

# **Medizinische Versorgungszentren in der vertragszahnärztlichen Versorgung**

**Zur Einführung eines MVZ-Registers sowie  
zur Eignung insbesondere von investorenbetriebenen  
zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren**

## **Rechtsgutachten**

erstattet im Auftrag der  
Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

von

Universitätsprofessor Dr. iur. habil. Helge Sodan

Inhaber des Lehrstuhls für Staats- und Verwaltungsrecht,  
Öffentliches Wirtschaftsrecht und Sozialrecht  
an der Freien Universität Berlin

Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht  
Präsident des Verfassungsgerichtshofes des Landes Berlin a. D.

Berlin, im Oktober 2020

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	8
A. MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung	8
B. Gang der Untersuchung	12
<b>Erster Teil: Gefahren durch investorenbetriebene zahnärztliche MVZ</b>	14
A. Zahnärztliche MVZ	14
I. Medizinische Versorgungszentren	14
1. Die Organisationsform MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung	16
2. Entwicklung der MVZ	18
II. Zahnärztliche MVZ	20
1. Begrenzung der Gründungsbefugnis durch das TSVG	20
2. Entwicklung	22
a) Entwicklung der zahnärztlichen MVZ	22
aa) Zahnärztliche MVZ	22
bb) Investorenbetriebene zahnärztliche MVZ	23
b) Räumliche Verteilung der zahnärztlichen MVZ	24
III. Zwischenergebnis	26
B. Investoren in der zahnärztlichen Versorgung	27
I. Rolle der Investoren	27
II. Dentalmarkt	28
1. Struktur des Dentalmarktes	28
2. Eignung aus Sicht der Investoren	30
III. Vorgehensweise der Investoren	30
1. Erwerb eines Krankenhauses	31
2. Gründung und Erwerb von Versorgungszentren	32
3. Veräußerung der Versorgungszentren	35
IV. Zwischenergebnisse	35
C. Gefahren der Beteiligung von Investoren	36
I. Grundlage der Gefahrenprognose	38

1. Behandlungsverhalten in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ	38
2. Erfahrungen aus dem europäischen Ausland	40
3. Verlautbarungen	41
4. Strukturelle Veränderungen der zahnärztlichen MVZ	41
II. Schwere der Schäden und Wahrscheinlichkeit des Eintritts	41
1. Patientenwohl und Versorgungsqualität	42
a) Systemisch hoher Umsatzdruck und mittelbare Einflussnahme auf Zahnärzte	43
b) Zwischenergebnis	44
2. Räumliche Verteilung und Kettenbildung	44
III. Zwischenergebnisse	46
D. Ergebnisse zum ersten Teil	48
<b>Zweiter Teil: Zur Berücksichtigung der Gefahren durch die bestehende Rechtslage</b>	50
A. Ebene der Gründungsbefugnis	50
I. Gründung zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser	50
II. Gründungsbefugnis bei Investorenbeteiligung	53
1. Auslegung des Merkmals „zugelassene Krankenhäuser“	56
a) Wortlaut	56
b) Systematik	58
c) Genese und Historie	59
d) Telos	61
e) Ergebnis der Auslegung	61
2. Teleologische Reduktion	61
3. Materielle Gründungsbefugnis	63
4. Zwischenergebnis	65
III. Anknüpfungspunkt der Höchstversorgungsgrenze	66
1. Wortlaut	66
2. Systematik	66
3. Genese und Historie	67
4. Telos	67
5. Ergebnis der Auslegung	68
IV. Zwischenergebnisse	68
B. Ebene der Zulassung von MVZ	69
I. Zulassung von MVZ	70

1. Eintragung der Zahnärzte in das Zahnarztregister	70
a) Voraussetzungen der Eintragung	71
aa) Tätigkeitsbezogene Eignung	71
bb) Personenbezogene Eignung	71
b) Zahnarztregister und MVZ	73
2. Bewerbung um die Zulassung des MVZ	75
a) Sicherheitsleistung	75
b) Zahnärztlicher Leiter	75
c) Gründungsvoraussetzungen	76
aa) Rechtsform der GmbH	76
bb) Gründungsbefugnis	76
3. Rechtsfolgen der Zulassung	76
4. Zwischenergebnisse	77
II. Eignung von MVZ	77
1. Zeitlicher Umfang anderer Tätigkeiten	78
2. Art der Tätigkeit	79
3. Personenbezogene Gründe	80
a) Anwendung auf MVZ	80
b) Struktur der Träger-Gesellschaft	82
c) Ausübung der Tätigkeit in freier Praxis	83
III. Zwischenergebnisse zur Zulassung von MVZ	84
C. Berücksichtigung der Gefahren	84
I. Gefahr für die Versorgungsqualität	85
II. Gefahr der Kettenbildung	85
III. Zwischenergebnis	86
D. Ergebnisse zum zweiten Teil	86
<b>Dritter Teil: Erfassung und Berücksichtigung der Gefahren</b>	89
A. Ansätze zur zielgenauen Erfassung der Gefahren	89
I. Merkmale zur Erfassung der Gefahren	89
II. Transparenz und Eignung	90
III. Rahmen für gesetzgeberische Tätigkeit	91
1. Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers	91
2. Begrenzung durch Gesetzgebungskompetenzen	92
3. Begrenzung durch Grundrechte	94
IV. Zwischenergebnisse	94

B. MVZ-Register	95
I. Bedürfnis und Registerzwecke	95
1. Bedürfnis für ein MVZ-Register	95
a) Handelsregister	95
b) Transparenzregister	96
c) Zwischenergebnis	99
2. Registerzwecke und Datenkranz	99
3. Erfordernis eines BAG-Registers?	101
4. Zwischenergebnisse	102
II. Ausgestaltung des Registers	103
1. Registerführende Stelle	103
2. Verarbeitung von Sozialdaten	104
a) Erhebung und Verarbeitung von Sozialdaten der Zahnärzte	105
b) Erhebung und Verarbeitung von Sozialdaten anderer Personen sowie der den Sozialdaten gleichgestellten betriebs- und geschäftszugehörigen Daten mit Geheimnischarakter	106
c) MVZ-Register und Sozialdaten	107
3. Zwischenergebnisse	108
III. Verfassungsrechtliche Beurteilung	109
1. Eingriff in eine grundrechtliche geschützte Freiheit	109
2. Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Grundrechtseingriffen	109
a) Formelle Verfassungsmäßigkeit	110
b) Materielle Verfassungsmäßigkeit	110
aa) Legitimer Zweck	110
bb) Geeignetheit	111
cc) Erforderlichkeit	111
dd) Angemessenheit	112
c) Zwischenergebnis	112
3. Zwischenergebnis	113
IV. Regelungsvorschläge	113
V. Zwischenergebnisse	119
C. Eignung von investorenbetriebenen MVZ	120
I. Eignung zur vertragszahnärztlichen Versorgung	120
1. Eignung als Kriterium	120
a) Wortlaut	121
b) Systematik	121
c) Genese und Historie	122
d) Telos	122
e) Zwischenergebnisse	122

2. Kriterien für eine Nichteignung	123
a) Grundlage für die Anwendung der Kriterien	123
b) Kriterien auf MVZ-Ebene	124
aa) Ergebnisabführung	124
bb) Übermäßige Renditeziele	124
cc) Einflussnahme auf Zahnärzte	125
c) Kriterien auf Investorenebene	125
aa) Erfahrungen mit Investoren	125
bb) Fehlverhalten verketteter MVZ	126
cc) Zeithorizont des Engagements	126
dd) Kettenbildung	126
d) Annahme einer Nichteignung	126
3. Zwischenergebnisse	126
II. Verfassungsrechtliche Beurteilung	127
1. Schutzbereich	128
a) Personeller Schutzbereich	128
aa) Inländische juristische Personen des Privatrechts	129
bb) Wesensmäßige Anwendbarkeit	130
cc) Zwischenergebnis	131
b) Sachlicher Schutzbereich	131
c) Zwischenergebnis	132
2. Eingriffe in die Berufsfreiheit	132
3. Verfassungsrechtliche Rechtfertigung	135
a) Formelle Verfassungsmäßigkeit	135
b) Materielle Verfassungsmäßigkeit	135
aa) Legitimer Zweck	135
bb) Geeignetheit	136
cc) Erforderlichkeit	136
dd) Angemessenheit	137
c) Zwischenergebnis	138
III. Regelungsvorschlag	138
IV. Zwischenergebnisse	139
D. Räumlich-fachliche Begrenzung der Gründungsbefugnis	141
I. Räumlich-fachlicher Bezug des Krankenhauses	141
1. Räumlicher Bezug	142
2. Fachlicher Bezug	142
II. Umsetzung	143
III. Verfassungsrechtliche Beurteilung	143
1. Vereinbarkeit mit der Berufsfreiheit	143

a) Eingriff in den Schutzbereich	144
b) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung	144
aa) Legitimer Zweck	144
bb) Geeignetheit	144
cc) Erforderlichkeit	145
dd) Angemessenheit	145
2. Vertrauensschutz	145
IV. Zwischenergebnisse	147
E. Fortentwicklung der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V	147
I. Anpassung der Versorgungsanteile	147
1. Städtische Planungsbereiche	147
2. Zwischenergebnis	148
II. Anknüpfung an den Krankenhausträger	149
III. Verfassungsrechtliche Beurteilung	150
1. Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit	150
2. Verfassungsrechtliche Rechtfertigung	150
a) Legitimer Zweck und Geeignetheit	150
b) Erforderlichkeit	150
c) Angemessenheit	151
IV. Zwischenergebnis	151
F. Ergebnisse zum dritten Teil	151
<b>Vierter Teil: Zusammenfassung in Leitsätzen</b>	<b>156</b>

# Einleitung

## A. MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung

In der vertragszahnärztlichen Versorgung steigt die Anzahl medizinischer Versorgungszentren (MVZ) kontinuierlich an.<sup>1</sup> Hieraus resultiert eine Verschiebung der Struktur der vertragszahnärztlichen Versorgung. In der jüngsten Vergangenheit wenden sich überdies verstärkt Finanzinvestoren und Private-Equity-Gesellschaften dem deutschen Dentalmarkt zu. Zwar ist nach der gesetzlichen Ausgestaltung solchen Akteuren der Marktzugang nicht eröffnet, die nicht bereits an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung beteiligt sind. Über den Umweg des Erwerbs zugelassener Krankenhäuser, die wiederum zahnärztliche MVZ gründen und/oder erwerben bzw. betreiben dürfen, verschaffen sich Finanzinvestoren dennoch Zugang zum Dentalmarkt. Abgerundet wird das Bild dadurch, dass Finanzinvestoren die einzelnen Versorgungszentren anschließend zu ambulanten Versorgungsunternehmen verketteten. Insgesamt nimmt die Anzahl von MVZ, die über ein Krankenhaus mittelbar von einem Finanzinvestor betrieben werden, kontinuierlich zu<sup>2</sup> und steigt im Verhältnis zu nicht von Investoren betriebenen zahnärztlichen MVZ schneller an.<sup>3</sup> Aus dem Engagement von Investoren resultieren Gefahren sowohl für die Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten als auch für die Sicherstellung des Versorgungsauftrags durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

Gefahren für die Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung ergeben sich wesentlich aus der begründeten Sorge einer renditeorientierten Ausrichtung der Behandlungen, die als Gefahr der „Kommerzialisierung“<sup>4</sup> der vertragszahnärztlichen Versorgung bezeichnet werden kann. Finanzinvestoren richten ihren Fokus zumeist auf die kurzfristig maximal erzielbare Rendite. Für die behandelnden Zahnärzte in den einzelnen Versorgungszentren kann dies zu einem

---

<sup>1</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 2.

<sup>2</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 24 (Abbildung 1).

<sup>3</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 25 (Abbildung 2).

<sup>4</sup> Siehe hierzu *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, MedR 2020, 531 f.

Zielkonflikt zwischen der Versorgungsqualität einerseits sowie der kommerziellen Erwartung andererseits führen.<sup>5</sup> Setzt sich die Entwicklung fort, ist im Hinblick auf die vertragszahnärztliche Versorgung infolge der „Konsolidierung des Dentalmarktes“ wesentlich durch Finanzinvestoren kurz- und mittelfristig mit einem starken Anstieg von zahnärztlichen MVZ sowie MVZ-Ketten zu rechnen.

Die Verschiebungen innerhalb der Versorgungsstruktur gefährden langfristig die freiberufliche Ausübung des zahnärztlichen Berufs.<sup>6</sup> Die vertragszahnärztliche Versorgung wird zunehmend von Zahnärzten geleistet, die ihre berufliche Tätigkeit nicht in den klassischen Formen der Einzelpraxen oder der Berufsausübungsgemeinschaften ausüben. Damit einher geht ein Anstieg der Anzahl an Zahnärzten, die ihren Beruf in der Form der abhängigen Beschäftigung ausüben.<sup>7</sup> Der Einstieg von Finanzinvestoren in den deutschen Dentalmarkt wird die Verschiebung innerhalb der Versorgungsstruktur voraussichtlich beschleunigen. In den investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ weicht die Personalstruktur erheblich von derjenigen in Einzelpraxen, in Berufsausübungsgemeinschaften sowie in nicht investorenbetriebenen MVZ ab: Die ganz überwiegende Mehrheit der dort berufstätigen Personen ist abhängig beschäftigt, nur zwei Prozent von ihnen sind Vertragszahnärzte.<sup>8</sup> Oftmals werden als Vorzüge von MVZ die Möglichkeit einer Tätigkeit in Teilzeit und die damit gegenüber einer selbständigen Niederlassung verbundene Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf angeführt. Untersucht man den Tätigkeitsumfang der abhängig beschäftigten Zahnärzte in den unterschiedlichen Formen der Leistungserbringung, zeigt sich allerdings, dass Tätigkeiten in Teilzeit in den klassischen Formen der Einzelpraxis und der Berufsausübungsgemeinschaft ähnlich verbreitet sind wie in zahnärztlichen MVZ; in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ liegt der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Zahnärzte hingegen am niedrigsten.<sup>9</sup> Vielmehr scheint von finanzstarken Investoren die Gefahr auszugehen,

---

<sup>5</sup> Plastisch *J. Bischoff*, Wachstum zwischen Freiberuflichkeit und reinem Renditedenken, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 4 (6).

