriffen „ein spezifisches Gefährdungspotential“ für die grundrechtlich geschützten Freiheiten innewohnt.“ Ist dies der Fall, muss die „Belastungskumulation“ im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung gesondert berücksichtigt werden.²³

2. Hinweise zum rechtsstaatlichen Vertrauensschutz

Beide in diesem Gutachten untersuchten Papiere (der KVB-Appell²⁴ und der Vorstoß zur Ewigkeitsklausel von Seiten des Arbeitskreises der CSU) verhalten sich (ebenso wie schon der Entschließungsantrag des Bundesrats aus dem Jahr 2023) nicht zu der Frage, ob sie auch bereits bestehende MVZ erfassen würden. Namentlich der Verbotsvorschlag betreffend die sog. Ewigkeitsklausel (dazu II 4) kann dem Wortlaut nach durchaus so verstanden werden, dass sich auch für ein bestehendes MVZ zehn Jahre nach Ausscheiden einer bzw. eines dort angestellten Ärztin bzw. Arztes die Konsequenz ergäbe, dass das MVZ den Vertragsarztsitz verlieren würde; das in § 103 SGBV näher ausgestaltete Bedarfsplanungsrecht ist gem. § 95 Abs. 2 S. 9 SGBV in das Zulassungssystem dahingehend integriert, dass das Vorhandensein eines freien Vertragsarztsitzes eine relevante Zulassungsvoraussetzung für das MVZ bildet. Im Verlaufe der weiteren rechtspolitischen Debatte müssten die Betreiber der MVZ daher zumindest darauf achten, dass nicht gleichsam durch die Hintertür eine sog. unechte Rückwirkung entsteht.

Wie im GA 2023 näher begründet (S. 61 ff.) hindert der rechtsstaatliche Grundsatz des Vertrauensschutzes (vgl. Art. 20 Abs. 3 GG) den Gesetzgeber zwar nicht grundsätzlich daran, seine im Rahmen eines neuen demokratischen Verfahrens gebildete Rechtsauffassung für den künftigen Umgang mit den bereits begonnenen Sachverhalten durchzusetzen. Neue Regelungen dürfen allerdings nicht übergangslos in Kraft gesetzt werden. Der Gesetzgeber ist vielmehr dazu verpflichtet, „angemessene“ bzw. „schonende“ Übergangsregelungen vorzusehen. Sollte tatsächlich rückwirkend in das Berufsfreiheitsgrundrecht und in die Eigentumsgaran-

tie eingegriffen werden, stünden erhebliche Investitionen in den Bestand zahlreicher eingerichteter und ausgeübter Gewerbebetriebe auf dem Spiel, weswegen die hierfür geltend zu machenden Gründe des Gemeinwohls „von erheblichem Gewicht und erheblicher Dringlichkeit“ sein müssten.

Auch im Hinblick auf die neuen Verbotsvorschläge (und insbesondere im Hinblick auf den Verbotsvorschlag betreffend die sog. Ewigkeitsklausel) steht indes nicht das Wohl der Patientinnen und Patienten im Raum und es drohen auch keine unmittelbaren Gefahren für das Versorgungs- bzw. Finanzierungssystem. Um der angeblich bestehenden Gefahr einer Monopolbildung (dazu noch II 4) begegnen zu können, bedürfte es einer rückwirkenden Regelung jedenfalls nicht, da zum gegenwärtigen Zeitpunkt, d. h. auf Grund der Existenz der bereits zugelassenen MVZ, jedenfalls keine Monopolstellungen entstanden sind. Bloße (angebliche) Monopolisierungstendenzen betreffen aber eine potenzielle Entwicklung für die Zukunft, zu deren Eindämmung die Anwendung der neuen Verbotsvorschläge auf erst künftig entstehende MVZ ausreichen würde.

II. Die einzelnen Verbotsvorschläge

1. Verbot von MVZ mit mehrheitlich nicht-ärztlichem Anteilsbesitz und mehrheitlich nicht-ärztlicher Stimmrechtsinhaberschaft

a) Beschreibung des Verbotsvorschlags und seiner Begründung

Der mit grundstürzenden Veränderungen in der gesamten Landschaft der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland verbundene Vorschlag findet sich in einem einzigen Satz (in Ziffer 1) des KVB-Appells. Zur Begründung wird auf den „Schutz der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen“ abgestellt. Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass zwar die Formulierung „Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte der MVZ-Trägergesellschaft“ identisch ist mit der Formulierung in § 103 Abs. 4c Satz 3 SGBV (in dieser Vorschrift werden dem nicht entsprechende MVZ als nachrangig bei der Auswahl eines Praxisnachfolgers eingestuft); dabei wird aber explizit auf „Ärzte“ abgestellt, „die in dem medizinischen Versorgungszentrum als Vertragsärzte tätig sind“. Nach Ziffer 1 Satz 1 des KVB-Appells soll es demgegenüber offenbar genügen, dass sich die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte lediglich „in Händen von Ärzten befindet“. Dies würde bedeuten, dass Ärztinnen oder Ärzte, die entweder gar nicht mehr praktizieren, irgendwo im Ausland leben oder an einem anderen Sitz als Vertragsärztin oder -arzt tätig sind (insbesondere auch als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte) weiterhin²⁵ das betreffende MVZ lediglich als Beteiligungsobjekt nutzen können. Offenbar scheint es die KVB als weniger problematisch anzusehen, wenn diese kapitalanlegenden Ärztinnen und Ärzte (ebenso wie übrigen einige Versorgungswerke der Ärzteschaft) Rendite-

²³ Ausführlich und gerade im Hinblick auf wirtschaftliche Sachverhalte zuletzt Waldhoff, GewArch 2018, S. 133 (137).

²⁴ Hier betrifft konkret der Vorschlag, dass Krankenhäuser ein MVZ nur dann gründen dürfen, „wenn sich die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte der MVZ-Trägergesellschaft in Händen von Ärzten befindet“ (Vorschlag Ziffer 1), die Gründungsberechtigung (näher II 1). Ohne zusätzliche, klarstellende Regelung könnte einem MVZ mit anderer Trägerstruktur durchaus ein Entzug der Zulassung drohen, weil § 95 Abs. 1a S. 1 – 3 SGBV i. V. m. § 95 Abs. 6 S. 3 SGBV die Aufrechterhaltung der Gründereigenschaft als Voraussetzung für den Fortbestand des MVZ konstituiert, wodurch gerade verhindert werden soll, dass nach der Gründung des MVZ ein Gesellschafterwechsel auf Personen erfolgt, welche nicht zum zugelassenen Gründerkreis gehören; näher BSG, NZS 2023, S. 22 (26).

²⁵ Wie nach bisheriger Praxis; vgl. Merz, ZMGR 2024, S. 3 (4).

erwartungen hegen bzw. ihr Geld in ggf. verketteten MVZ anlegen, als wenn dies nicht-ärztliche Kapitalgeber tun. Einer näheren Untersuchung am Maßstab des allgemeinen Gleichheitssatzes nach Art. 3 Abs. 1 GG dürfte diese Differenzierung kaum standhalten; um dem Vorwurf des Gleichheitsverstößes zu entgehen, müsste die KVB ihren Formulierungsvorschlag dem Text in § 103 Abs. 4c Satz 3 SGBV anpassen, mit der Konsequenz, dass zahlreiche niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (darunter von der KVB vertretene Ärztinnen und Ärzte) erhebliche Umschichtungen und voraussichtlich Verluste bei ihrer Altersvorsorge hinzunehmen hätten.

Infolge der expliziten Formulierung, wonach MVZ „nur noch dann gegründet werden dürfen“, wenn entsprechende Mehrheitsverhältnisse gegeben sind, handelt es sich wohl um eine weitere Zulassungsvoraussetzung, die durch eine Ergänzung des § 95 Abs. 1 und 1a SGBV bewirkt werden müsste. Aus dem Kreis, der zur Gründung eines MVZ berechtigten Akteurinnen und Akteure, würde dies vor allem die zugelassenen Krankenhäuser, aber auch Erbringer nicht-ärztlicher Dialyseleistungen und die erst seit kurzem gründerberechtigten Kommunen betreffen.

Die Realisierung dieses Regelungsvorschlages würde einen großen Transaktionsbedarf auslösen. Trägergesellschaften, die seit Jahrzehnten in der stationären Versorgung erfolgreich sind (wie etwa die großen privaten Krankenhausgesellschaften) und seit 2004 auch in der ambulanten Versorgung (offenbar ja ganz überwiegend erfolgreich) tätig sein dürfen, müssten sich entweder aus der ambulanten Gesundheitsversorgung künftig ganz zurückziehen oder sich jeweils grundlegend umstrukturieren (mit der Konsequenz, dass erhebliche finanzielle Mittel nicht in die Gesundheitsversorgung, sondern in die Beratung und die Durchführung bei jenen Transaktionen fließen müssten).

b) Hinreichendes Gewicht der reklamierten Gemeinwohlbelange?

aa) Objektive oder subjektive Berufszugangsregelung?

Wie im GA2023 ausführlich dargelegt (auf S. 44 ff.) ist die Tätigkeit als Träger eines MVZ ein eigenständiger Beruf. Dieser könnte künftig bei Vorhandensein einer bestimmten Gesellschafter- und Stimmrechtsstruktur (entweder ganz ohne Ärztinnen und Ärzte oder mit einer Minderheit von Ärztinnen und Ärzten) nicht mehr ausgeübt werden. Wollte eine Trägergesellschaft künftig den Beruf als Betreiber eines MVZ ergreifen, müsste sie entsprechend umdisponieren, also subjektive Anstrengungen unternehmen, um den Berufszugang erreichen zu können. Es handelt sich daher bei diesem Vorschlag um eine subjektive Berufszugangsregelung, durch die Anforderungen an Personen gestellt werden, die selbst gar keinen unmittelbaren Kontakt zu den in den MVZ behandelten Patienten haben werden.

bb) Schutz eines besonders wichtigen Gemeinschaftsguts?

Wie eingangs festgestellt (B II), sind in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ebenso wie in der des Europäischen Gerichtshofs im Hinblick auf das Gesundheitswesen verschiedene besonders wichtige Gemeinschaftsgüter anerkannt, die grundsätzlich subjektive Berufszugangsregelungen legitimieren könnten. So hat namentlich der EuGH Fremdbesitzregelungen im Apothekensektor sowie im Hinblick auf Laboratorien, deutlich eingeschränkter auch im Hinblick auf Optiker, bescheinigt, dass sie grundsätzlich auf den Schutz der Gesundheit der Patientinnen und Patienten gestützt werden könnten.²⁶ Im Hinblick auf das in Deutschland seit Jahrzehnten bestehende Fremdbesitzverbot im Bereich der Rechtsanwaltschaft hat der EuGH am 19.12.2024 anerkannt, dass der Schutz der Interessen der Rechtsuchenden und die „Wahrung der ordnungsgemäßen Rechtspflege ... in der demokratischen Gesellschaft“ grundsätzlich legitime „zwingende Gründe des Allgemeininteresses“ sein könnten.²⁷

Ebenso klar ist aber auch, dass der Wunsch, unerwünschte Konkurrenz fernzuhalten bzw. kleine und mittelständische Unternehmen gegenüber größeren Unternehmen fördern zu wollen, weder im Hinblick auf die Berufswahlfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG noch im Hinblick auf die europarechtlich geschützte Niederlassungsfreiheit als besonders wichtiges Gemeinschaftsgut angesehen werden könnten (dazu bereits B II 1). Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt festgestellt, dass keinesfalls nur kleine und mittlere Unternehmen den Schutz der Berufsfreiheitsgarantie genießen würden²⁸ und dass es auch im Hinblick auf die durch die Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG geschützten Freiheitspositionen der Gesellschaft selbst bzw. der einzelnen Anteilseigner keinen an der Unternehmensgröße zu orientierenden Ausschluss aus dem Schutzbereich gebe.²⁹

²⁶ Vgl. EuGH, Rs. C-171/07 u. C-172/07 (*Apothekerkammer des Saarlandes*); EuGH, Rs. C-521/06 (*Kommission/Italien*), und EuGH, Rs. C-89/09 (*Kommission/Frankreich*) sowie in Bezug auf die Optiker EuGH, Rs. C-140/03 (*Kommission/Griechenland*).

²⁷ EuGH, Rs. C-295/23, Rn. 64 – 66.

²⁸ BVerfGE 50, 290 (330 ff.).

²⁹ A. a. O.; vertiefend Schön, in: Habersack/Hommelhoff/Hüffer/Schmidt (Hrsg.), *FS Ulmer 2003*, S. 1359 (1373).

c) Verhältnismäßigkeit?

aa) Geeignetheit?

Hier ist erneut darauf hinzuweisen, dass MVZ bis zum Jahr 2004 verboten, zwischen 2004 und 2011 dann aber in weitem Umfang und seit 2011 in dem bis heute bestehenden Umfang zugelassen waren bzw. sind. Das nun intendierte Verbot von MVZ mit mehrheitlich nicht-ärztlichem Anteilsbesitz und mehrheitlich nicht-ärztlicher Stimmrechtsinhaberschaft würde das Tätigwerden entsprechend strukturierter MVZ im Hinblick auf die Krankenhäuser und die Dialysezentren mit entsprechender Trägerstruktur folglich gegenüber dem Rechtszustand ab 2004 untersagen. Dies wäre nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nur dann möglich, wenn in den seither vergangenen 20 Jahren negative Erfahrungen mit den weniger belastenden Regelungen gemacht worden wären. Konkret: Wenn das Wohl der Patientinnen und Patienten, die in MVZ mit mehrheitlich nicht-ärztlichem Anteilsbesitz und mehrheitlich nicht-ärztlicher Stimmrechtsinhaberschaft behandelt worden sind, auf dem Spiel stünde (vgl. bereits GA2023, S. 37f.).

Über derartige Erfahrungen ist indes nichts bekannt und der KVB-Appell spricht selbst „nur“ von der angeblich gefährdeten Entscheidungsautonomie. Unerfindlich ist auch, warum die Renditeerwartungen von Externen ein größeres Gefährdungspotenzial darstellen soll als die von Ärztinnen oder Ärzten. Wer selbst zugleich Inhaberin bzw. Inhaber und Behandlerin oder Behandler ist, dürfte einen mindestens gleich großen Anreiz verspüren, die eine Zielstellung mit der anderen zu verknüpfen. Die Ausweitung der „dadurch in Ver- ruf geratenen individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)“, namentlich auch in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, mag dies veranschaulichen.³⁰

Im Anwendungsbereich des AEUV müsste das Verbot in „kohärenter und systematischer Weise“ begründet werden können, und zwar wiederum in einer Situation, in der seit 20 Jahren intensive (und vielfach durch Studien begleitende) Erfahrungen mit nÄpKMVZ bestehen. Der Regelungsvorschlag lässt diese Kohärenz schon deshalb vermissen, weil es auch bei einer Beteiligung von Nichtärztinnen und Nichtärzten in einem Umfang von bloß 49% durchaus Beeinflussungsmöglichkeiten geben könnte³¹ und weil (umgekehrt) die Mehrheitsanteile und Stimmrechte nicht unbedingt die Beherrschungsverhältnisse widerspiegeln.³² Vor allem aber wäre es nicht kohärent, dass es seit jeher nicht-ärztlich getragene Gesellschaften im Krankenhaussektor gibt, sie nun aber im Bereich der ambulanten Versorgung zurückgedrängt werden sollen – obwohl die Sektoren Krankenhaus und Praxis in einem vor Jahren noch unbekanntem Maße zusammengewachsen sind und in den kommenden Jahren noch weiter zusammenwachsen werden bzw. sollen.