<sup>6</sup> Kritisch etwa im Hinblick auf Ärzte *Flasbarth*, Die Ewigkeitsgenehmigung für medizinische Versorgungszentren am Beispiel der kontingentierte Abrechnungsgenehmigung gem. § 121a SGB V, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), Festschrift für Franz-Josef Dahm, 2017, S. 139 (140).

<sup>7</sup> BZÄK/KZBV, Daten und Fakten 2020, Entwicklung der Zahnarztzahlen, online abrufbar unter [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df20/\\_Daten\\_Fakten\\_2020.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df20/_Daten_Fakten_2020.pdf) (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>8</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 31 (Abbildung 8).

<sup>9</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 33 (Abbildung 10).

dass niederlassungswilligen Zahnärzten die Möglichkeit zur Niederlassung erheblich erschwert wird.<sup>10</sup> Langfristig bergen diese Entwicklungen die Gefahr, dass eine Abkehr von der Freiberuflichkeit als bestimmendem Merkmal der (vertrags)zahnärztlichen Versorgung eintritt.

Ebenfalls nachteilig wirken sich die Entwicklungen der (investorenbetriebenen) zahnärztlichen MVZ auf die Sicherstellung einer flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung aus. MVZ siedeln sich bevorzugt in (groß)städtischen, einkommensstarken und von einer hohen Zahnarztichte geprägten Regionen an; dieser Befund trifft auf zahnärztliche MVZ unabhängig von der Beteiligung von Finanzinvestoren zu, wobei er allerdings für investorenbetriebene zahnärztliche MVZ in stärkerem Maße gilt.<sup>11</sup> Zugleich leisten zahnärztliche MVZ einen bloß geringen Beitrag zu einer flächendeckenden Versorgung.

In der Vergangenheit versuchte der Gesetzgeber stets, den Einfluss von Kapitalinteressen in der ambulanten Versorgung gering zu halten,<sup>12</sup> wenngleich ein solcher mit der Einführung der MVZ in der ambulanten Versorgung zumindest teilweise hingenommen wurde.<sup>13</sup> Als sich die Gründung von MVZ durch *fachfremde* Investoren abzeichnete, versuchte der Gesetzgeber, dieser Entwicklung dadurch Einhalt zu gebieten, dass er die Befugnis zur Gründung von MVZ durch das GKV-VStG<sup>14</sup> beschränkte.<sup>15</sup> Insbesondere nach dem Wegfall des Erfordernisses einer fachübergreifenden Ausrichtung von MVZ durch das GKV-VStG

---

<sup>10</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 17.

<sup>11</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 52 (Abbildung 20), S. 138.

<sup>12</sup> Siehe den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 5. September 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 70, sowie die Beschlussempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), BT-Drs. 19/8351, S. 187 ff.

<sup>13</sup> So schreibt etwa *Wenner* (Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit – mehr Freiheit oder nur mehr Freiheit für den Missbrauch?, in: Katzenmeier/Ratzel [Hrsg.], Festschrift für Franz-Josef Dahm, 2017, S. 517 [529]) in Bezug auf „große Medizinkonzerne“, dass die Ausrichtung der ambulanten Versorgung auf die Maßstäbe des Kapitalmarktes durch die Zulassung der MVZ ermöglicht werde und man „schon ein wenig naiv sein“ müsse, „um zu glauben, dass das nicht von vornherein auch – nicht als einziger Zweck – beabsichtigt war“.

<sup>14</sup> Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 2011, BGBl. I S. 2983.

<sup>15</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesregierung vom 5. September 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 70.

weitete sich die Investorentätigkeit auf die zahnärztliche Versorgung aus.<sup>16</sup> Über die Kontrolle von Krankenhausträgersgesellschaften drängten Finanzinvestoren und Private-Equity-Gesellschaften auf den ambulanten Dentalmarkt. Der Gesetzgeber versuchte dies durch die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V zu unterbinden, indem er die Befugnis zur Gründung zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser dem Umfang nach in den einzelnen Planungsbereichen beschränkte.<sup>17</sup> Die tatsächliche Entwicklung hingegen zeigt, dass die Regelung ihr Ziel nicht erreichen konnte: Weiterhin erwerben Investoren Krankenhausträgersgesellschaften und gründen oder übernehmen bundesweit zahnärztliche MVZ.<sup>18</sup> Investoren weisen keinen fachlichen Bezug zur zahnärztlichen Versorgung auf und verfolgen regelmäßig allein Kapitalinteressen. Dies verursacht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden.<sup>19</sup> Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags hat sich – soweit ersichtlich – zuletzt am 4. März 2020 in der öffentlichen Anhörung zu dem von der Fraktion DIE LINKE gestellten Antrag mit dem Titel „Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen“<sup>20</sup> mit diesem Komplex befasst.<sup>21</sup>

Das vorliegende Rechtsgutachten nimmt die Entwicklung der MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie die mit ihnen verknüpften Gefahren in den Blick und prüft Möglichkeiten sowie Grenzen der Regulierung von (investorenbetriebenen) zahnärztlichen MVZ. Die beschriebenen Gefahren knüpfen in weiten Teilen an die durch Finanzinvestoren getriebene Entwicklung

---

<sup>16</sup> Siehe zur Entwicklung zahnärztlicher MVZ nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: KZBV, Jahrbuch 2019, S. 156 Abb. 6.13, online abrufbar unter <https://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2019.media.381dcb7f99745a1edf1e2c179a5624b3.pdf> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020), sowie zur Entwicklung investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ: KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27.

<sup>17</sup> Insoweit instruktiv Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187 ff.

<sup>18</sup> Statistische Erhebungen lassen keinen Rückgang der Entwicklung erkennen, vgl. KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27. Siehe zu dem Entwicklungspotential trotz der Regelung IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 54 ff.

<sup>19</sup> Siehe zur nahezu wortgleichen Begründung der angesprochenen Änderungen durch das GKV-VStG: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesregierung vom 5. September 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 70.

<sup>20</sup> Antrag vom 23. Oktober 2019, BT-Drs. 19/14372.

<sup>21</sup> Vgl. das Wortprotokoll der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020, Protokoll-Nr. 19/83.

zahnärztlicher MVZ an. Die Untersuchung wird zeigen, dass die geltende Rechtslage die Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung nicht ausreichend berücksichtigt, die insbesondere von investorenbetriebenen MVZ ausgehen. Deshalb werden maßgeblich zwei Maßnahmen näher untersucht, die diesen Gefahren entgegentreten sollen: Erstens soll zur Beobachtung der Veränderungen der räumlichen und personellen Versorgungsstruktur ein höherer Grad an Transparenz erreicht werden. Da das Zahnarztregister die investorenspezifischen Gefahren nicht hinreichend berücksichtigt, werden die Voraussetzungen für die Schaffung eines MVZ-Registers untersucht. Zweitens soll die vertragszahnärztliche Versorgung sichergestellt werden. In die gegenwärtige Regelungssystematik der Zulassung von MVZ sollen deshalb Voraussetzungen für eine Berücksichtigung der Eignung (investorenbetriebener) zahnärztlicher MVZ für die vertragszahnärztliche Versorgung entwickelt und eingefügt werden. Ziel des Gutachtens ist es, eine rechtmäßige und umsetzbare Ausgestaltung dieser Maßnahmen aufzuzeigen.

## **B. Gang der Untersuchung**

In ihrem ersten Teil nimmt die Arbeit das Phänomen der investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ in den Blick. Hierzu werden knapp die Gründungs- und Zulassungsvoraussetzungen sowie die Entwicklung zahnärztlicher MVZ dargestellt. Anschließend wendet sich die Untersuchung der Vorgehensweise der Finanzinvestoren zu. Daran schließt sich eine Auseinandersetzung mit den Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung an, die zahnärztlichen MVZ anhaften oder spezifisch durch die Beteiligung von Investoren entstehen.

In seinem zweiten Teil widmet sich das Gutachten der gegenwärtigen Rechtslage und untersucht, inwiefern diese die Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung hinreichend berücksichtigt, welche von den Aktivitäten der Finanzinvestoren sowie den zahnärztlichen MVZ ausgehen. Entsprechend der gesetzlichen Regulierungssystematik werden sowohl die Gründung als auch die Zulassung von (investorenbetriebenen) zahnärztlichen MVZ untersucht. Unberücksichtigt bleiben in diesem Rahmen die *berufsrechtlichen* Vorgaben für Zahnärzte. Diese Anforderungen erfassen die Zahnärzte als natürliche Personen und nicht die zahnärztlichen MVZ selbst. Darüber hinaus führt die komplexe Wechselwirkung zwischen Berufs- und Sozialversicherungsrecht zu Regelungen, die insbesondere in Bezug auf MVZ nicht aneinander angepasst sind.<sup>22</sup> So

---

<sup>22</sup> Siehe hierzu etwa *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, MedR 2020, 531 (534 f.).

verbietet zwar § 17a Satz 3 Buchst. c der Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer (MBO-Z) die Beteiligung Dritter am Gewinn von Zahnheilkundengesellschaften. Betreiben Krankenhäuser solche Gesellschaften, sind sie jedoch keine Dritten, so dass diese Regelung Gefahren durch investorenbetriebene zahnärztliche MVZ nicht erfasst. Die sozialversicherungsrechtlich zugelassene Versorgung durch MVZ mit berufsrechtlichen Vorschriften – insbesondere in den auf Länderebene bestehenden Berufsordnungen – regulieren zu wollen, stellt einen rechtlich fragwürdigen Ansatz dar; deshalb untersucht das vorliegende Gutachten die Regulierung investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ durch *sozialversicherungsrechtliche* Normen. Dabei wird sich zeigen, dass die bestehende Rechtslage den Gefahren für die Qualität der Versorgung nicht adäquat begegnet.

Der dritte Teil der Untersuchung knüpft an die Vorgehensweise der Finanzinvestoren an und prüft Merkmale zur Erfassung für die Versorgung gefährlicher Versorgungszentren. Als wesentlich werden die Schaffung von Transparenz sowie die Berücksichtigung investorenspezifischer Gefahren für die Eignung der Versorgungszentren im Rahmen des Zulassungsverfahrens ausgemacht. Im Zentrum steht hierbei die Erhöhung von Transparenz durch die Errichtung eines MVZ-Registers, das den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie den Zulassungsausschüssen die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben unter Einsicht in die wirtschaftlichen Strukturen investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ ermöglicht. Hierdurch sollen praktische Schwierigkeiten beseitigt werden, investorenspezifische Gefahren zu erfassen. Darüber hinaus sollen abstrakte Kriterien für die Bestimmung der Eignung zahnärztlicher MVZ für die vertragszahnärztliche Versorgung entwickelt werden, die auf das Vorliegen investorenspezifischer Gefahren hindeuten. Als weitere Regelungsmöglichkeiten werden die räumlich-fachliche Begrenzung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für zahnärztliche MVZ sowie eine Fortentwicklung der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V erörtert.

Im vierten Teil schließlich werden wesentliche Ergebnisse der gesamten Untersuchung in Leitsätzen zusammengefasst.

## Erster Teil

# Gefahren durch investorenbetriebene zahnärztliche MVZ

Der erste Teil der Untersuchung soll die Gefahren durch zahnärztliche MVZ herausarbeiten, wobei der Schwerpunkt auf den von Investoren betriebenen MVZ liegt. Als Grundlagen hierfür werden die rechtlichen Gründungs- und Zulassungsvoraussetzungen sowie die Entwicklung der zahnärztlichen MVZ dargelegt (A.). Anschließend wendet sich die Untersuchung der Rolle und der Vorgehensweise der Investoren zu (B.). Schließlich sollen die Gefahren erörtert werden, die aus der Beteiligung von Investoren an zahnärztlichen MVZ herrühren (C.).

### A. Zahnärztliche MVZ

Mit dem MVZ stellt der Gesetzgeber eine besondere Organisations- und Kooperationsform für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung zur Verfügung.<sup>23</sup> Um den gegenwärtigen regulativen Stand für zahnärztliche MVZ näher zu untersuchen, wird – entsprechend der historischen Entwicklung – zunächst die Entwicklung der MVZ dargelegt. Anschließend werden die besonderen Anforderungen an zahnärztliche MVZ untersucht.

### I. Medizinische Versorgungszentren

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz<sup>24</sup> erweiterte der Gesetzgeber mit Wirkung ab 2004 den Kreis der Leistungserbringer, die zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassen sind, um die „zugelassenen medizinischen Versorgungszentren“.<sup>25</sup> Hiermit eröffnete er den Vertrags(zahn)ärzten die Möglichkeit, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten, wie sie von den Polikliniken

---

<sup>23</sup> BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 – B 6 KA 28/15 R, juris Rn. 11. Siehe auch *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 53 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>24</sup> Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. November 2003, BGBl. I S. 2190.

<sup>25</sup> *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 1. Zu den Beweggründen des Gesetzgebers siehe *Niggehoff*, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 1 ff.

in der DDR bekannt war.<sup>26</sup> Ursprünglich sollte das MVZ die Versorgungslandschaft durch eine Kooperationsform ergänzen, in der mehrere Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen eine umfassende Versorgung für die Versicherten anbieten.<sup>27</sup> Neben rein ärztlichen Kooperationen beabsichtigte der Gesetzgeber die Schaffung von Einrichtungen, in denen eine „interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen“ stattfindet, die in einer „Versorgung aus einer Hand“ mündet.<sup>28</sup> Dieses ursprüngliche Bild von MVZ hat sich durch mehrere Änderungen stark gewandelt und dazu geführt, dass die Kooperationsform MVZ sich inhaltlich stark an den Vertragsarzt sowie die Berufsausübungsgemeinschaften angenähert hat.<sup>29</sup> Stand ursprünglich der Aspekt der unmittelbaren Förderung der Versorgung im Mittelpunkt, sollen MVZ nunmehr das Interesse „an flexibler und verantwortungsarmer Tätigkeit von Nachwuchsärzten“<sup>30</sup> bedienen und haben hierdurch mittelbar Auswirkungen auf die Versorgung.<sup>31</sup> Von dem „ursprünglich angedachten Zweck einer zentralisierten, fachübergreifenden aber schnittstellenarmen Versorgung“ ist „nichts übrig geblieben“.<sup>32</sup>

Die unternehmerisch geführten MVZ<sup>33</sup> eröffneten insbesondere jungen Ärzten und Zahnärzten die Möglichkeit, sich auf die Ausübung des (zahn)ärztlichen

---

<sup>26</sup> Vgl. den von den Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 8. September 2003, BT-Drs. 15/1525, S. 74, 108.

<sup>27</sup> Siehe zum ursprünglichen Konzept der MVZ etwa *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 8 ff.

<sup>28</sup> Siehe den von den Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 8. September 2003, BT-Drs. 15/1525, S. 74.

<sup>29</sup> Vgl. *Ladurner*, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar, 2017, § 95 SGB V Rn. 26.

<sup>30</sup> *Flasbarth*, Die Ewigkeitsgenehmigung für medizinische Versorgungszentren am Beispiel der kontingentierte Abrechnungsgenehmigung gem. § 121a SGB V, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), Festschrift für Franz-Josef Dahm, 2017, S. 139.

<sup>31</sup> Die Trennung von medizinischen Tätigkeiten und technisch-administrativen Aufgaben war allerdings durch den Gesetzgeber beabsichtigt, vgl. *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 3.

<sup>32</sup> *Flasbarth*, Die Ewigkeitsgenehmigung für medizinische Versorgungszentren am Beispiel der kontingentierte Abrechnungsgenehmigung gem. § 121a SGB V, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), Festschrift für Franz-Josef Dahm, 2017, S. 139.

<sup>33</sup> So ausdrücklich der von den Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 8. September 2003, BT-Drs. 15/1525, S. 74.

Berufs zu fokussieren, ohne das wirtschaftliche Risiko sowie die technisch-administrativen Aufgaben bei den natürlichen Personen zu verorten.<sup>34</sup> Diese werden auf das MVZ als „Hülle“ übertragen.<sup>35</sup> Darüber hinaus betont das Bundessozialgericht die gesetzgeberisch intendierte Rolle von MVZ für die Verbesserung der Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor sowie die hierdurch angestrebte Erhöhung der Versorgungsqualität insgesamt.<sup>36</sup> Mit der Einführung der MVZ als Leistungserbringer eröffnete der Gesetzgeber jedoch eine Ausrichtung der ambulanten Versorgung an den Maßstäben des Kapitalmarktes.<sup>37</sup>

### **1. Die Organisationsform MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung**

In § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V werden MVZ legaldefiniert als ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Gemäß § 72 Abs. 1 S. 2 SGB V gelten die Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V (§§ 69 bis 140h SGB V) entsprechend unter anderem für Zahnärzte, soweit sie sich auf Ärzte beziehen. Ein MVZ ist als solches nicht rechtsfähig, sondern nur das sozialversicherungsrechtliche Gebilde einer besonderen Organisations- und Kooperationsform im Rahmen der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit.<sup>38</sup> Deshalb muss zwischen dem Rechtsträger des jeweiligen MVZ einerseits sowie dem MVZ andererseits unterschieden werden. Sozialversicherungsrechtlich bildet das MVZ dasjenige vertrags(zahn)arztrechtliche Subjekt, das durch den Statusakt der Zulassung – entsprechend zur Zulassung von natürlichen Personen als Vertragszahnärzte – zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet wird, vgl.

---

<sup>34</sup> Vgl. *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 3.

<sup>35</sup> *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 3.

<sup>36</sup> BSGE 126, 40 (47 Rn. 34-35). Ein Zusammenhang zwischen der Gründungsbefugnis von MVZ für Krankenhäuser sowie einer Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor wird zudem in der Begründung des von der Bundesregierung beschlossenen Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze vom 30. August 2006 hergestellt, BT-Drs. 16/2474, S. 29.

<sup>37</sup> Kritisch hierzu *Wenner*, *Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit – mehr Freiheit oder nur mehr Freiheit für den Missbrauch?*, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), *Festschrift für Franz-Josef Dahm*, 2017, S. 517 (529).

<sup>38</sup> BSG, Urteil vom 4. Mai 2016 – B 6 KA 28/15 R, juris Rn. 11. Siehe auch *Clemens*, *Das medizinische Versorgungszentrum – Kriminologie und aktuelle Rechtsfragen*, in: Schiller/Tsambikakis (Hrsg.), *Kriminologie und Medizinrecht. Festschrift für Gernot Steinhilper*, 2013, S. 11 (11 f.); *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), *Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht*, § 95 SGB V Rn. 53 (Stand der Kommentierung: August 2019).

§ 95 Abs. 3 S. 2 SGB V.<sup>39</sup> Die Ebene der Trägerschaft ist hiervon getrennt; ursprünglich waren als Rechtsträger alle zulässigen Organisationsformen wählbar: So konnte ein MVZ in den Formen der Gesellschaft bürgerlichen Rechts, der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder der Aktiengesellschaft gegründet und betrieben werden.<sup>40</sup> Nunmehr sind die zulässigen Rechtsträger durch die enumerative Aufzählung in § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V auf bestimmte Rechtsformen beschränkt. Insbesondere sind Gründung und Betrieb eines MVZ nicht mehr als Aktiengesellschaft möglich.<sup>41</sup> MVZ müssen über einen ärztlichen Leiter verfügen, der selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt im MVZ tätig und dabei in medizinischen Fragen weisungsfrei sein muss (§ 95 Abs. 1 S. 3 SGB V).

Für die Regulierung von MVZ ist dogmatisch zwischen den Ebenen der Gründung, der Zulassung und des Betriebs zu unterscheiden.<sup>42</sup> Gesteuert werden die MVZ maßgeblich über die Gründungsvoraussetzungen und die Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung: Im Rahmen der Gründung wird gesteuert, *wer* zur Gründung der Versorgungszentren *in welcher Rechtsform* berechtigt ist. Im Rahmen der Zulassung wird – im vertragsärztlichen Bereich – der bestehende Versorgungsbedarf ermittelt. Für die vertragsärztliche sowie die vertragszahnärztliche Versorgung werden die Qualifikation sowie die Eignung der einzelnen natürlichen Personen – Ärzte oder Zahnärzte – im Zulassungsverfahren geprüft. Der (dauerhafte) Betrieb eines MVZ ist an das Vorliegen der Gründungs- und der Zulassungsvoraussetzungen geknüpft: § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V regelt, dass die Zulassung zu entziehen ist, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Die Zulassung eines MVZ ist gemäß § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen aus Absatz 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Privilegiert gegenüber den Zulassungsvoraussetzungen werden der beschränkte Kreis der Gründungsberechtigten – respektive zeitlich danach der Betriebsberechtigten – und

---

<sup>39</sup> Clemens, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 2.

<sup>40</sup> Vgl. Ladurner, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar, 2017, § 95 SGB V Rn. 16, 25.

<sup>41</sup> Sofern kein Bestandsschutz besteht, vgl. § 95 Abs. 1a S. 4 SGB V.

<sup>42</sup> BSG, GesR 2016, 775 (776 f.); Clemens, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 23; Scholz/Bartha, in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht, 57. Edition (Stand: 1. Juni 2020), § 95 Rn. 90 ff. Kritisch hierzu Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 53 (Stand der Kommentierung: August 2019).

derjenige der zugelassenen Rechtsformen.<sup>43</sup> Ärzten und Zahnärzten ist es möglich, nach der Gründung des MVZ auf ihre Zulassung zu verzichten, wenn sie als angestellter Arzt bzw. Zahnarzt in dem MVZ tätig und dort Gesellschafter sind (§ 95 Abs. 6 S. 4 SGB V).<sup>44</sup> Weitere Einschränkungen für den Betrieb regelt das Gesetz nicht. Insbesondere problematisch ist dies im Hinblick auf einen Gesellschafterwechsel in einem zugelassenen MVZ, das von einer GmbH getragen wird. Da der Wechsel des Gesellschafters die Existenz der juristischen Person unberücksichtigt lässt, hat ein solcher Wechsel keine Auswirkungen auf die Zulassung des MVZ. Eine Genehmigung des Gesellschafterwechsels durch den Zulassungsausschuss ist nicht erforderlich.<sup>45</sup> Ein solcher Wechsel muss dem Zulassungsausschuss jedoch angezeigt werden, um ihn in die Lage zu versetzen, das Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen einschließlich der gegebenenfalls gemäß § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V erforderlichen ordnungsgemäßen Abgabe der Bürgschaftserklärungen sowie das Vorliegen der für den Betrieb fortgeltenden Gründungsvoraussetzungen aus § 95 Abs. 1a S. 1 und 3 SGB V zu prüfen.<sup>46</sup>

## 2. Entwicklung der MVZ

In der Praxis führte die Einführung der neuen Organisations- und Kooperationsform zu einer MVZ-Errichtungseuphorie<sup>47</sup> im *vertragsärztlichen* Bereich. Diese schwächte sich erheblich ab, als der Gesetzgeber durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz<sup>48</sup> selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen verlangte, wenn ein MVZ in der Rechtsform der GmbH zugelassen werden sollte (§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB V).<sup>49</sup> Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-

---

<sup>43</sup> Niggehoff, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 29.

<sup>44</sup> Siehe hierzu Niggehoff, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 27 f.

<sup>45</sup> BSG, MedR 2015, 617 (618).

<sup>46</sup> BSG, MedR 2015, 617 (618); Preißler, Rechtsformprobleme beim Betrieb Medizinischer Versorgungszentren, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), Festschrift für Franz-Josef Dahm, 2017, S. 335 (343). Für ein GbR-MVZ siehe Gummert/Remplik, Münchener Handbuch des Gesellschaftsrechts, Bd. I, 5. Aufl. 2019, § 25 Rn. 144.

<sup>47</sup> Der von Quaas geprägte Begriff beschreibt eine starke Zunahme der Gründungen von MVZ im Zeitraum von 2004 bis Mitte 2007, vgl. Clemens, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 5 Fn. 10.

<sup>48</sup> Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze vom 22. Dezember 2006, BGBl. I S. 3439.

<sup>49</sup> Clemens, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 5.

VStG)<sup>50</sup> wurden mit Wirkung ab 2012 die zulässigen Organisationsformen zur Gründung von MVZ eingeschränkt; nach weiteren kleinen Anpassungen sind heute als Rechtsträger allein die Personengesellschaft, die eingetragene Genossenschaft, die Gesellschaft mit beschränkter Haftung sowie eine öffentlich-rechtliche Rechtsform möglich.<sup>51</sup> Die Einschränkung durch das GKV-VStG erfolgte als Reaktion des Gesetzgebers auf die Zunahme der Gründungen von MVZ durch versorgungsfremde Investoren, die allein die Maximierung ihres Profits verfolgten.<sup>52</sup>

Erhebliche Auswirkungen auf die Anzahl von zahnärztlichen MVZ hatte das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz<sup>53</sup>, durch welches das Erfordernis der fachübergreifenden Ausrichtung der MVZ gestrichen wurde.<sup>54</sup> Danach konnten MVZ von Ärzten der gleichen Fachrichtung gegründet und betrieben werden.<sup>55</sup> Ausweislich der Gesetzesbegründung beabsichtigte der Gesetzgeber diese Folge im Hinblick auf Zahnärzte mit seiner Änderung ausdrücklich.<sup>56</sup> Infolgedessen stieg der Anteil rein zahnärztlicher MVZ stark an.<sup>57</sup> Gab es Ende des vierten

---

<sup>50</sup> Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 2011, BGBl. I S. 2983.

<sup>51</sup> *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 6; *Niggehoff*, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 11a.

<sup>52</sup> Vgl. den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 5. September 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 70; *Niggehoff*, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 36a ff.

<sup>53</sup> Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 16. Juli 2015, BGBl. I S. 1211.

<sup>54</sup> *Niggehoff*, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 11b.

<sup>55</sup> *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 6; *Niggehoff*, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 111.

<sup>56</sup> Vgl. den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drs. 18/4095, S. 105. Vgl. ferner *Schaks*, Das Medizinische Versorgungszentrum nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, NZS 2016, 761 (762).

<sup>57</sup> *Niggehoff*, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 11b; *Ossege*, Beteiligungen von Private-Equity-Gesellschaften an zahnärztlichen MVZ-Trägergesellschaften, GesR 2019, 281; *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 54 (Stand der Kommentierung: August 2019).

Quartals 2015 ganze 87 zahnärztliche MVZ,<sup>58</sup> beläuft sich ihre Zahl zum Ende des ersten Quartals 2020 auf 1.000<sup>59</sup>.

## II. Zahnärztliche MVZ

*Zahnärztliche* MVZ werden weder grundsätzlich noch strukturell anders als ärztliche MVZ reguliert. Der Gesetzgeber hat jedoch mit § 95 Abs. 1b SGB V für die Gründung *zahnärztlicher* MVZ *durch Krankenhäuser* besondere Voraussetzungen geschaffen.