Aus dem aktuellen Urteil des EuGH zum Verbot der Beteiligung reiner Finanzinvestoren an Rechtsanwalts- gesellschaften (von ihm verstanden als Akteure, die nicht selbst im rechtsberatenden Sektor beruflich tätig sind; Rn 73) lassen sich für die Beurteilung des Verbotsvorschlags für den medizinischen Sektor aus gleich mehreren Gründen keine Schlüsse ziehen: Hier sind Finanzinvestoren seit jeher im stationären Sektor tätig (und daran soll sich offenbar auch nichts ändern). Sodann ist ihre Beteiligung seit rund 20 Jahren auch im ambulanten Sektor statthaft, ohne dass Gefahren erkennbar geworden wären, die denen entsprächen, die der EuGH für den seit jeher national geprägten Sektor der Rechtspflege vermutet. Schließlich sind im Hinblick auf die MVZ zahlreiche Mechanismen vorgesehen (zu ihnen sogleich), die verhindern, dass die ärztliche Entscheidungsfreiheit beeinträchtigt werden könnte; anders als bei den Rechtsanwältinnen und -anwälten ist die GKV-Vergütung, ebenso wie die GKV-Leistungserbringung überdies strikt reguliert. Auch die vom EuGH bei den Anwältinnen und Anwälten geäußerte Befürchtung, dass der Finanzinvestor auf die Auswahl bzw. Nichtannahme von Mandantinnen und Mandanten (etwa des Finanzsektors) hinwirken könnte, ist hier (bei den Ärztinnen und Ärzten) faktisch nicht denkbar und rechtlich ausgeschlossen.

bb) Hilfsweise: Erforderlichkeit?

Zur Gewährleistung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit angesichts einer angeblich übermäßigen Gewinnerzielungsabsicht und Renditemaximierung infolge der mehrheitlichen Trägerschaft privater Investoren sind bereits im GA2023 (S. 49)³³ mehrere Strukturen und Verfahren benannt worden, die als deutlich mildere Mittel gegenüber dem Verbot von MVZ mit nicht-ärztlicher Mehrheit der Gesellschaftsanteile und nicht-ärztlicher Stimmrechtsinhaberschaft schon seit längerem im SGBV existieren. Hinzu kommen die im Gesellschafts- und Kapitalmarktrecht bestehenden Compliance-Vorgaben sowohl beim Erwerb einer Beteiligung als auch bei deren Fortsetzung. Ergänzend sei auf den sog. Überweisungsvorbehalt hingewiesen, wonach gerade im Hinblick auf Tätigkeiten, hinter denen ein besonders hoher Investitionsbedarf steht (wie z. B. in der Radiologie oder in der Nuklearmedizin), Leistungen nur auf Überweisung einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes erbracht werden dürfen. Zahlreiche qualitätsgesicherte Leistungen wie z. B. Kapselendoskopien oder die intravitreale Medikamenteneingabe erfordern sogar eine regelmäßige Überprüfung

³⁰ Darüber berichten Geiger/Wipperfürth, *medstra* 2023, S. 69 (70).

³¹ Darauf hat der Generalanwalt im Verfahren um das Fremdbesitzverbot im Bereich der Rechtsanwaltschaft hingewiesen (Rs. C-295/23, Rn. 90 ff.).

³² Vgl. Schnapp/Nolden, *ZESAR* 2012, S. 452 (456).

³³ Ebenso wie im Ladurner-Gutachten, S. 83 ff., und bei Prütting/Hügel/Sowa, *MedR* 2022, S. 975 (982).

durch die Kassenärztliche Vereinigung.³⁴ Diese Mechanismen ließen sich möglicherweise auf weitere Bereiche ausdehnen. Insbesondere im Ladurner-Gutachten sind sodann mehrere Maßnahmen zur Erleichterung des Anteilserwerbs durch angestellte Ärztinnen und Ärzte und der Weitergabe an angestellte Ärztinnen und Ärzte (zwecks Erhöhung des Anteils von Ärztinnen und Ärzten in einem MVZ) vorgeschlagen worden.³⁵ Auch der Vorschlag, die Steuerung einer möglichst autonomen Leistungserbringung statt auf der Trägerebene auf der Vergütungsebene, etwa durch eine verbesserte Vergütung konservativer Leistungen zulasten der Vergütung mengenanfälliger chirurgischer Leistungen zu bewirken, wäre ein deutlich milderer Mittel.³⁶

cc) Hilfsweise: Angemessenheit?

Im Rahmen der Gesamtabwägung stünde hier ein außerordentlich stark wirkender Eingriff einem nur schwer greifbaren und bislang in keiner Weise näher untermauerten Ziel gegenüber. Vor allem müsste dargelegt werden, wie die Versorgungslücken, die mit einem ganz oder teilweisen Rückzug dieser Investoren aus der Versorgung entstehen würden, im Hinblick auf die ja verfassungsrechtlich verankerte staatliche Versorgungsverantwortung geschlossen werden sollten.

d) Zwischenergebnis

Der Vorschlag eines Verbots von MVZ mit mehrheitlich nicht-ärztlichem Anteilsbesitz und mehrheitlich nicht-ärztlicher Stimmrechtsinhaberschaft könnte nach Art. 12 Abs. 1 GG weder den Anforderungen an Eingriffe in das Grundrecht der Berufswahlfreiheit noch an Eingriffe in die Niederlassungsfreiheit nach Art. 49 AEUV gerecht werden.

2. Verbot von MVZ ohne „Eignungsprüfung“

a) Beschreibung des Verbotsvorschlags und seiner Begründung

aa) Etwaige inhaltliche Bestimmung

Im KVB-Appeal wird unter Ziffer 5 eine „Prüfung der Geeignetheit der MVZ durch die Zulassungsausschüsse“ vorgeschlagen. Demnach soll „ähnlich wie bei Vertragsärzten ... eine Eignungsprüfung für MVZ eingeführt werden, durch die geprüft wird, ob zulassungswillige MVZ eine ordnungsgemäße vertragsärztliche Versorgung gewährleisten können“.