### 1. Begrenzung der Gründungsbefugnis durch das TSVG

Der Bundesgesetzgeber fügte diese Regelung durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)<sup>60</sup> in das SGB V ein. Sie war im ursprünglichen Gesetzentwurf der Bundesregierung<sup>61</sup> nicht vorgesehen, sondern wurde auf Vorschlag des Bundesrates in die Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses aufgenommen.<sup>62</sup> Ziel der spezifisch auf zahnärztliche MVZ zugeschnittenen Regelung ist „der Erhalt der Anbietervielfalt in der vertragszahnärztlichen Versorgung und die Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz durch medizinische Versorgungszentren [...] in Trägerschaft weniger Krankenhäuser.“<sup>63</sup> Als Hintergrund dieses Ziels macht der Gesundheitsausschuss „bereits bestehende Konzentrationsprozesse im vertragszahnärztlichen Versorgungsbereich“ aus, denen „rechtzeitig entgegengewirkt werden soll“; mit der Sicherung der Vielfalt der vertragszahnärztlichen Leistungserbringer möchte er

---

<sup>58</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27.

<sup>59</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 14; KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27.

<sup>60</sup> Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 6. Mai 2019, BGBl. I S. 646.

<sup>61</sup> Gesetzentwurf vom 7. Dezember 2018, BT-Drs. 19/6337, S. 57 ff.; Gegenäußerung der Bundesregierung vom 12. Dezember 2018, BT-Drs. 19/6436, S. 3.

<sup>62</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 58 ff., 187; *Ossege*, Beteiligungen von Private-Equity-Gesellschaften an zahnärztlichen MVZ-Trägergesellschaften, GesR 2019, 281 (282).

<sup>63</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187; ebenfalls zu den Zielen der Regelung, nicht aber über die Begründung der Beschlussempfehlung hinaus *Ossege*, Beteiligungen von Private-Equity-Gesellschaften an zahnärztlichen MVZ-Trägergesellschaften, GesR 2019, 281 (282).

ausweislich dieser Begründung eine zukunftsichere, flächendeckende zahnmedizinische Versorgung sicherstellen.<sup>64</sup> Der Gesundheitsausschuss hebt nachfolgend Private-Equity-Gesellschaften sowie ihr verstärktes Engagement in der zahnärztlichen Versorgung ausdrücklich hervor.<sup>65</sup> Die „rein renditeorientierte[n] Motivation von Private-Equity-Gesellschaften“ begründe die „Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von versorgungsfernen Zielvorgaben stärker beeinflusst werden“; die Analyse des Abrechnungsverhaltens investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ deute auf eine „Über- und Fehlversorgung in Investor-MVZ“ hin, die durch Erfahrungen aus dem europäischen Ausland gestützt werden.<sup>66</sup> Über die Sicherung der Anbietervielfalt hinaus bezweckt der Gesetzgeber, „die bestehenden Übernahmeprozesse durch Beteiligungsgesellschaften ohne originäres Versorgungsinteresse zu begrenzen“.<sup>67</sup>

Die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V steuert den Umfang der zahnärztlichen MVZ, die Krankenhäuser in einzelnen Planungsbereichen abhängig von der jeweiligen Versorgungslage gründen und/oder betreiben dürfen. Unpräzise ist die Vorschrift insofern, als sie auf Krankenhäuser abstellt, die mangels Rechtspersönlichkeit hingegen keine MVZ gründen können; zur Gründung von MVZ berechtigt sind insoweit die Träger der Krankenhäuser.<sup>68</sup> Indem die Regelung als Maßstab die Planungsbereiche heranzieht, beschränkt sie die Gründung von zahnärztlichen MVZ durch Krankenhausträger nur in geringer Weise. Denn jeder Krankenhausträger ist danach berechtigt, bundesweit in jedem Planungsbereich zahnärztliche MVZ zu gründen. Gründung und Betrieb zahnärztlicher MVZ sind ihrem Umfang nach zwar durch die jeweilige Höchstversorgungsgrenze je Krankenhaus beschränkt, die nach dem Grad der Versorgung in den Planungsbereichen variiert. Wird die Höchstversorgungsgrenze nicht überschritten, sind selbst in überversorgten Planungsbereichen Gründung und Betrieb von zahnärztlichen MVZ durch Krankenhäuser – teilweise in erheblichem Umfang – weiterhin möglich. Theoretisch könnte die vertragszahnärztliche Ver-

---

<sup>64</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187.

<sup>65</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187 ff.

<sup>66</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

<sup>67</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

<sup>68</sup> Vgl. *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), *Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht*, § 95 SGB V Rn. 82 (Stand der Kommentierung: August 2019).

sorgung sogar zu 100 Prozent durch von Krankenhäusern gegründete bzw. betriebene MVZ abgedeckt werden, solange jedes einzelne Krankenhaus den gesetzlichen Höchstversorgungsanteil nicht überschreitet.<sup>69</sup> Vielfach werden lukrative Praxen in verzweigte MVZ-Ketten eingegliedert. Die Lenkungswirkung der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V ist entsprechend gering.

## **2. Entwicklung**

Die besondere Regulierung der zahnärztlichen MVZ durch § 95 Abs. 1b SGB V knüpft auf Grundlage der Vorgehensweise der Investoren an die Gründung durch Krankenhäuser an.<sup>70</sup> Neben der Entwicklung der zahnärztlichen MVZ soll die Entwicklung derjenigen Versorgungszentren dargelegt werden, die einen Investorenbezug aufweisen.

### **a) Entwicklung der zahnärztlichen MVZ**

#### **aa) Zahnärztliche MVZ**

Solange Gründung und Betrieb eines MVZ eine fachübergreifende Ausrichtung voraussetzten, waren nur wenige MVZ in die vertragszahnärztliche Versorgung eingebunden.<sup>71</sup> Nachdem durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz das Erfordernis einer fachübergreifenden Ausrichtung entfallen war, stieg der Anteil rein zahnärztlicher MVZ stark an.<sup>72</sup> Gab es Ende des vierten Quartals 2015 87 zahnärztliche medizinische Versorgungszentren, belief sich ihre Zahl zum Ende des Jahres 2019 bereits auf 951; nach Ablauf des ersten Quartals 2020

---

<sup>69</sup> So auch IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 13, 139.

<sup>70</sup> Siehe insoweit Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 189.

<sup>71</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 24; KZBV, Jahrbuch 2019, S. 156 Abb. 6.13, online abrufbar unter <https://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2019.media.381dcb7f99745a1edf1e2c179a5624b3.pdf> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>72</sup> KZBV, Jahrbuch 2019, S. 156 Abb. 6.13, online abrufbar unter <https://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2019.media.381dcb7f99745a1edf1e2c179a5624b3.pdf> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020); *Niggehoff*, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 11b; *Ossege*, Beteiligungen von Private-Equity-Gesellschaften an zahnärztlichen MVZ-Trägergesellschaften, GesR 2019, 281; *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 54 (Stand der Kommentierung: August 2019).

war die Schwelle von 1.000 medizinischen Versorgungszentren erreicht.<sup>73</sup> Die Zahlen der zugelassenen zahnärztlichen MVZ der Quartale III und IV des Jahres 2019 sowie des Quartals I des Jahres 2020 lassen jedenfalls nicht erkennen, dass die derzeit geltende Rechtslage zu weniger zahnärztlichen MVZ führt.<sup>74</sup>

### **bb) Investorenbetriebene zahnärztliche MVZ**

Die Entwicklung investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ setzt sich trotz der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V fort.<sup>75</sup> Investorenbetriebene zahnärztliche MVZ sind solche, die sich über vorgeschaltete Tochtergesellschaften im (Mit-)Eigentum von privatem Beteiligungskapital (insbesondere Private-Equity-Gesellschaften und Family Offices) befinden.<sup>76</sup> Sie unterscheiden sich somit vornehmlich zunächst einmal im Rahmen ihrer Eigentümerstruktur von anderen MVZ und werden derzeit (fast) ausschließlich von einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus oder Konstellationen getragen, in denen Zahnärzte neben dem Krankenhaus als minderheitsbeteiligte Gesellschafter auftreten.<sup>77</sup> Charakteristisch für die Krankenhäuser, die für die Gründung bzw. den Betrieb von MVZ derzeit in Erscheinung treten, ist das Fehlen eines fachlichen, zahnärztlichen Bezugs sowie, hinsichtlich der zahnärztlichen Planungsbereiche, das Fehlen eines räumlichen Bezugs zum betriebenen MVZ.

Die gegenwärtige Marktsituation ist durch ein dynamisches Wachstum gekennzeichnet.<sup>78</sup> Mindestens 20,7 Prozent und damit 207 der zahnärztlichen

---

<sup>73</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27.

<sup>74</sup> Siehe zur Entwicklung zahnärztlicher MVZ: KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27.

<sup>75</sup> Siehe zur Entwicklung investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ: KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27. Siehe zu dem Entwicklungspotential trotz der Regelung IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 54 ff.

<sup>76</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 14. Siehe näher zu Investoren in der zahnärztlichen Versorgung noch im Folgenden S. 27 ff.

<sup>77</sup> Eine Ausnahme stellt die Beteiligung des Investors Cara Invest an der Betreibergesellschaft der Dr. Z GmbH dar; siehe IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 14.

<sup>78</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 13; KZBV, Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren, Stand: 26. September 2019, S. 9 f.

MVZ befanden sich zum Ende des ersten Quartals 2020 (zumindest teilweise) im Eigentum von Finanzinvestoren.<sup>79</sup> Zur gleichen Zeit befanden sich 18,6 Prozent und somit 186 der zahnärztlichen MVZ in Krankenhausträgerschaft.<sup>80</sup> Der Anteil der investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ steigt – insbesondere seit dem Jahr 2018 – überproportional stark: So betrug das Wachstum zwischen den ersten Quartalen 2019 und 2020 knapp 57 Prozent; in absoluten Zahlen bedeutet dies einen Anstieg um 75 investorenbetriebene zahnärztliche MVZ innerhalb eines Jahres.<sup>81</sup>

### **b) Räumliche Verteilung der zahnärztlichen MVZ**

Räumlich lassen sich zahnärztliche MVZ weit überwiegend in städtischen Gebieten<sup>82</sup> sowie in solchen Gebieten nieder, in denen die Medianeinkommen hoch sind<sup>83</sup>.<sup>84</sup> Daraus resultiert eine Verteilung auf die Ballungsgebiete und wohlhabende (städtische) Gebiete fast ausschließlich in den sogenannten alten Bundesländern.<sup>85</sup> Mit den Großstädten Berlin (96 zahnärztliche MVZ), München (48 zahnärztliche MVZ), Köln (29 zahnärztliche MVZ), Frankfurt am Main (20 zahnärztliche MVZ), Düsseldorf und Leipzig (jeweils 14 zahnärztliche MVZ), Duisburg (13 zahnärztliche MVZ) sowie Hannover, Essen und dem Kreis Recklinghausen (jeweils 12 zahnärztliche MVZ) konzentrieren sich

---

<sup>79</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 24 f. (Abbildung 1); KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 33.

<sup>80</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 20 f. Grafik 18.

<sup>81</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27.

<sup>82</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 9 Grafik 9. Siehe auch IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 50 (Abbildung 18).

<sup>83</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 10 Grafik 10. Siehe auch IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 52 (Abbildung 20).

<sup>84</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 59.

<sup>85</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 39 (Tabelle 2); KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 10 Grafik 10.

27 Prozent und damit 270 aller zahnärztlichen MVZ auf nur zehn Planungsbereiche.<sup>86</sup> Blickt man auf die Verteilung der Versorgungszentren unter den Bundesländern, lassen sich gravierende Unterschiede feststellen: Während 17,5 Prozent aller zahnärztlichen MVZ in Bayern liegen, gibt es etwa im Saarland, das hinter dem Stadtstaat Bremen den zweitniedrigsten Versorgungsgrad aufweist, überhaupt kein zahnärztliches MVZ.<sup>87</sup> Ein knappes Fünftel aller zahnärztlichen MVZ konzentriert sich auf lediglich vier Planungsbereiche.<sup>88</sup>

Die Entscheidung, seinen Ort der Niederlassung von der erwarteten Rendite abhängig zu machen, mag betriebswirtschaftlich nachvollziehbar sein. Im Vergleich zu den tradierten Formen der Einzelpraxen und der Berufsausübungsgemeinschaften steht die strategische Wahl des Standorts für zahnärztliche MVZ jedoch eindeutig im Vordergrund. Die Standortwahl von Zahnärzten orientiert sich maßgeblich daran, wo sie sozialisiert worden sind; ihre überregionale Mobilität ist wenig ausgeprägt.<sup>89</sup> Entsprechend ergibt sich für Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften eine Verteilung äquivalent zu der Bevölkerungs- und Einkommensstruktur.<sup>90</sup> Indem Investoren ihre Standortwahl strategisch anhand der Renditeerwartung treffen, „picken“ sie sich die „Rosinen“ heraus.<sup>91</sup> Gezielt werden Praxen gesucht, deren Ort der Niederlassung, insbesondere die Einkommensstruktur der jeweiligen Bevölkerung, und Umsatzzahlen eine hohe Rendite versprechen.<sup>92</sup> Die regionale Verteilung der investorenbetriebenen

---

<sup>86</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 10.

<sup>87</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 3 Grafik 2. Siehe zu der Verteilung zahnärztlicher MVZ sowie investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ: IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 39 (Tabelle 2).

<sup>88</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 18 f., Grafik 16.

<sup>89</sup> *Kettler/Baudisch/Klingenberger/Jordan*, Zukunft der regionalen Versorgung in Deutschland – Wohin wollen junge Zahnärztinnen und Zahnärzte?, Ergebnisse (3), Abbildung 3, abrufbar unter <https://www.idz.institute/publikationen/zeitschriftenbeitraege/zukunft-der-regionalen-versorgung-in-deutschland.html> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>90</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 48 (Abbildung 16) zu der Verteilung im Verhältnis der Einwohner, S. 49 (Abbildung 17) der Zahnärztdichte, S. 50 (Abbildung 18) der demographischen Verteilung, S. 51 (Abbildung 19) des Pflegebedarfs sowie S. 52 (Abbildung 20) des Medianeinkommens.

<sup>91</sup> *J. Bischoff*, So bahnen Investoren Geschäfte an und so bewerten sie Zahnarztpraxen, ZP Sonderausgabe 2019, S. 8.

<sup>92</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 16.

zahnärztlichen MVZ legt nahe, dass Investoren nahezu keine zahnärztlichen MVZ in Gebieten ansiedeln, die eine hinreichend hohe Rendite nicht erwarten lassen. In ländlichen Regionen hingegen sind (investorenbetriebene) zahnärztliche MVZ deutlich seltener angesiedelt.<sup>93</sup> Die Gemeinwohlorientierung der Versorgung durch investorenbetriebene zahnärztliche MVZ tritt hinter ihre Renditeorientierung zurück. Aus Perspektive der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung ist festzustellen: Investorenbetriebene zahnärztliche MVZ leisten nahezu keinen Beitrag zur Versorgung in weniger gut versorgten Gebieten.

Mit dem Anteil der durch Investoren betriebenen MVZ nimmt die Bildung von MVZ-Ketten zu.<sup>94</sup> Anfang des Jahres 2020 waren 62 Prozent und damit 622 zahnärztliche MVZ in einer MVZ-Kette verbunden.<sup>95</sup> Stellt man nicht auf die MVZ, sondern auf die Zahnarztstellen in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ ab, sind sogar 80 Prozent der Zahnarztstellen in solchen MVZ in Ketten verbunden.<sup>96</sup>

### III. Zwischenergebnis

Seitdem das Leitbild der MVZ nicht mehr von der fachübergreifenden Versorgung geprägt ist, hat sich die Organisations- und Kooperationsform des MVZ auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung etabliert. Die regulative Steuerung von (zahnärztlichen) MVZ erfolgt maßgeblich über die Gründungs- und Zulassungsvoraussetzungen. Diese müssen während des Betriebs aufrechterhalten werden; ansonsten ist die Zulassung zu entziehen. Durch das TSVG hat der Gesetzgeber die Gründung und den Betrieb zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser als Reaktion auf Gefahren durch Kapitaleinflüsse in besonderem Maße reguliert. Indes setzt sich der Anstieg investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ weiterhin fort. Nach der Konzeption des § 95 Abs. 1b SGB V ist es Kran-

---

<sup>93</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 59.

<sup>94</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 36; KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 24, Grafik 21.

<sup>95</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 23.

<sup>96</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 36 (Abbildung 11).

kenhäusern nach wie vor möglich, je Planungsbereich ein oder mehrere zahnärztliche MVZ zu gründen, deren Größe sich nach der Versorgungslage in dem jeweiligen Planungsbereich bemisst.

## B. Investoren in der zahnärztlichen Versorgung

Der Einstieg von Finanzinvestoren und Private-Equity-Gesellschaften folgt einem Muster, das aus den regulatorischen Vorgaben sowie aus ihrem Geschäftsmodell resultiert. Nachfolgend sollen sowohl die Rolle von Investoren in der zahnärztlichen Versorgung als auch die Vorgehensweise der Finanzinvestoren untersucht werden.

### I. Rolle der Investoren

Aufgrund der technikintensiven Ausstattung von Zahnarztpraxen spielt Fremdkapital für ihre Finanzierung eine bedeutende Rolle.<sup>97</sup> Insofern wird ein Großteil der Vertragszahnärzte für ihre Niederlassung auf Fremdkapital angewiesen sein. Vertragszahnärzte, die das Ende ihres Berufslebens erreichen, haben regelmäßig ein Interesse daran, ihre Praxis zu veräußern.<sup>98</sup> Unter den Fremdkapitalgebern kann man zwischen „klassischen“ Fremdkapitalgebern, die über Gründungs- und Investitionskredite an der Praxisentwicklung partizipieren, und solchen Kapitalgebern unterscheiden, die Eigner oder Teilhaber der Praxen werden und aktiv Einfluss auf das operative Geschäft nehmen.<sup>99</sup>

Die zuletzt beschriebenen Fremdkapitalgeber treten häufig, jedoch nicht ausschließlich in der Form von (juristischen) Personen auf, die eigene oder

---

<sup>97</sup> Siehe die Zusammensetzung des Finanzierungsvolumens für allgemeinärztliche Existenzgründungen bei *Klingenberger/Köhler*, IDZ, Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2018, S. 4 ff., online abrufbar unter [https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/ZahnmedForschVersorg-2\\_2019\\_2\\_2.pdf](https://www.idz.institute/fileadmin/Content/Publikationen-PDF/ZahnmedForschVersorg-2_2019_2_2.pdf) (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020). Ebenso KZBV, Jahrbuch 2019, S. 134-137, online abrufbar unter <https://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2019.media.381dcb7f99745a1edf1e2c179a5624b3.pdf> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020). Siehe darüber hinaus den Verweis auf das steigende Investitionsvolumen durch *J. Bischoff*, Wachstum zwischen Freiberuflichkeit und reinem Renditedenken, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 4. Generell in Bezug auf Heilberufe *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, MedR 2020, 531 (532).

<sup>98</sup> *Nies/Nies*, Zahnärzte-MVZ (Z-MVZ) und die Entwicklung des Zahnarztmarktes, ZP Sonderausgabe 2019, S. 1 (3). Vgl. auch *T. Bischoff*, „Rechtliche Rahmenbedingungen können bei einem Z-MVZ den Weg zum Erfolg ebnen“, ZP Sonderausgabe 2019, S. 18.

<sup>99</sup> KZBV, Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren, Stand: 26. September 2019, S. 3.

fremde Vermögensverwaltung betreiben.<sup>100</sup> Unter den Kapitalgebern finden sich sowohl Gesellschaften in Familienbesitz als auch Private-Equity-Gesellschaften.<sup>101</sup> Gemein ist diesen Investoren, dass sie die Beteiligung an zahnärztlichen MVZ als Anlagestrategie für eigenes oder fremdes Vermögen begreifen<sup>102</sup> und in relativ kurzen Zeiträumen die maximale Rendite aus dem Erwerb, der Entwicklung sowie insbesondere der Veräußerung zahnärztlicher MVZ zu erwirtschaften versuchen.<sup>103</sup>

## II. Dentalmarkt

Die Struktur des deutschen Dentalmarktes macht ihn für Finanzinvestoren attraktiv.

### 1. Struktur des Dentalmarktes

Der deutsche Dentalmarkt ist geprägt von Freiberuflern,<sup>104</sup> die vorwiegend in kleinen Einheiten (Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften)<sup>105</sup> zahnmedizinische Behandlungen anbieten: Die Form der Einzelpraxis überwiegt bei weitem; Berufsausübungsgemeinschaften mit mehr als zwei Inhabern sind ausgesprochen selten.<sup>106</sup> Leitbild ist weit überwiegend der fachlich und persönlich eigenverantwortliche niedergelassene Zahnarzt, der nach bestem Wissen

---

<sup>100</sup> KZBV, Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren, Stand: 26. September 2019, S. 3.

<sup>101</sup> KZBV, Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren, Stand: 26. September 2019, S. 3.

<sup>102</sup> J. Bischoff, Wachstum zwischen Freiberuflichkeit und reinem Renditedenken, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 4 (6).

<sup>103</sup> Siehe zu den Private-Equity Gesellschaften sowie zu ihrer Vorgehensweise Scheuplein/Evans/Merkel, Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, IAT Discussion Papers 19/1, 2019, S. 20 ff.

<sup>104</sup> J. Bischoff, Wachstum zwischen Freiberuflichkeit und reinem Renditedenken, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 4.

<sup>105</sup> Siehe zur Größe von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften im Verhältnis zu (investorenbetriebenen) zahnärztlichen MVZ: IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 29 (Abbildung 6).

<sup>106</sup> KZBV, Jahrbuch 2019, S. 158, abrufbar unter <https://www.kzbv.de/kzbv-jahrbuch-2019.media.381dcb7f99745a1edf1e2c179a5624b3.pdf> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

und Gewissen im Interesse seiner Patienten arbeitet, ohne dass die Gewinnmaximierung seine Tätigkeit prägt.<sup>107</sup>

MVZ, die von Krankenhäusern getragen werden, bilden einen Fremdkörper in dieser Versorgungsstruktur.<sup>108</sup> Für das Krankenhausrecht gilt der Grundsatz der Trägervielfalt, was zu gewinnorientiert geführten Krankenhaus-trägergesellschaften führt. Die Regulierung der Zulassung zur stationären Versorgung weicht erheblich von der Zulassung zur ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung ab: Abgesehen von den Hochschulkliniken sowie den durch Versorgungsvertrag zugelassenen Krankenhäusern bedarf die Zulassung zur stationären Versorgung der Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes (§ 108 SGB V). Um in einen solchen Krankenhausplan aufgenommen werden zu können, muss jedes Krankenhaus die für die Planaufnahme maßgeblichen Qualifikationsmerkmale der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen.<sup>109</sup> Ist die benötigte Bettenzahl geringer als das Angebot, kommt es auf einer zweiten Stufe zu einer Auswahl zwischen mehreren konkurrierenden Krankenhäusern.<sup>110</sup> Die Erfüllung der Qualifikationsmerkmale kann mit erheblichen Investitionskosten verbunden sein, die von privaten Trägern durch Fremdkapitalgeber abgedeckt werden können. Betätigen sich die Krankenhaus-trägergesellschaften nunmehr in der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung, prallen Akteure aufeinander, deren wirtschaftlicher Hintergrund unterschiedlicher kaum sein könnte und der für die Regulierung investorenbetrie-bener zahnärztlicher MVZ berücksichtigt werden muss.<sup>111</sup>

---

<sup>107</sup> *J. Bischoff*, Wachstum zwischen Freiberuflichkeit und reinem Renditedenken, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 4. Siehe zum Verhältnis von Erwerbsinteresse und freiberuflicher Tätigkeit auch *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, MedR 2020, 531 f.

<sup>108</sup> *Flasbarth*, Die Ewigkeitsgenehmigung für medizinische Versorgungszentren am Beispiel der kontingentierte Abrechnungsgenehmigung gem. § 121a SGB V, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), Festschrift für Franz-Josef Dahm, 2017, S. 139.

<sup>109</sup> *Szabados*, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, § 8 KHG Rn. 2.

<sup>110</sup> *Szabados*, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, § 8 KHG Rn. 8.

<sup>111</sup> *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, MedR 2020, 531 (537), halten insoweit den Ausschluss der Beteiligung von Fremdkapitalgebern an MVZ, die nicht von Krankenhäusern getragen werden, für gleichheitswidrig. Selbst wenn man diese „unvermeidliche Folge der Trägervielfalt im Krankenhausbereich“ (BSGE 126, 40 [47 Rn. 34-35]) als gleichheitswidrig erachtete, dürfte hieraus nicht zwingend ein Anspruch auf die Beteiligung von Fremdkapitalgebern erwachsen.

## 2. Eignung aus Sicht der Investoren

Der deutsche Dentalmarkt ist sowohl von seiner Größe als auch von seiner Struktur her für die Aktivität von Finanzinvestoren geeignet. Vergleicht man die Größe der Dentalmärkte am Maßstab des Ausgabenvolumens, wird die herausragende Bedeutung des deutschen Marktes in Europa sichtbar.<sup>112</sup> Darüber hinaus unterliegt die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen keinen allzu großen Schwankungen, sondern kann als durchaus krisenfest gelten.<sup>113</sup> Eine stetige Nachfrage lässt einen konstanten Umsatz erwarten. Darüber hinaus weist der deutsche Dentalmarkt mit vielen niedergelassenen Vertragszahnärzten eine Versorgungsstruktur auf, die in Teilen Raum für skalierbare Geschäftsmodelle sowie die Ausnutzung von Synergieeffekten eröffnet. Insbesondere bei steigendem Grad der Digitalisierung der Verwaltung der Praxen lassen sich mithilfe von größeren Strukturen Potentiale heben. Durch Konsolidierung des fragmentierten Dentalmarktes und der damit verbundenen Verknüpfung einzelner Versorgungseinheiten zu einem größeren Gebilde findet eine Wertbildung statt, die allerdings nicht mit entsprechenden Vorteilen für die Versorgung der Versicherten korrespondiert. Ungeachtet der konkreten Behandlung einzelner Patienten erfolgt ein erheblicher Teil der Wertschöpfung – verglichen mit Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften – durch gemeinsam genutzte technisch-administrative Einrichtungen.<sup>114</sup>

## III. Vorgehensweise der Investoren

Die Vorgehensweise von Investoren kann im Wesentlichen mit einem Dreischritt beschrieben werden: Zu Beginn erfolgt der Erwerb eines gründungsberechtigten Vehikels, das die Gründungsbefugnis von MVZ vermittelt. Anschließend stehen die Gründung bzw. der Erwerb von MVZ, ihre Eingliederung in den

---

<sup>112</sup> *Van der Schrier/Visscher*, KPMG, The dental chain opportunity II, S. 3., abrufbar unter <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/xx/pdf/2020/06/the-dental-chain-opportunity-part-2-2020.pdf> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020); ATLAS DENTAL Studie der GFDI, 2018, S. 9, abrufbar unter [https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas\\_Dentalstudie\\_2018.pdf](https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas_Dentalstudie_2018.pdf) (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>113</sup> ATLAS DENTAL, Studie der GFDI, 2018, S. 51, abrufbar unter [https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas\\_Dentalstudie\\_2018.pdf](https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas_Dentalstudie_2018.pdf) (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020). Siehe auch *Scheuplein/Evans/Merkel*, Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, IAT Discussion Papers 19/1, 2019, S. 30 ff.

<sup>114</sup> Vgl. IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 15.

Gesamtverbund und ihr renditeorientierter Betrieb im Mittelpunkt (buy & build)<sup>115</sup>. Schließlich wird die Veräußerung der MVZ angestrebt (exit)<sup>116, 117</sup>.