Eine konkrete Begründung für diesen Vorschlag findet sich nicht. Auch werden keinerlei Kriterien, an denen diese Eignungsprüfung auszurichten wäre, genannt. Würde der Vorschlag so, wie er bislang von der KVB formuliert worden ist, in das SGBV Eingang finden, wäre er ohne weiteres verfassungs- und europarechtswidrig, und zwar wegen Verstoßes gegen das rechtsstaatliche Bestimmtheitsgebot. Dieses soll einerseits dafür sorgen, dass die betroffenen Grundrechtsträger vorhersehbar und berechenbar Klarheit über das Ausmaß der an sie gestellten Anforderungen erlangen können. Zum anderen sollen den handelnden Verwaltungsbehörden (hier: den Zulassungsausschüssen) klare Handlungsmaßstäbe vorgegeben werden, an denen wiederum die gerichtliche Kontrolle ausgerichtet werden kann. Zwar ist die Verwendung von unbestimmten Rechtsbegriffen nicht von vornherein unstatthaft. Die bloße Verwendung des Begriffs „Eignung“ ohne jede nähere Konkretisierung eröffnete den Behörden aber eine willkürliche Handhabung, was durch das rechtsstaatliche Bestimmtheitsgebot verhindert werden soll.³⁸

Lässt man sich dennoch auf diesen Verbotsvorschlag näher ein, so stößt man auf das von Sodan im Jahr 2021 im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erstattete Gutachten (dort: „C. Eignungsprüfung“).³⁹ In dem als Reaktion auf das GA 2023 vorgelegten weiteren Gutachten des gleichen Verfassers (dieses Mal im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung), wird jener Vorschlag erneut aufgegriffen und festgestellt, dass „die Nichteignung für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ... bei begründeten Anhaltspunkten (in einer) rein renditeorientierten Ausrichtung der Behandlungen in einem MVZ“ bestehen würde. „Als Anhaltspunkte für eine renditeorientierte Ausrichtung von Behandlungen ließen sich auf der Ebene des Versorgungszentrums die Abführung erwirtschafteter Gewinne, übermäßige Renditeziele sowie nachweisbare Versuche der Einflussnahme auf Ärzte bzw. Zahnärzte ausmachen; auf der Ebene des Investors könnten bisherige Erfahrungen mit dem Investor im Inland, das Fehlverhalten verketteter MVZ und die anvisierte Dauer der Beteiligung herangezogen werden.“ Anhaltspunkte für eine „Verkettung von MVZ“ ergäben sich, wenn auf der Ebene der Investoren das Verhältnis zwischen der Anzahl der betriebenen Krankenhäuser und der (zahn)ärztlichen MVZ gebildet würde.“

³⁴ Zu Beidem Geiger/Wipperfürth, medstra 2023, S. 70.

³⁵ Ladurner-Gutachten, S. 162 f. und Ladurner, ZMGR 2024, S. 163 (170 f.); ausführlich ferner Merz, ZMGR 2024, S. 3 (5 f.).

³⁶ Hierzu Ladurner, ZMGR 2024, S. 163 (172).

³⁷ Vgl. BVerfGE 110, 33 (54 f.); BVerfGE 131, 268 (309 f.).

³⁸ Vgl. BVerfGE 105, 144 (147).

³⁹ Der Vorschlag wird näher ausgeführt auf S. 74 ff. dieses Gutachtens.

Die Eignung ließe sich „desto sicherer ... anzweifeln, je mehr Anhaltspunkte im Einzelfall für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlung sprechen“.⁴⁰ Im Gutachten aus 2021 hat der Verfasser Sodan bereits einen Formulierungsvorschlag auf eine dahingehende Vorschrift gemacht.⁴¹ Demnach sollte in die Ärzte-Zulassungsverordnung ein neuer §22 eingefügt werden, mit dem die soeben skizzierten angeblichen Anhaltspunkte „für eine rein renditeorientierte Ausrichtung der Behandlung in einem MVZ“ in Eignungskriterien übersetzt würden. Zur Begründung wird auch hier lediglich auf den (wie im Abschnitt A II wiederholt festgestellt) irrelevanten bloßen Zusammenhang zwischen der Besitz- und Trägerstruktur einerseits abgestellt und andererseits der Sicherstellung einer qualitätvollen und ordnungsgemäßen ambulanten Versorgung.

bb) Reichweite der Eignungsprüfung

Würde man den KVB-Verbotsvorschlag nach Ziffer 5 des KVB-Appells anhand des Formulierungsvorschlags von Sodan umsetzen, beträfe er auf den ersten Blick zwar auch die von zugelassenen Ärztinnen gegründeten MVZ. Vermittels der von ihm formulierten Kriterien müht sich dieser Verfasser aber nach Kräften, jene MVZ letzten Endes von der Eignungsprüfung auszunehmen. So wird unter Ziffer 1 seines Formulierungsvorschlags lediglich die „Abführung erwirtschafteter Gewinne an Dritte“ (also nicht an die das MVZ gründenden Ärztinnen und Ärzte) als negativ angesehen; die Einflussnahme auf die Ärztinnen und Ärzte im MVZ soll nach Ziffer 2 nur dann problematisch sein, wenn „nicht ausschließlich Vertragsärzte Inhaber des MVZ“ sind und auch die in Ziffer 3 adressierte Variante der „Verkettung“ kann nur im Hinblick auf die nÄpkMVZ relevant werden. Bei genauer Betrachtung bewirkte die Einführung einer Eignungsprüfung nach dem von Sodan vorgeschlagenen Modell mithin eine Ungleichbehandlung innerhalb der MVZ. Darauf ist in der Verhältnismäßigkeitsprüfung zurückzukommen (unten c, cc).⁴²

Nicht nachvollziehbar ist sodann die im KVB-Appell unter Ziffer 5 enthaltene Behauptung, dass es bei der Zulassung von Vertragsärztinnen und -ärzten (also jenseits der MVZ) angeblich eine Eignungsprüfung gäbe. Tatsächlich können sich einzelne Ärztinnen und Ärzte um die Zulassung als Vertragsärztin und -arzt nur dann bewerben, wenn sie ihre Eintragung in ein „Arztregister“ nachweisen (vgl. § 95 Abs. 2 S. 6 SGBV). Voraussetzung dafür ist wiederum nach § 95 Abs. 1 SGBV die Approbation als Ärztin oder Arzt sowie der erfolgreiche Abschluss von bestimmten Weiterbildungsmaßnahmen (namentlich in einer bestimmten Fachrichtung). Die gleichen Zulassungsvoraussetzungen müssen nach § 95

Abs. 2 Satz 5 SGBV aber auch die in einem MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte nachweisen. Auch nach § 1 Abs. 3 Nr. 2 Ärzte-ZV gelten die Bestimmungen der Ärzte-Zulassungsverordnung in gleicher Weise für die Ärztinnen und Ärzte in einem MVZ. Diese müssen damit ebenso wie jene die persönliche Eignung nach § 21 der Ärzte-ZV nachweisen, d. h. sie müssen darlegen, dass sie nicht „aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen ... unfähig (sind), die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben.“ Als Regelbeispiel werden genannt eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit; erforderlich ist stets das Gutachten „eines vom Zulassungsausschuss bestimmten Arztes“ über den Gesundheitszustand der betroffenen Ärztin bzw. des betroffenen Arztes, u. U. auch die Einschaltung einer Amtsärztin oder eines Amtsarztes. Hierbei handelt es sich mithin um rein personenbezogene Aspekte, deren Übertragung auf die Trägergesellschaft eines MVZ, also auf eine juristische Person, von vornherein sinnwidrig wäre. Die im KVB-Appell unter Ziffer 5 vorgeschlagene Eignungsprüfung kann somit nicht mit einer irgendwie gearteten Ähnlichkeit mit dem Zulassungsverfahren für niedergelassene Vertragsärztinnen oder -ärzte begründet werden.

b) Hinreichendes Gewicht der reklamierten Gemeinwohlbelange?

aa) Qualifizierung als subjektive Berufszugangsregelung

Wie der Urheber dieses Vorschlags selbst einräumt,⁴³ würde eine Eignungsprüfung einen „schweren Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit darstellen, der seiner Wirkung nach gegebenenfalls einer Berufswahlregelung gleich zu kommen geeignet wäre“. Wenige Zeilen später konstatiert er, dass man unter Orientierung an der Rechtsprechung des BVerfG hierin wohl eine „subjektive Berufszulassungsvoraussetzung“ erkennen müsste. M. E. kann daran kein Zweifel bestehen,⁴⁴ weil ohne erfolgreiches Bestehen der Eignungsprüfung der erstrebte Beruf als Träger eines MVZ schlichtweg nicht mehr gewählt werden könnte. In der gesamten Rechtsordnung werden daher Eignungsprüfungen (man denke etwa an das Meisterbrieferfordernis im Handwerk) als subjektive Berufszugangsregelung qualifiziert.⁴⁵ Dies aber hat die Konsequenz, dass nicht irgendwelche öffentlichen Zwecke zur Rechtfertigung des Eingriffs ausreichen, sondern dass ein „besonders wichtiges Gemeinschaftsgut“ betroffen sein muss.