### 1. Erwerb eines Krankenhauses

Durch die Begrenzung der Gründungsbefugnis auf bestimmte Leistungserbringer ist es Finanzinvestoren nicht ohne Weiteres möglich, zahnärztliche MVZ zu gründen. Deshalb ist für das einzelne Unternehmen die Kontrolle über einen Leistungserbringer erforderlich, der zur Gründung sowie zum Betrieb eines MVZ berechtigt ist. Von den in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V enumerativ aufgeführten gründungsberechtigten Leistungserbringern vermitteln zugelassene Krankenhäuser die Einstiegsmöglichkeit für Investoren.<sup>118</sup> Diese firmieren unbenommen ihrer Trägerschaft als juristische Personen des Privatrechts, was ihren Erwerb durch die Übertragung der Geschäftsanteile schnell und einfach gestaltet. Durch den Erwerb eines zugelassenen Krankenhauses wird die Erwerbsgesellschaft unmittelbar in die Lage versetzt, selbst MVZ zu gründen oder bestehende MVZ zu erwerben und zu betreiben. Aufgrund der Finanzstärke der Investoren bildet der Erwerb eines zugelassenen Krankenhauses keine unüberwindbare Hürde; oft werden hierzu kleine Krankenhäuser verwendet, deren eigenes operatives Ergebnis nachrangig ist.<sup>119</sup> Solche Krankenhäuser profitieren insofern von dem Engagement der Investoren, als es ihre Existenz selbst bei defizitärem Geschäftsbetrieb absichert, indem hierdurch der Zugang zum ambulanten Dentalmarkt vermittelt wird. Keine ausschlaggebende Bedeutung kommt dem Umstand zu, ob das Krankenhaus über eine zahnärztliche oder eine auf den

---

<sup>115</sup> Siehe hierzu etwa *Bobsin*, Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, 3. Aufl. 2018, S. 14.

<sup>116</sup> *Bobsin*, Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, 3. Aufl. 2018, S. 15 f.

<sup>117</sup> Vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

<sup>118</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 189; *J. Bischoff*, Wachstum zwischen Freiberuflichkeit und reinem Renditedenken, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 4 (6).

<sup>119</sup> *J. Bischoff*, Wachstum zwischen Freiberuflichkeit und reinem Renditedenken, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 4 (6); KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 32.

Mund-Kiefer-Gesichtsbereich spezialisierte chirurgische Fachabteilung verfügt.<sup>120</sup>

Methodisch setzen Private-Equity-Gesellschaften Fonds auf, in die aufgrund der Mindestanlagesumme vor allem institutionelle Anleger investieren; nach Ablauf der Fondslaufzeit – regelmäßig zehn Jahre – erhalten die Investoren das eingesetzte Kapital zurück.<sup>121</sup> Während der Fondslaufzeit verdienen die Private-Equity-Gesellschaften durch Managementgebühren für die Fonds sowie durch eine Gewinnbeteiligung ab Erreichen einer Mindestrendite von gewöhnlich 8 Prozent.<sup>122</sup> Die jährlichen Renditeerwartungen für zahnärztliche MVZ-Ketten liegen etwa zwischen 15 und 16 Prozent.<sup>123</sup> Über diese Struktur hinaus besteht die Gefahr, dass bei kreditfinanzierten Übernahmen ein größerer Teil der Schulden auf die übernommenen Gesellschaften abgewälzt wird, was innerhalb dieser Gesellschaften zu einem hohen wirtschaftlichen Druck und einer entsprechend renditeorientierten Ausrichtung des Geschäfts führt.<sup>124</sup>

## 2. Gründung und Erwerb von Versorgungszentren

Den nächsten Schritt bildet die Gründung oder der Erwerb eines oder mehrerer zahnärztlicher MVZ. Hierbei sind verschiedene Variationen denkbar: von der Gründung eines „eigenen“ MVZ über die (beherrschende) Beteiligung an einem als GmbH bestehenden MVZ, über die Gründung eines MVZ gemeinsam mit einem Zahnarzt bis hin zur vollständigen Übernahme bestehender MVZ. Die buy & build-Strategie<sup>125</sup> ist maßgeblich darauf gerichtet, durch den Erwerb sowie die Bildung größerer Einheiten Einsparpotentiale zu bewirken. Vor diesem

---

<sup>120</sup> KZBV, Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren, Stand: 26. September 2019, S. 7 f.

<sup>121</sup> *Scheuplein*, Private-Equity-Akteure in der Zahnmedizin, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 23.

<sup>122</sup> *Scheuplein*, Private-Equity-Akteure in der Zahnmedizin, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 23.

<sup>123</sup> *Scheuplein*, Private-Equity-Akteure in der Zahnmedizin, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 23 (25 f.); *Scheuplein/Evans/Merkel*, Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, IAT Discussion Papers 19/1, 2019, S. 11.

<sup>124</sup> Einzelsachverständige *Scheuplein* in der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020, Wortprotokoll der 83. Sitzung, Protokoll-Nr. 19/83, S. 8. Siehe auch IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 140.

<sup>125</sup> Siehe zu der Strategie etwa *Scheuplein/Evans/Merkel*, Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, IAT Discussion Papers 19/1, 2019, S. 22 ff.

Hintergrund ist die Beobachtung der vermehrten Bildung von MVZ-Ketten folgerichtig.<sup>126</sup> Von einer solchen Kette kann man sprechen, wenn mehrere MVZ in der Trägerschaft eines Krankenhauses oder eines Investors stehen und gegebenenfalls unter einer Marke operieren. Der Grund für die Bildung von Ketten liegt in den Synergie- und Skaleneffekten, die sich in Bezug auf die Verwaltung der MVZ sowie das Einkaufsverhalten ergeben.<sup>127</sup>

Aus Sicht der Investoren dürfte die GmbH als Trägergesellschaft eines zahnärztlichen MVZ – trotz des Erfordernisses der Abgabe von Bürgschaftserklärungen durch alle Gesellschafter – vor allem aufgrund der Haftungsbeschränkung vorteilhaft sein. Für die identifizierten investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ bestätigt sich diese Einschätzung: Nahezu ausschließlich nutzen Investoren, die mittels eines beherrschten Krankenhauses ein MVZ gründen wollten, MVZ-Trägergesellschaften, die rechtlich als GmbH firmieren.<sup>128</sup> Von den anderen, durch das Gesetz abschließend eröffneten Rechtsformen als Träger zahnärztlicher MVZ kommt praktisch nur eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR, §§ 705 ff. BGB) in Betracht, die allerdings neben dem Krankenhaus mindestens einen weiteren Gesellschafter erfordert. Da insbesondere bei Übernahmen bestehender Praxen häufig der ursprüngliche Inhaber für einen bestimmten Zeitraum in dem MVZ weiterhin tätig bleibt, ist er nicht selten an der Trägergesellschaft beteiligt. Die Gründung einer zahnärztlichen MVZ-GbR etwa durch einen Krankenhausträger sowie einen zugelassenen Zahnarzt ist rechtlich möglich.<sup>129</sup> Zwar hat die Wahl dieser Rechtsform die unbeschränkte Haftung der Gesellschafter zur Folge,<sup>130</sup> weist aus Sicht der Investoren allerdings den Vorteil auf, dass keine Registerpublizität besteht. Darüber hinaus lässt sich die unbeschränkte Haftung der GbR-Gesellschafter für einen Krankenhausträger durch

---

<sup>126</sup> Siehe zur Entwicklung der Zahnarztstellen in kettenverbundenen investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ: IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 36 (Abbildung 11).

<sup>127</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 15, 63; *Scheuplein/Evans/Merkel*, Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, IAT Discussion Papers 19/1, 2019, S. 28.

<sup>128</sup> KZBV, Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher Medizinischer Versorgungszentren, Stand: 26. September 2019, S. 16.

<sup>129</sup> Siehe zu juristischen Personen als Gesellschafter einer GbR *Schäfer*, in: Säcker/Rixecker/Oetker/Limberg (Hrsg.), Münchener Kommentar zum BGB, 7. Aufl. 2017, § 705 BGB Rn. 76.

<sup>130</sup> Vgl. *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 74 (Stand der Kommentierung: August 2019).

Zwischenschaltung einer haftungsbeschränkten juristischen Person des Privatrechts (bspw. einer GmbH) eingrenzen.<sup>131</sup>

Andere zugelassene Trägergesellschaftsformen eignen sich bei der mittelbaren Beteiligung von Investoren in Form von Krankenhäusern weniger. Die Rechtsform der Personengesellschaft umfasst neben der GbR deren Sonderform<sup>132</sup> der Partnerschaftsgesellschaft.<sup>133</sup> Diese Rechtsform dürfte maßgeblich deshalb nicht in Betracht kommen, weil Krankenhausträgergesellschaften als juristische Personen nicht Partner einer Partnerschaftsgesellschaft werden können.<sup>134</sup> Die Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft dürfte aus Sicht der Investoren aufgrund ihrer basisdemokratischen Verfassung<sup>135</sup> mit Nachteilen behaftet sein.<sup>136</sup> Einschränkungen weist die Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft etwa hinsichtlich der Veräußerbarkeit der Mitgliedschaft<sup>137</sup> und strenger formaler Vorgaben<sup>138</sup> auf. In Bezug auf diese Rechtsform ist jedoch die Beobachtung der weiteren Entwicklung erforderlich: Sollte die Regulierung der durch Krankenhäuser gegründeten zahnärztlichen MVZ zu erheblichen Hürden für die Investoren führen, die an die derzeit gewählte Rechtsform anknüpfen, könnten die Investoren gegebenenfalls trotz der Nachteile auf die Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft ausweichen.

---

<sup>131</sup> Vgl. BSG, MedR 2015, 617 (618), in Bezug auf die Abgabe einer Bürgschaftserklärung einer GmbH, deren Stammkapital sich auf das gesetzliche Mindestmaß (§ 5 Abs. 1 GmbHG) belief. Das BSG hat allerdings bewusst offengelassen, ob ein Durchgriff auf Gesellschafter möglich ist, die durch eine gesellschaftsrechtliche Gestaltung „das Ziel verfolgen, die Haftung für absehbare Ansprüche von KÄVen und Krankenkassen zu vermeiden“, a. a. O., S. 619.

<sup>132</sup> Schäfer, in: Säcker/Rixecker/Oetker/Limberg (Hrsg.), Münchener Kommentar zum BGB, 7. Aufl. 2017, § 1 PartGG Rn. 7.

<sup>133</sup> Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 74 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>134</sup> Schäfer, in: Säcker/Rixecker/Oetker/Limberg (Hrsg.), Münchener Kommentar zum BGB, 7. Aufl. 2017, § 1 PartGG Rn. 23. Siehe auch Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 74 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>135</sup> Geibel, in: Henssler/Strohn (Hrsg.), Gesellschaftsrecht, 4. Aufl. 2019, § 1 GenG Rn. 2. Ausdrücklich etwa die Einzelsachverständige Müller (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren) in der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020, Wortprotokoll der 83. Sitzung, Protokoll-Nr. 19/83, S. 9.

<sup>136</sup> Vgl. Wigge/Schütz, Das Medizinische Versorgungszentrum in Krankenhausträgerschaft, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 10 Rn. 59.

<sup>137</sup> Geibel, in: Henssler/Strohn (Hrsg.), Gesellschaftsrecht, 4. Aufl. 2019, § 1 GenG Rn. 2.

<sup>138</sup> Wigge/Schütz, Das Medizinische Versorgungszentrum in Krankenhausträgerschaft, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 10 Rn. 59.

### 3. Veräußerung der Versorgungszentren

Die Vorgehensweise der Finanzinvestoren vervollständigt sich durch die Veräußerung ihrer Beteiligung an den Versorgungszentren respektive der MVZ-Kette. Investoren streben – entsprechend ihrem Geschäftsmodell<sup>139</sup> – nach der Bildung der Ketten sowie der Steigerung ihrer Profitabilität die Veräußerung an, um den durch das eingesetzte Risikokapital erzielten Gewinn zu realisieren, der maßgeblich in dem Wert des gebildeten Unternehmens, nämlich der MVZ-Kette besteht. Die Veräußerung der Beteiligung stellt für Finanzinvestoren regelmäßig eine wichtige Einnahmequelle dar.<sup>140</sup> Die Beteiligung von Private-Equity-Gesellschaften an zahnärztlichen MVZ-Ketten sind regelmäßig auf einen kurzen Zeitraum angelegt, der je nach Einzelfall zwischen fünf und sechs Jahren liegen dürfte<sup>141</sup>, teils sogar deutlich darunter<sup>142</sup>. Da die Beteiligung kürzer als die Fondslaufzeit ist, besteht in den Jahren der Beteiligung ein hoher Verkaufsdruck auf Seiten sowohl der Private-Equity-Gesellschaften als auch der übernommenen Unternehmen.<sup>143</sup>

### IV. Zwischenergebnisse

Die Niederlassung sowie die Übernahme einer Zahnarztpraxis ist ein kapitalintensives Unternehmen. Insofern spielt Fremdkapital für die zahnärztliche Versorgung eine wesentliche Rolle. Unterscheiden lässt sich der Einsatz von Fremdkapital nach dem Grad der unmittelbaren Beteiligung an der Praxisführung. Die Struktur des deutschen Dentalmarktes bietet sich für die Aktivität von Finanzinvestoren an. Ihre Vorgehensweise lässt sich typischerweise in drei Phasen beschreiben. Zu Beginn ihrer Tätigkeit steht der Erwerb eines zugelassenen Krankenhauses im Vordergrund, das den Marktzugang vermittelt. Anschließend werden mittels der Gründungsbefugnis des Krankenhauses zahnärztliche MVZ

---

<sup>139</sup> Vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

<sup>140</sup> *Scheuplein*, Private-Equity-Akteure in der Zahnmedizin, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 23.