⁴⁰ Gutachten Sodan II, S. 35 f.

⁴¹ Gutachten Sodan I, S. 87 f.

⁴² Näher GA 2023, S. 28 f.

⁴³ Gutachten Sodan I, S. 83.

⁴⁴ Ebenso Prütting/Hügel/Sowa, MedR 2022, S. 975 (980 ff.).

⁴⁵ Vgl. insoweit nur Burgi, in: BK-GG, Art. 12 Abs. 1 Rn. 251 ff. m. w. N.

bb) Schutz eines besonders wichtigen Gemeinschaftsguts?

Sollte sich eine politische Mehrheit dafür finden, mit den zu a) skizzierten Kriterien eine Eignungsprüfung einzuführen, müsste sie Belege dafür geltend machen, dass besonders wichtige Gemeinschaftsgüter gefährdet wären. Wie mehrfach festgestellt, fehlt es hierzu bislang an empirischen Erkenntnissen. Wie aber das BVerfG ausgeführt hat, dürfen bestehendes Nichtwissen bzw. bestehende Unklarheiten in der Bewertung von Tatsachen grundsätzlich nicht zulasten des Grundrechtsträgers gehen, vielmehr gilt die verfassungsrechtliche Regel des „in dubio pro libertate“.⁴⁶

Versucht man im Hinblick auf die in der Gutachtenliteratur skizzierten Eignungskriterien der Renditemaximierung, der Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen und das Verhalten in einer Kette nach dadurch betroffenen Gemeinwohlbelangen zu suchen, so kämen das Wohl der Patientinnen und Patienten und die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung in Betracht.⁴⁷ Zu überzeugen vermag dies nicht, weil nahezu alle Anbieter in der ambulanten Gesundheitsversorgung Renditeerwartungen verfolgen und in vielfacher Weise mit Dritten kooperieren. Dass mit Ausübung eines Berufes Renditeerwartungen verfolgt werden und ganz konkret Gewinne erzielt werden sollen, ist ein zentrales Element des Schutzbereichs des Grundrechts der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG, auf dem unser gesamtes Wirtschafts- und insbesondere Steuersystem beruht.⁴⁸

Ab wann die Verfolgung von Renditeerwartungen in eine „schwerpunktmäßig auf Renditemaximierung ausgerichtete“ Aktivität umschlagen soll, lässt sich überdies nicht mit der rechtsstaatlich notwendigen Sicherheit bestimmen und dass eine bestimmte Trägerstruktur (hier: die der „Kette“) als solche irgendwelche Gefahren für das Gemeinwohl hervorrufen sollte, kann schlichtweg nicht belegt werden. Auch die Lebensmittelversorgung in Deutschland wird seit Jahrzehnten überwiegend von großen Lebensmittelketten verantwortet, ohne dass hieraus bislang Gefahren für das Gemeinwohl entstanden wären.

c) Hilfsweise: Verhältnismäßigkeit?

aa) Geeignetheit?

Im Rahmen der Geeignetheitsprüfung würde sich auch im Hinblick auf die Einführung von Eignungskriterien, bei deren Nichterfüllung die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verweigert würde, auswirken, dass bei Wiedereinführung einer verbotenden bzw. beschränkenden Regelung (gegenüber den seit 2004 bzw. seit 2011 geltenden großzügigeren Berufszugangsregelungen) die Erfahrungen einbezogen werden müssen, die während des Zeitraums mit den großzügigeren Regelungen gemacht worden sind.⁴⁹ Der mithin erforderliche Nachweis dafür, dass seit der Zulassung von MVZ ohne Eignungsprüfung spezifische Nachteile für das Wohl der Patientinnen und Patienten und für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung zutage getreten wären, können die Befürworterinnen und Befürworter einer Eignungsprüfung aber nicht vorlegen; im Gegenteil tragen die seit 2004 bzw. 2011 ermöglichten MVZ in erheblicher Weise zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung bei und wäre diese in erheblichem Maße gefährdet, wenn man sie aufgrund von Kriterien verbieten würde, die lediglich Ausfluss ihres legitimen organisatorisch-institutionellen Settings als unternehmerisch tätige Einheiten sind.

bb) Erforderlichkeit?

Das etwaige Eignungskriterium der Einflussnahme der Trägerebene auf die ärztlichen Entscheidungen⁵⁰ ähnelt dem bereits im GA2023 untersuchten Vorschlag, einem MVZ die weitere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bei fehlender Gewährleistung ärztlicher Entscheidungsfreiheit zu versagen (S. 63 ff.). Dort (und bei anderen Autorinnen und Autoren)⁵¹ wurde aber ausführlich dargelegt, dass es im geltenden Recht bereits mehrere eingespielte und effektive Sicherungsmechanismen zum Zwecke der Sicherstellung der ärztlichen Entscheidungsfreiheit gibt und dass das Bundesministerium für Gesundheit festgestellt hat, dass „keine Erkenntnisse dazu vor(liegen), dass ärztliche Leiterinnen und Leiter ihre Aufgabe der Abschirmung der ärztlichen Tätigkeit im MVZ gegen sachfremde Einflüsse in investorenbetriebenen MVZ unzureichend erfüllen“ würden.⁵² Die Einführung einer Eignungsprüfung mit einem solchen Kriterium widerspräche daher dem Erforderlichkeitsgebot.

⁴⁶ Vgl. BVerfGE 45, 187 (238); ebenso Prütting/Hügel/Sowa, MedR 2022, S. 975 (981).

⁴⁷ So jedenfalls Sodan, Gutachten I, S. 85.

⁴⁸ Vgl. nur BVerfGE 33, 240; BVerfGE 110, 226 (251); BVerfGE 118, 1 (15).

⁴⁹ Ausführlich GA 2023, S. 37 ff.

⁵⁰ So das Kriterium zu Ziffer 2 bei Gutachten Sodan I, S. 88.

⁵¹ Ladurner-Gutachten, S. 112; Prütting/Hügel/Sowa, MedR 2022, S. 975 (S. 982 ff.).

⁵² BT-Drs. 20/5166, S. 7.

cc) Angemessenheit (unter Einbeziehung des allgemeinen Gleichheitssatzes nach Art. 3 Abs. 1 GG)?

Aufgrund der nicht herzustellenden Bestimmtheit und der letztlich vorurteilsgetriebenen Konzeption könnte der Vorschlag einer Eignungsprüfung auch in der Gesamtabwägung mit dem hierdurch intensiv betroffenen Grundrecht der Berufswahlfreiheit nicht bestehen. Dabei würde die verfassungsrechtlich verankerte staatliche Versorgungsverantwortung eine wichtige Rolle spielen. Wie im GA2023 festgestellt⁵³ bilden das Sozialstaatsprinzip nach Art. 20 Abs. 1 GG und die Schutzpflicht für Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG die normativen Grundlagen für die Verantwortung des Staates für sämtliche materiellen, aber auch organisatorischen Gestaltungen in der Gesundheitsversorgung. Dass diese nun ausgerechnet durch professionell betriebene MVZ mit Investoren, die teilweise über jahrzehntelange Erfahrung mit dem Betrieb von Krankenhäusern (also über Erfahrungen aus der stationären Versorgung) verfügen, stärker gefährdet wäre, als durch Einzelpraxen, deren Inhaberinnen und Inhaber in ihrer gesamten medizinischen Ausbildung keinerlei spezifische Kompetenz in den Bereichen Versorgungsforschung und Betriebswirtschaftslehre etc. erworben haben (und daher in der Regel auf die Zusammenarbeit mit ihrerseits „renditegetriebenen“ Beratungsunternehmen angewiesen sind), ist nicht plausibel.