<sup>141</sup> *Scheuplein/Evans/Merkel*, Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, IAT Discussion Papers 19/1, 2019, S. 12 f.; Einzelsachverständige *Scheuplein* in der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020, Wortprotokoll der 83. Sitzung, Protokoll-Nr. 19/83, S. 8.

<sup>142</sup> Siehe etwa den Verkauf der Zahneins-Gruppe des Investors Summit Partners an PAI Partners mit einer Haltezeit von 2017 bis 2019, vgl. <https://www.quintessenz-news.de/neuer-investor-bei-zahneins-gruppe/> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>143</sup> Einzelsachverständige *Scheuplein* in der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020, Wortprotokoll der 83. Sitzung, Protokoll-Nr. 19/83, S. 8.

gegründet oder erworben, in bestehende Strukturen eingebunden sowie betrieben. Legt man das Geschäftsmodell von Private-Equity-Gesellschaften und das hiermit verknüpfte Verhaltensmuster zu Grunde, wird die MVZ-Kette nach etwa fünf bis sechs Jahren veräußert.

### C. Gefahren der Beteiligung von Investoren

Die zunehmende Aktivität von Investoren in der vertragszahnärztlichen Versorgung<sup>144</sup> ruft Gefahren einer Fehlentwicklung hervor. Unbestritten verfolgen alle Leistungserbringer ein durch das Grundrecht der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG gestütztes, legitimes Interesse an der Gewinnerzielung durch ihre berufliche Tätigkeit.<sup>145</sup> Der Gesetzgeber hat jedoch den Markt für zahnärztliche Behandlungen reguliert, um dem Schutz des hohen Gutes der Gesundheit der Bevölkerung gerecht zu werden, ein hohes Niveau der Versorgungsqualität zu erhalten und das Patientenwohl zu fördern. Das regelmäßig mit der Erbringung von Leistungen durch Freiberufler verknüpfte besondere Vertrauen wird gerade durch die Unabhängigkeit der Leistungserbringung begründet; Schutz vor Kapitalinteressen vermittelt deshalb wesentlich der Schutz der Leistungserbringung vor der Dominanz fremder Gewinninteressen.<sup>146</sup> Ein typisches Merkmal speziell für den Freien Beruf liegt in der Erwartung und Forderung, dass die Berufsauffassung eines Freiberuflers nicht egoistisch, sondern *altruistisch* ist; die freiberufliche Tätigkeit soll nicht ausschließlich zur Gewinnerzielung erfolgen.<sup>147</sup> Das Reichsgericht formulierte bereits im Jahr 1907: „Dem ‚durchschnittlichen Maßstab‘, ‚dem Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden‘ [...] ist es anstößig, wenn der Beruf des Arztes und des Rechtsanwalts lediglich zum Zweck des Geldverdienens und nach den Antrieben dieses Zweckes ausgeübt wird. Das eigentümliche und entscheidende Gepräge beider Berufe liegt darin, daß sie fundamentale, allgemeine, öffentliche Zwecke, nämlich die der Gesundheitspflege und der Rechtspflege, auf Grund staatsseitig geforderter und gewährleisteter wissenschaftlicher Vorbildung unter besonderer Verantwortung zu

---

<sup>144</sup> Siehe zur Entwicklung der investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ: KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27.

<sup>145</sup> *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, MedR 2020, 531 (531 f.).

<sup>146</sup> *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, MedR 2020, 531 (532).

<sup>147</sup> Vgl. etwa BVerfGE 17, 232 (239); BVerfG (Kammerbeschl.), NJW 1992, 1613; BGHZ 48, 313 (324 f.); 115, 105 (109).

erfüllen haben.“<sup>148</sup> Schon damals ging man also davon aus, dass die Zurückstellung eigener wirtschaftlicher Interessen des Freiberuflers *zugunsten des Gemeinwohls* erfolgen soll.<sup>149</sup> Verfolgen Leistungserbringer in erster Linie die Gewinnmaximierung, begründete dies Gefahren für die Versorgungsqualität, das Patientenwohl und die Sicherstellung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung insgesamt. Die vom Gesetzgeber in der Begründung des TSVG<sup>150</sup> formulierten Gefahren für die Beeinflussung von medizinischen Entscheidungen durch versorgungsferne Zielvorgaben sowie hieraus resultierende Hinweise auf eine Über- und Fehlversorgung in investorenbetriebenen MVZ bleiben weiterhin aktuell.

Das Vorliegen einer Gefahr beschreibt dabei eine Sachlage, in der bei ungehindertem Ablauf des zu erwartenden Geschehens mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Schaden eintreten wird.<sup>151</sup> Dem Begriff der Gefahr ist damit inhärent, dass aus der Beurteilung einer gegebenen Sachlage eine Prognose für die zukünftige Entwicklung abgegeben wird. Ein Schaden ist im Zeitpunkt der Beurteilung der Gefahrenlage noch nicht eingetreten; dieser entsteht erst, wenn sich die Gefahr durch seinen Eintritt realisiert. Für Prognosen über Gefahren verknüpft das Bundesverfassungsgericht die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens mit dem Gewicht der geschützten Rechtsgüter: „Je gewichtiger die drohende oder erfolgte Rechtsgutbeeinträchtigung und je weniger gewichtig der Grundrechtseingriff ist, um den es sich handelt, desto geringer darf die Wahrscheinlichkeit sein, mit der auf eine drohende oder erfolgte Verletzung des Rechtsguts geschlossen werden kann, und desto weniger fundierend dürfen gegebenenfalls die Tatsachen sein, die dem Verdacht zugrunde liegen [...]“<sup>152</sup> Wenn im Folgenden die Gefahren beschrieben werden sollen, die aus der Beteiligung von Investoren resultieren, ist zunächst eine Grundlage für die Erstellung einer Gefahrenprognose erforderlich. Anschließend ist eine Beurteilung der Schwere der Schäden und der Wahrscheinlichkeit für ihren Eintritt geboten.

---

<sup>148</sup> RGZ 66, 143 (148 f.); zustimmend BGHZ 48, 313 (324 f.).

<sup>149</sup> Siehe näher *Sodan*, Freie Berufe als Leistungserbringer im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein verfassungs- und verwaltungsrechtlicher Beitrag zum Umbau des Sozialstaates, 1997, S. 70 ff.

<sup>150</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

<sup>151</sup> Vgl. aus dem Polizeirecht etwa BVerwGE 45, 51 (57).

<sup>152</sup> BVerfGE 115, 320 (360 f.) in Bezug auf Polizeirecht m. w. N.

## I. Grundlage der Gefahrenprognose

Die Gefahrenprognose wird durch mehrere Umstände untermauert, die sich sowohl auf eine an wirtschaftlichen Maßstäben ausgerichtete Behandlung von Patienten als auch eine Veränderung der Struktur der vertragszahnärztlichen Versorgung beziehen.

### 1. Behandlungsverhalten in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ

Vergleicht man das Abrechnungsverhalten der unterschiedlichen zahnärztlichen Leistungserbringer miteinander, zeigt sich eine erhebliche Abweichung zwischen niedergelassenen Zahnärzten in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften, zahnärztlichen MVZ sowie investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ.<sup>153</sup> Sowohl in den Leistungsbereichen der konservierend-chirurgischen Leistungen (KCH) als auch des Zahnersatzes (ZE) lassen sich insbesondere zwischen investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ und zahnärztlichen MVZ sowie Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften signifikante Unterschiede feststellen.<sup>154</sup>

Eine Analyse des Leistungsbereichs KCH kommt zu dem Ergebnis, dass investorenbetriebene zahnärztliche MVZ verglichen mit Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften mehr Leistungen erbringen (mehr Punkte je KCH-Fall).<sup>155</sup> Analysiert man die *Kategorien* der konservierend-chirurgischen Leistungen, zeigt sich ein systematisch auffälliges Abrechnungsverhalten der investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ sowie in ähnlicher Weise der zahnärztlichen MVZ: Mit Ausnahme der Kategorien „Besuche/Zuschläge“ sowie „Individualprophylaxe/Früherkennungsuntersuchung“ zeigen diese beiden Formen der Leistungserbringung in allen Kategorien in den meisten Jahren und Gruppen mehr Abrechnungen je 100 Fälle als Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften.<sup>156</sup> Da die Abrechnungsdaten unmittelbar an die Behandlung anknüpfen, indiziert dies ein renditeorientiertes Behandlungsverhalten in

---

<sup>153</sup> So schon Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

<sup>154</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 137 f.

<sup>155</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 101 f.

<sup>156</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 102.

Form einer unterschiedlichen Behandlung gleicher Patienten.<sup>157</sup> Die Mengenausweitung bewegt sich in einem Bereich von 23 bis 29 Prozent.<sup>158</sup> Nicht erklärt werden können diese Unterschiede der im KCH-Bereich abgerechneten Patientenvolumina durch Unterschiede im Altersaufbau der Patientenpopulationen.<sup>159</sup> Dass investorenbetriebene zahnärztliche MVZ erheblich weniger häufig Leistungen aus der Kategorie „Besuche/Zuschläge“ abrechnen, untermauert diesen Befund; denn die Abrechnung solcher Leistungen hängt davon ab, dass Zahnärzte initiativ Besuche tätigen, deren Rentabilität – trotz der Besuchsgebühr sowie des Wegezuschlags – gemessen am Zeitaufwand hinter derjenigen anderer Behandlungen zurückbleiben dürfte.<sup>160</sup> Eine solche Leistungsselektion führt zudem dazu, dass sich investorenbetriebene zahnärztliche MVZ auch nicht in signifikantem Maße an der Versorgung vulnerabler Patientengruppen (insbesondere Pflegebedürftigen sowie Menschen mit Behinderung) beteiligen, die einer aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung in besonderer Weise bedürfen.

Betrachtet man den Leistungsbereich Zahnersatz (ZE), so zeigen sich ebenfalls Unterschiede in dem Abrechnungsverhalten investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ zu Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften. Das Verhältnis von Neuversorgungen zu Wiederherstellungen fällt in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ stärker zugunsten der wirtschaftlich lukrativeren Neuversorgung aus als in Einzelpraxen.<sup>161</sup> Allerdings ist festzuhalten, dass der Hinweis einer bevorzugten Neuversorgung auch auf MVZ zutrifft, die nicht von Investoren betrieben werden.<sup>162</sup> Betrachtet man die Neuversorgungsfälle, so zeigt sich, dass von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ höhere Festzuschüsse sowie GOZ-Honorare abgerechnet werden.<sup>163</sup> Insgesamt ist das Leistungsgeschehen im Bereich der Zahnersatzleistungen in investorenbetriebenen

---

<sup>157</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 102.

<sup>158</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 101.

<sup>159</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 84, 102.

<sup>160</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 88 f., 137.

<sup>161</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 138.

<sup>162</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 115.

<sup>163</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 138.

zahnärztlichen MVZ gegenüber Einzelpraxen stärker in den Bereich der Neuversorgung verschoben.<sup>164</sup>

Die Auffälligkeiten des unterschiedlichen Abrechnungsverhaltens stützen die Befürchtung einer am Maßstab der Renditeoptimierung ausgerichteten Versorgung in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ.

## 2. Erfahrungen aus dem europäischen Ausland

Für eine am Maßstab der Renditeoptimierung ausgerichtete Behandlungspraxis von Zahnarztunternehmungen, an denen Finanzinvestoren beteiligt sind, sprechen darüber hinaus Erfahrungen, die im europäischen Ausland gemacht worden sind.<sup>165</sup> Die Vollversammlung des Council of European Dentists (CED) – einem nicht gewinnorientierten Verband praktizierender Zahnärzte aus ganz Europa – hat am 16. November 2018 einstimmig eine Entschließung angenommen, die auf die Gefahren durch die Zunahme von investorenbetriebenen Dentalketten hinweist.<sup>166</sup> Die Entschließung beinhaltet Ausführungen insbesondere zu der Situation in Frankreich sowie in Spanien und belegt Beispiele, in denen „Behandlungsentscheidungen auf der Grundlage von profitorientierten Erwägungen getroffen“ wurden; in Spanien entfiel in den Jahren 2013 bis 2015 die Hälfte der Patientenbeschwerden auf Dentalketten, obwohl sie nur vier Prozent aller Zahnarztpraxen ausmachten.<sup>167</sup> Es scheint, als würde das besondere Vertrauensverhältnis zwischen den Patienten sowie den zahnmedizinischen Experten ausgenutzt worden zu sein, um profitable Behandlungen durchführen zu können. Hierzu wird von der Ausübung erheblichen Drucks auf die angestellten Zahnärzte berichtet, die sich in der Erreichung bestimmter Quoten unter Ausklammerung arbeitszeitrechtlicher Vorgaben widerspiegeln.<sup>168</sup>

---

<sup>164</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 138.

<sup>165</sup> Siehe auch Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

<sup>166</sup> Council of European Dentists, Dentalketten in Europa, Entschließung vom 16. November 2018.

<sup>167</sup> Council of European Dentists, Dentalketten in Europa, Entschließung vom 16. November 2018, S. 3.

<sup>168</sup> Council of European Dentists, Dentalketten in Europa, Entschließung vom 16. November 2018, S. 2 f.

### 3. Verlautbarungen

Darüber hinaus lassen Verlautbarungen von Finanzinvestoren oder von Beratungsunternehmen erkennen, dass die Erschließung des europäischen, insbesondere auch des deutschen Dentalmarktes<sup>169</sup> ein lohnendes Unterfangen darstellt.<sup>170</sup> Inwiefern die bestehende COVID-19-Pandemie diese Entwicklung beeinflusst, ist derzeit nicht absehbar; teilweise wird sie sogar als Beschleuniger der Marktkonsolidierung angesehen.<sup>171</sup>

### 4. Strukturelle Veränderungen der zahnärztlichen MVZ

Die Daten der KZBV für zahnärztliche MVZ zeigen insbesondere ab dem Jahr 2018 einen Anstieg investorenbetriebener MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung; der Anteil dieser MVZ gemessen an der Gesamtzahl der zahnärztlichen MVZ hat in der Vergangenheit sehr stark zugenommen.<sup>172</sup> Ihr Anteil an den zahnärztlichen MVZ beläuft sich zum Ende des ersten Quartals 2020 auf mindestens 20,7 Prozent.<sup>173</sup> Die Dynamik der Entwicklung lässt dabei auf einen auch weiterhin ungebrochenen Trend schließen.