Innerhalb des Prüfungspunkts der Angemessenheit ist schließlich auf das durch den Vorschlag einer Eignungsprüfung in mehrfacher Hinsicht betroffene Grundrecht des allgemeinen Gleichheitssatzes nach Art. 3 Abs. 1 GG einzugehen.⁵⁴ Eine erste Ungleichbehandlung bestünde bei Einführung der Eignungsprüfung mit den zu a) skizzierten Kriterien gegenüber den niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten. Diese würden keiner Prüfung im Hinblick auf ihre ebenfalls bestehenden Renditeerwartungen unterworfen und auch das bei ihnen (wie soeben festgestellt) jedenfalls deutlich unsicherere Vorhandensein von betriebswirtschaftlichen und anderen Managementfähigkeiten wird bislang nicht als Zulassungsvoraussetzung im Rahmen einer Eignungsprüfung ermittelt. Würde sich der Gesetzgeber daher zur Einführung einer Eignungsprüfung entschließen, müssten in diese (mit teilweise modifizierten Kriterien) selbstverständlich auch die niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte einbezogen werden.

Entsprechendes gilt (und noch deutlicher) für MVZ, als deren Träger nicht zugelassene Krankenhäuser, sondern zugelassene Ärztinnen und Ärzte fungieren. Irgendein sachlicher Grund dafür, warum nicht auch bei ihnen eine „Renditemaximierung“ und durchaus auch eine etwaige Einflussnahme etwa auf die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte zum Gegenstand einer Eignungsprüfung gemacht werden könnten (sowie zusätzlich das Kriterium der Leistungsfähigkeit in finanzieller und organisatorischer Hinsicht), ist nicht ersichtlich. Die Beschränkung einer Eignungsprüfung auf MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern verstieße damit gegen Art. 3 Abs. 1 GG und erweise sich auch aus diesem Grund als nicht angemessene und folglich nicht zu rechtfertigende Beschränkung der Berufswahlfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG.

d) Zwischenergebnis

Der Vorschlag eines Verbots von (bestimmten) MVZ ohne „Eignungsprüfung“ bedeutet eine subjektive Berufszugangsregelung, die nicht mit dem Schutz eines besonders wichtigen Gemeinschaftsguts begründet werden kann. Hilfsweise würde sich dieser Verbotsvorschlag auch nicht als verhältnismäßig erweisen und jedenfalls würde der allgemeine Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG die Einbeziehung sämtlicher MVZ und auch der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in die Eignungsprüfung erfordern.

3. Verbot von MVZ ab Überschreitung einer Obergrenze für die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte

a) Beschreibung des Verbotsvorschlags und seiner Begründung

Der Vorschlag, „eine Obergrenze für die in einem MVZ tätigen Ärzte“ einzuführen, findet sich in Ziffer 3 Satz 2 des KVB-Appells und wird mit dem Ziel der „Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz“ begründet. Im gleichen Zusammenhang ist davon die Rede, dass „monopolartigen Strukturen entgegengewirkt“ werden müsse (Satz 1 der Ziffer 3). Unklar ist, ab welcher Zahl von Ärztinnen und Ärzten diese Obergrenze erreicht werden soll, und es dürfte schwerfallen, hier nachvollziehbare, an den sachlichen Gegebenheiten orientierte Zahlen festzulegen: Ist die Obergrenze bereits ab drei, ab fünf oder sieben Ärztinnen und Ärzten etc. erreicht? Mit Zahl der „Ärzte“ dürften nicht die einzelnen in einem MVZ (vielfach lediglich in Teilzeit) angestellten Ärztinnen und Ärzte gemeint sein, sondern die Zahl der in Anspruch genommenen Vertragsarztsitze im Sinne von § 95 Abs. 2 S. 9 SGBV. Da für Zahnärztinnen und Zahnärzte gemäß § 103 Abs. 8 SGBV keine Zulassungsbeschränkungen gelten, soll dort vermutlich auf die Zahl der Vollzeitstellen in einem MVZ abgestellt werden.

⁵³ GA 2023, S. 42.

⁵⁴ Zu dieser Zuordnung vgl. bereits GA 2023, S. 28 f.

Dieser Vorschlag ist im KVB-Appell in einer Ziffer zusammengefasst worden mit dem Vorschlag einer „planbereichsbezogenen Begrenzung des Versorgungsanteils von MVZ“ und dem Vorschlag der Abschaffung des „planungsbereichsübergreifenden Erwerbs von Arztstellen“. Diese beiden Vorschläge laufen letzten Endes auf ein Verbot von MVZ bei Überschreitung bestimmter Marktanteile hinaus und sind insoweit bereits im GA2023 (ab S. 53 ff.) untersucht worden. Der nunmehr (soweit ersichtlich erstmals) hinzugefügte Verbotsvorschlag, (offenbar zusätzlich) eine Obergrenze für die in einem MVZ tätigen Ärztinnen und Ärzte einzuführen, bedeutet in der Sache ebenfalls ein Verbot von MVZ bei Überschreitung bestimmter Marktanteile. Denn wenn eine unternehmerisch tätige Einheit in der Zahl der von ihr eingesetzten Mitarbeitenden durch den Staat limitiert wird, kann sie bestimmte Marktanteile nicht erobern. Man hat es hier wiederum mit staatlich festgesetzten Höchstzahlen bestimmter Wirtschaftskapazitäten zu tun, für die mithin genau die gleichen Grundsätze gelten wie für die bereits im GA2023 (S. 53 ff.) untersuchten, lediglich an andere Parameter geknüpften Verbotsvorschläge.

b) Hinreichendes Gewicht der reklamierten Gemeinwohlbelange?

aa) Qualifizierung als objektive Berufszugangsregelung

Indem durch diesen Verbotsvorschlag folglich der Ausbau von Wirtschaftskapazität vereitelt wird, handelt es sich ebenso wie bei den anderen die Marktanteile deckelnden Parametern um eine objektive Berufszugangsregelung (wie ausführlich im GA2023, S. 54, begründet).⁵⁵ Dort ist auch darauf hingewiesen worden, dass hierin zugleich eine massiv wirkende Beschränkung des europäischen Binnenmarktes und der grundrechtlich geschützten Arbeitsplatzwahlfreiheit der an einer Mitarbeit in einem MVZ interessierten (aber jenseits der Obergrenze nicht mehr anstellbaren) Ärztinnen und Ärzte liegt.

bb) Schutz eines überragend wichtigen Gemeinschaftsguts vor nachweisbaren oder höchstwahrscheinlich schweren Gefahren?

Wie bereits wiederholt festgestellt, können weder der Schutz vor Konkurrenz noch allgemeine ordnungspolitische Vorstellungen wie die einer angeblich „wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz“ als überragend wichtige Gemeinschaftsgüter eingestuft werden. Vor allem aber sind diese Schutzgüter im vorliegenden Zusammenhang jedenfalls nicht nachweisbar oder höchstwahrscheinlich schweren Ge-

fahren ausgesetzt. Wie das Ladurner-Gutachten ausführlich dargelegt⁵⁶ und das Bundesministerium für Gesundheit ausdrücklich bestätigt hat,⁵⁷ haben etwaige Beschränkungen der Anbietervielfalt und das Entstehen etwaiger räumlicher Konzentrationen ihren Grund ausschließlich in dem durch den Gesetzgeber selbst errichteten System der Bedarfsplanung und der Zulassungsbeschränkungen. Eine bereits bestehende, durchaus wirkmächtige Grenze gegenüber einem ungehemmten Zuwachs von Vertragsarztsitzen in einem MVZ wird überdies bereits durch den in § 103 Abs. 4c Satz 3 SGBV normierten Nachrang von MVZ, bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte nicht bei Ärztinnen und Ärzten liegt, errichtet.

c) Hilfsweise: Verhältnismäßigkeit?

Selbst wenn man zugunsten des Verbotsvorschlags annehmen würde, dass er dem Schutz eines überragend wichtigen Gemeinschaftsguts vor nachweisbaren oder höchstwahrscheinlich schweren Gefahren dient, würde ein solcher Vorschlag die im GA2023, S. 65, ausführlich erörterten Anforderungen an die Geeignetheit, die Erforderlichkeit und die Angemessenheit verfehlen. Konkret im Hinblick auf den Parameter „Zahl der im MVZ tätigen Ärzte“ müsste davon ausgegangen werden, dass sich die einem MVZ allgemein zugeschriebenen Vorzüge eines permanenten, da institutionalisierten Wissens- und Erfahrungsaustausches, der infolge breiterer Personalausstattung erleichterten Möglichkeit des Zugangs für Patientinnen und Patienten und der Entlastung des ärztlichen Personals von bürokratischen Anforderungen und von unternehmerischen Risiken (zu ihnen GA2023, S. 24 ff.) umso mehr realisieren würden, je mehr Ärztinnen und Ärzte (noch dazu unterschiedlicher Fachrichtungen, Erfahrungen, Lebenshorizonten, verschiedenen Geschlechts etc.) in einem MVZ tätig sind. Auch darauf, dass Aspekte der Marktordnung („Verhinderung monopolartiger Strukturen“) in unserer Rechtsordnung dem Kartellrecht des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) (und den dafür zuständigen und damit vertrauten Ministerien und Behörden auf europäischer wie nationaler Ebene) anvertraut sind, wurde bereits im GA2023 (S. 55) hingewiesen.⁵⁸

⁵⁵ Auch Sodan (Gutachten I, S. 46) sieht in einer Regelung, die für ärztliche MVZ den Zugang zur ambulanten Versorgung am Versorgungsgrad bemessen und nach einer Quote ausrichten würde, eine objektive Zugangsregelung.

⁵⁶ Ladurner-Gutachten, S. 121 f.

⁵⁷ BT-Drs. 20/5166, S. 5

⁵⁸ Und ebenso im Papier des CSU-Arbeitskreises (S. 2), das als Grenze eine Marktdeckung von über 50% der MVZ-Ärztinnen und Ärzte annehmen will.

d) Zwischenergebnis

Der Vorschlag eines Verbots von MVZ bei Erreichen einer Obergrenze für die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte enthält eine objektive Berufszugangsregelung, die nicht mit dem Schutz eines überragend wichtigen Gemeinschaftsguts vor nachweisbaren oder höchstwahrscheinlich schweren Gefahren begründet werden kann. Hilfsweise würde sich dieser Verbotsvorschlag auch nicht als verhältnismäßig erweisen.

4. Verbot der weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach Ausscheiden einer angestellten Ärztin bzw. eines angestellten Arztes

a) Beschreibung des Verbotsvorschlags und seiner Begründung

In dem vom Gesundheits- und Pflegepolitischen Arbeitskreis der CSU auf der Landesversammlung am 19.10.2024 beschlossenen „Ethik- und Wertekodex für (Zahn-)Medizinische Versorgungszentren“ ist unter der Überschrift „Aktueller politischer Handlungsbedarf“ folgender Beschluss enthalten: „Die aktuell noch geltende Ewigkeitsklausel sollte abgeschafft werden, MVZen und Praxen niedergelassener Ärzte sollten gleichbehandelt werden. Sollte ein in einem MVZ angestellter Arzt nach zehn Jahren ausscheiden, sollte dieser Arztsitz ausgeschrieben werden.“ Aus dieser Formulierung soll ein sog. Landtagsantrag entwickelt werden mit dem Ziel, die Staatsregierung aufzufordern, sich auf Bundesebene für eine entsprechende Regelung einzusetzen. Die exakte Regelung soll „im Umlaufverfahren abgestimmt“ werden mit den Teilnehmenden der Diskussion während der Klausurtagung des Arbeitskreises, darunter neben dem BMVZ, der KVB, der KZVB und dem Hausärzterverband auch mit dem BBMV sowie darüber hinaus mit weiteren Dachverbänden, der Landesärztekammer und der Landes Zahnärztekammer. Ein vergleichbarer Vorschlag ist, soweit ersichtlich, bislang noch nicht in die politische Diskussion eingebracht worden und auch noch nirgendwo fachwissenschaftlich beurteilt worden. Auch in dem Papier des Arbeitskreises findet sich keine explizite Begründung hierfür.

Der Regelungsvorschlag knüpft an den Umstand an, dass die Notwendigkeit eines oder mehrerer freier Vertragsarztsitze gemäß §§ 95 Abs. 2 Satz 9, 103 SGBV eine von mehreren Voraussetzungen für die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bildet. Dies gilt allerdings nicht für den zahnärztlichen Bereich, wo es gemäß § 103 Abs. 8 SGBV keine Zulassungsbeschränkungen gibt; dort würde der Regelungsvorschlag daher keinen Sinn machen.

Richtig verstanden würde der Vorschlag bedeuten, dass die weitere Teilnahme des MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung in dem Umfang reduziert würde, in dem die ausgeschiedene Ärztin bzw. der ausgeschiedene Arzt tätig gewesen ist. Auf den ersten Blick (und offenbar auch nach

Einschätzung des Arbeitskreises) würde durch den zunächst eintretenden Verlust des Vertragsarztsitzes eine Gleichbehandlung hergestellt zwischen MVZ und den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, die nach Beendigung der Tätigkeit der bisher zugelassenen Ärztin bzw. des bisher zugelassenen Arztes in ein Ausschreibungsverfahren gestellt werden. Auch das MVZ müsste dann den Vertragsarztsitz in einem Ausschreibungsverfahren wieder zurückerobern, allerdings mit dem durch § 103 Abs. 4c S. 3 SGBV begründeten Handicap des Nachrangs gegenüber Vertragsärzte-MVZ und niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten.

Im juristischen Sinne liegt hierin allerdings keine Ungleichbehandlung und mithin kein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz nach Art. 3 Abs. 1 GG vor (was bislang auch noch nicht behauptet worden ist). Denn mit der durch den Gesetzgeber ab 2004 bewirkten Etablierung von MVZ als Akteure in der vertragsärztlichen Versorgung ist ein wesentlich anders organisatorisch-institutionelles Setting geschaffen worden, das nicht in allen Einzelteilen den Charakteristika der freiberuflichen Tätigkeit entsprechen kann. Beendet nämlich eine niedergelassene Ärztin bzw. ein niedergelassener Arzt seine Tätigkeit, so kommt gar nichts anderes infrage als den Vertragsarztsitz neu auszuschreiben, während ein MVZ in seiner organisatorischen, wirtschaftlichen und medizinischen Basis weiter fortbesteht und den durch das Ausscheiden entstehenden Verlust bestimmter medizinischer Kompetenzen durch die Anstellung einer Ärztin bzw. eines Arztes, der über diese Kompetenzen verfügt, auf direktem Wege kompensieren kann.

Klar ist übrigens, dass dieser Verbotsvorschlag auch die soeben erst durch § 95 Abs. 1a Satz 1 SGBV zu MVZ-Gründungsberechtigten erklärten Kommunen betreffen würde. Unklar ist hingegen, was passieren soll, wenn eine Ärztin oder ein Arzt bereits vor Ablauf von zehn Jahren ausscheidet und vor allem, durch welche sachlichen Aspekte sich gerade die Zehnjahresfrist rechtfertigt.

b) Hinreichendes Gewicht der potenziellen Gemeinwohlbelange?

aa) Qualifizierung als subjektive Berufszugangsregelung

Die zulassungsbezogene Neuregelung würde eine Fortsetzung der bis dato statthaften Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verhindern. Es handelte sich daher um eine subjektive Berufszugangsregelung i. S. v. Art. 12 Abs. 1 GG und um eine Beschränkung erheblichen Gewichts der durch Art. 49 AEUV geschützten Niederlassungsfreiheit.⁵⁹

bb) Hinreichende Gründe des Gemeinwohls

Zur Rechtfertigung eines solchen Vorschlags müsste daher wiederum ein „besonders wichtiges Gemeinschaftsgut“ bzw. ein „zwingendes Erfordernis des Allgemeininteresses“ ins Feld geführt werden können. Der bloße Aspekt der Stärkung von Freiberuflichkeit als einer sowohl europa- als auch verfassungsrechtlich ungefestigten Kategorie⁶⁰ kann jedenfalls keinen Gemeinwohlbelang darstellen. Denkbar wäre aber, das Ziel einer Verbesserung der Chancen von Interessentinnen bzw. Interessenten an der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung als niedergelassene Ärztin bzw. niedergelassener Arzt als einen hinreichend gewichtigen Gemeinwohlbelang anzusehen. Auch würde die Notwendigkeit eines durchzuführenden Ausschreibungsverfahrens dem Gesetzgeber die Option einer Nachjustierung im Hinblick auf etwaigen Falls veränderte Versorgungsgegebenheiten eröffnen.⁶¹

c) Verhältnismäßigkeit?

aa) Geeignetheit und Erforderlichkeit?

Der Verbotsvorschlag wäre zur Erreichung des soeben beschriebenen Ziels geeignet. Ein bereits auf den ersten Blick greifbares, deutlich milderer Mittel läge aber selbstverständlich bei der Festlegung eines längeren Zeitraums als zehn Jahre. Denn die Notwendigkeit eines Ausschreibungsverfahrens bringt nicht nur ein langwieriges, vielfach streitbefangenes und in gerichtliche Auseinandersetzungen einmündendes Prozedere mit sich. Vielmehr werden auch die Funktionsabläufe und Strukturen in einem (bislang aus

Sicht der Patientinnen und Patienten funktionierenden) MVZ gleichsam durcheinandergeschüttelt. Diejenigen Patientinnen und Patienten, die sich bislang bei der bzw. dem (beispielsweise nun durch Tod ausscheidenden) angestellten Ärztin bzw. Arzt in einem MVZ (auch aufgrund des dort bestehenden Gesamtangebots) sicher und wohl gefühlt haben, stünden monate-, wenn nicht jahrelang vor einer unsicheren Zukunft. Letzten Endes besteht im Hinblick auf die Einschätzung der Erforderlichkeit aber ein Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers.

bb) Angemessenheit?

Bei der verfassungsrechtlich gebotenen abschließenden Gesamtabwägung muss zunächst bedacht werden, dass die Regelungen über den Arztstellenerwerb und die Modalitäten des Ausschreibungsverfahrens nach § 103 SGBV ein sorgfältig austariertes Gesamtsystem bilden. Würde man eine Regelung herausbrechen, entstünden neue Asymmetrien zwischen der Zulassung als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt und der Zulassung als MVZ. Teil dieses Gesamtsystems ist der in § 103 Abs. 4c S. 3 SGBV normierte Nachrang von näpkMVZ im Ausschreibungsverfahren. Dieser Nachteil wird bislang dadurch kompensiert, dass die näpkMVZ bei Ausscheiden einer Ärztin bzw. eines Arztes nicht sofort die auf diese bzw. diesen bezogene Befugnis zur fortgesetzten Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verlieren. Würde man künftig entsprechend dem Vorschlag des Arbeitskreises verfahren, würde es dem verfassungsrechtlichen Angemessenheitserfordernis entsprechen, jene Nachrangregelung zu beseitigen.

Ebenfalls in die Gesamtabwägung einzustellen wäre der Umstand, dass es in einem MVZ aufgrund des insgesamt anderen organisatorisch-institutionellen Settings und der Angestellteneigenschaft der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte vergleichsweise häufiger und in vergleichsweise kürzeren Abständen zu einem Ausscheiden kommt, während eine bzw. ein in niedergelassener Praxis tätige Vertragsärztin bzw. tätiger Vertragsarzt zumeist ihr bzw. sein ganzes weiteres Berufsleben lang den Vertragsarztsitz behält (mit der Konsequenz, dass es dort zumeist erst nach Jahrzehnten zu einem Neubesetzungsverfahren kommt). Dies lässt es m. E. naheliegend erscheinen, die Pflicht für ein Neuausschreibungsverfahren nach Ausscheiden einer angestellten Ärztin bzw. eines angestellten Arztes jedenfalls nicht auf einen Zeitraum von zehn Jahren (für den sowieso keinerlei sachliche Begründung ersichtlich ist) zu beziehen, sondern auf die durchschnittliche Tätigkeitsdauer niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte, welche sich auf einen Zeitraum von ca. 20 bis 30 Jahre belaufen dürfte (dem Verfasser fehlen hierzu nähere empirische Erkenntnisse). Die sog. Ewigkeitsklausel würde den verfassungs- und europarechtlichen Vorgaben somit umso eher entsprechen, je mehr sie sich an einem solchen Zeitraum (statt an dem Zeitraum von zehn Jahren) orientieren würde.

⁵⁹ So (im Hinblick auf strukturell vergleichbare Verbotsvorschläge) Schnapp/Nolden, ZESAR 2012, S. 452 ff. (zum Europarecht) bzw. Strötchen, KrV2020, S. 103 (bezogen auf das Verfassungsrecht).

⁶⁰ So zuletzt Kaiser, Wandel der Freiberuflichkeit im Vertragsarztrecht, 2024, S. 155 ff. m. w. N.

⁶¹ Gemäß § 103 Abs. 4a Satz 5 SBBV ist allerdings die Nachbesetzung einer Arztstelle in einem MVZ als solche bislang grundsätzlich auch dann möglich, „wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind“.

d) Zwischenergebnis

Das Verbot der weiteren Teilnahme eines MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung nach Ausscheiden einer angestellten Ärztin bzw. eines angestellten Arztes ließe sich zwar möglicherweise auf hinreichende Gründe des Gemeinwohls zurückführen. Es würde sich aber in der gegenwärtigen Ausgestaltung einer Neuausschreibungspflicht bei einer Tätigkeitsdauer der nun ausscheidenden, bislang angestellten Ärztin bzw. des Arztes von nur zehn Jahren als übermäßiger, jedenfalls als nicht angemessener Eingriff in die Berufswahlfreiheit und in die Niederlassungsfreiheit nach Art. 49 AEUV darstellen. Angemessener wäre ein Zeitraum von 20 bis 30 Jahren. Jedenfalls müsste bei Verwirklichung jenes Verbotsvorschlags die bisherige Nachrangregelung zulasten von näpkMVZ in § 103 Abs. 4c Satz 3 SGBV beseitigt werden.



Professor Dr. iur. Martin Burgi

Impressum

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15
10117 Berlin
Telefon: +49 030 27593805
E-Mail: info@bbmv.de