## II. Schwere der Schäden und Wahrscheinlichkeit des Eintritts

Auf der Grundlage der dargelegten Tatsachen ist für die Annahme von Gefahren nunmehr eine Prognose über die Wahrscheinlichkeit eines Schadenseintritts sowie die Schwere der Schäden anzustellen.

---

<sup>169</sup> Deutschland wird mitunter als Europas „Dentalland“ bezeichnet, vgl. ATLAS DENTAL, Studie der GFDI, 2018, S. 12, abrufbar unter [https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas\\_Dentalstudie\\_2018.pdf](https://www.gfdi.de/ids-2019/Atlas_Dentalstudie_2018.pdf) (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>170</sup> Vgl. etwa die Einschätzung der Marktlage von KPMG, <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2017/05/the-dental-chain-opportunity.html> (abgerufen am 24. Oktober 2020). Deshalb geht die KZBV davon aus, dass sich der Investitionstrend fortsetzt, vgl. KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 33.

<sup>171</sup> Vgl. etwa <https://www.pinsentmasons.com/out-law/analysis/coronavirus-shaping-european-dental-markets> (abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>172</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 34 Grafik 27.

<sup>173</sup> KZBV, An der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende medizinische Versorgungszentren in Deutschland, Statistik MVZ, Stand: 31. März 2020, S. 33.

## 1. Patientenwohl und Versorgungsqualität

Die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung ist in Deutschland nicht ohne Grund in erheblichem Maße reguliert. Die Versorgung soll in erster Linie gerade *nicht* durch ein wirtschaftliches Interesse, sondern von der zahnmedizinischen Erforderlichkeit einer Untersuchung sowie dem medizinischen Nutzen einer Behandlung determiniert werden, um das *Patientenwohl* zu maximieren. Dem steht das legitime Interesse der Gewinnerzielung aus der Tätigkeit der Leistungserbringer nicht entgegen. Gefahren für das Patientenwohl können von Behandlungen dann ausgehen, wenn „die ambulante Versorgung der Patienten nicht mehr Unternehmenszweck, sondern ein Mittel ist, die konzernweit gesetzten Renditeziele zu erreichen“<sup>174</sup>. Denn dann steht zu befürchten, dass das Patientenwohl für die konkrete Versorgung zumindest in einen Zielkonflikt mit der verfolgten Renditeoptimierung gerät, wenn nicht sogar in den Hintergrund tritt.

Hier sind die Besonderheiten der *vertragszahnärztlichen* Versorgung gegenüber der *vertragsärztlichen* Versorgung zu berücksichtigen, die eine Betrachtung allein der zahnärztlichen MVZ rechtfertigt.<sup>175</sup> Die Versorgung unterscheidet sich einerseits hinsichtlich der Zulassung von Leistungserbringern, die etwa für Zahnärzte keine Bedarfszulassung vorsieht.<sup>176</sup> Andererseits unterscheidet sie sich hinsichtlich der Leistungsansprüche der Versicherten respektive der Vergütung der Zahnärzte. So besteht etwa im Rahmen der auf einen Festzuschuss begrenzten Versorgung mit Zahnersatz (vgl. § 55 SGB V) sowie infolge der Mehrkostenregelungen bei Zahnfüllungen (vgl. § 28 Abs. 2 S. 2 SGB V) und kieferorthopädischen Behandlungen (§ 29 Abs. 5 SGB V) die Möglichkeit gesetzlich Versicherter, sich gegen Zuzahlung für eine höherwertige Versorgung als die regelhafte Versorgung zu entscheiden.

Insbesondere die Besonderheiten der Abrechnung zeigen, dass die Renditeerwartung von Investoren nicht allein von Synergieeffekten geleitet wird; vielmehr streben Investoren einen profitablen Betrieb der Versorgungszentren an. Über die regelmäßige Einbindung der ehemaligen Praxisinhaber in das zahnärztliche MVZ sowie gegebenenfalls vertragliche Gestaltungen, nach denen der Kaufpreis für das MVZ von der Erreichung bestimmter wirtschaftlicher Ziele

---

<sup>174</sup> Wenner, Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit – mehr Freiheit oder nur mehr Freiheit für den Missbrauch?, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), Festschrift für Franz-Josef Dahm, 2017, S. 517 (531).

<sup>175</sup> Siehe zu den Unterschieden etwa die Ausführungen von Dr. Eßer (KZBV) in der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020, Wortprotokoll der 83. Sitzung, Protokoll-Nr. 19/83, S. 10.

<sup>176</sup> Vgl. für Vertragszahnärzte § 103 Abs. 8 SGB V.

abhängt, wird die wirtschaftliche Erwartungshaltung zum Eigeninteresse des ehemaligen Praxisinhabers.<sup>177</sup> Insbesondere wenn dieser dann zugleich der ärztliche Leiter ist, liegt es nahe, dass diese sich – zumindest stillschweigend – mittelbar auf die abhängig beschäftigten Zahnärzte überträgt.

#### **a) Systemisch hoher Umsatzdruck und mittelbare Einflussnahme auf Zahnärzte**

Da die Umsätze der einzelnen zahnärztlichen MVZ unmittelbar an den Behandlungen durch die darin angestellten Zahnärzte anknüpfen, steht die (mittelbare) Einflussnahme auf diese Zahnärzte zu befürchten. Aus Sicht der Investoren wäre eine Steuerung der Zahnärzte im Hinblick sowohl auf die Vornahme besonders gewinnbringender Behandlungen als auch die Art der Behandlungen wünschenswert. Eine unmittelbare Steuerung etwa in Form einer verbindlichen Weisung dürfte dem zahnärztlichen Leiter des MVZ regelmäßig nicht möglich sein. Zwar ist der zahnärztliche Leiter im Rahmen der ihm obliegenden ärztlichen Steuerung der Betriebsabläufe des MVZ prinzipiell auch verantwortlich für die angestellten Zahnärzte. Zumindest *berufsrechtlich* findet jedoch die fachliche und rechtliche Verantwortlichkeit des zahnärztlichen Leiters angestellter Zahnärzte ihre Grenze in der Diagnose- und Therapiefreiheit.<sup>178</sup>

Allerdings müssen Versuche der *mittelbaren* oder *faktischen* Einflussnahme auf die angestellten Zahnärzte befürchtet werden. Hierauf lassen entsprechende Erfahrungen aus dem europäischen Ausland schließen.<sup>179</sup> In investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ besteht jedenfalls ein systemisch hoher Umsatzdruck. Es ist offenkundig, dass die Investoren hinter den Krankenhäusern Überlegungen zu dem Ergebnis ihres Investments anstellen.<sup>180</sup> Den angestellten Zahnärzten ist das Ziel ihres Arbeitgebers sowie des dahinterstehenden Finanzinvestors bewusst. Der insofern latent erzeugte wirtschaftliche Druck auf die Therapiefreiheit der Zahnärzte kann typischerweise auf solche Situationen durchschlagen, in denen zahnmedizinisch mehrere vertretbare Behandlungsalternativen bestehen. Naheliegend ist die Annahme, dass diejenige Alternative gewählt wird,

---

<sup>177</sup> Vgl. IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 15.

<sup>178</sup> Vgl. *Hennings/Knüpper/Kurz/Maag/Schulte*, in: BZÄK (Hrsg.), Kommentar zur Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer, 2. Aufl. 2018, § 18 Rn. 4.

<sup>179</sup> Vgl. oben S. 40.

<sup>180</sup> *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, MedR 2020, 531 (532).

die aus Sicht des MVZ wirtschaftlich vorteilhaft ist. Dies legt die oben angeführte Auswertung der Abrechnungsdaten der unterschiedlichen Leistungserbringer nahe. Die systemische Struktur der Beteiligung eines Finanzinvestors führt so für sich genommen zu einer Gefahr der Beeinflussung der zahnärztlichen Versorgungsqualität.

Für die vertragszahnärztliche Versorgung ist von zentraler Bedeutung, dass sich die Behandlung von Versicherten allein nach der zahnärztlichen Kunst bemisst. Eine renditeorientierte Behandlung von Versicherten stellte eine grobe Fehlentwicklung dar. Durch die Gefahren hervorgebrachte Schäden hätten im Hinblick auf die Gesundheit der Versicherten ein erhebliches Gewicht. Trotzdem weisen insbesondere die Abrechnungsdaten auf einen Unterschied in der Behandlung der Patienten in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ hin. Die Wahrscheinlichkeit eines Eintritts von Schäden muss deshalb als hoch beurteilt werden.

### **b) Zwischenergebnis**

Aus der Beteiligung von Finanzinvestoren an der vertragszahnärztlichen Versorgung lassen sich Gefahren für das Patientenwohl und die Versorgungsqualität ableiten. Indem Finanzinvestoren die Rendite zu dem primären Ziel ihrer Unternehmung machen, tritt die Behandlung der Versicherten in einen Zielkonflikt mit der wirtschaftlich vorteilhaftesten Behandlung. Für die in zahnärztlichen MVZ angestellten Zahnärzte besteht die begründete Besorgnis einer mittelbaren Einflussnahme auf die zahnmedizinische Behandlung. Selbst ohne nachweisbare Versuche mittelbarer Einflussnahme ruft der systemisch hohe Umsatzdruck in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ eine Gefahr des beschriebenen Zielkonfliktes hervor. Zwar partizipieren angestellte Zahnärzte wirtschaftlich nicht zwingend in gleichem Maße erfolgsabhängig an den umgesetzten Behandlungen wie niedergelassene Zahnärzte. Die Interessenlagen unterscheiden sich jedoch maßgeblich voneinander, insbesondere was die zeitliche Ausrichtung anbelangt. Die Zahngesundheit der Versicherten stellt ein hohes Rechtsgut dar; den durch die Gefahren eintretenden Schäden an diesem Rechtsgut käme ein erhebliches Gewicht zu. Auf Grundlage der Entwicklung sowie der Abrechnungsdaten liegt die Annahme einer hohen Wahrscheinlichkeit für den Eintritt von Schäden nahe.

## **2. Räumliche Verteilung und Kettenbildung**

Die Zunahme von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ sowie die Verkettung der einzelnen Versorgungszentren führt ebenfalls zu Gefahren für die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung und die Versorgungsqualität. Mit dem Anstieg der Ansiedlung von zahnärztlichen MVZ sowie dem

Aufbau größerer Strukturen vornehmlich in einwohner- und einkommensstarken Regionen<sup>181</sup> geht eine Verschiebung zwischen der Versorgungsdichte in ländlichen und in städtischen Gebieten einher. Dabei sind die städtischen Gebiete, was die Zahnarztdichte anbelangt, bereits jetzt hinreichend versorgt. Mittelfristig kann festgehalten werden, dass investorenbetriebene zahnärztliche MVZ einen nur geringen Beitrag zur flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung leisten.<sup>182</sup> Langfristig birgt die Schaffung größerer Strukturen die Gefahr einer erschwerten Versorgung im ländlichen Raum.<sup>183</sup> Die räumliche Verteilung der investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ führt dazu, dass ihr Nutzen für die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung stark begrenzt ist. Zugleich beeinträchtigt die Kettenbildung zahnärztlicher MVZ mittelbar die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Verkettung mehrerer zahnärztlicher MVZ wird ganz überwiegend bei der Beteiligung von Investoren beobachtet.<sup>184</sup> Die Bildung besonders großer Ketten wird dabei mitunter ausdrücklich als Ziel formuliert.<sup>185</sup> Für die Sicherstellung der Versorgung in den konkreten Gebieten spielt die Gefahr des Ausfalls einer ganzen MVZ-Kette – wie sie im europäischen Ausland in den vergangenen Jahren mehrfach beobachtet wurde<sup>186</sup> und jüngst auch im Inland real zu befürchten ist<sup>187</sup> – aufgrund des dort bereits bestehenden hohen Versorgungsniveaus zwar eine untergeordnete Rolle. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass – anders als bei entsprechenden

---

<sup>181</sup> Council of European Dentists, Dentalketten in Europa, Entschließung vom 16. November 2018, S. 4, abrufbar unter [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b19/CED\\_Dentalketten\\_in\\_Europa.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b19/CED_Dentalketten_in_Europa.pdf) (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020); siehe auch IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 136 f.

<sup>182</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 137.

<sup>183</sup> Vgl. *Wenner*, Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit – mehr Freiheit oder nur mehr Freiheit für den Missbrauch?, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), Festschrift für Franz-Josef Dahm, 2017, S. 517 (531).

<sup>184</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 36.

<sup>185</sup> Siehe etwa die Formulierung einer Zielgröße von 200 MVZ-Standorten des Geschäftsführers von Colosseum Dental Deutschland, änd. Ärztenachrichtendienst, „MVZ-Kette Colosseum Dental – Wir wollen mehr als 200 Standorte“, abrufbar unter <https://www.aend.de/article/190414> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>186</sup> Vgl. Council of European Dentists, Dentalketten in Europa, Entschließung vom 16. November 2018, S. 4, abrufbar unter [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b19/CED\\_Dentalketten\\_in\\_Europa.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b19/CED_Dentalketten_in_Europa.pdf) (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>187</sup> AG Düsseldorf, Beschluss vom 1. August 2020 – 504 IN 63/20. In diesem konkreten Fall wurde die MVZ-Kette allerdings nicht durch ein zugelassenes Krankenhaus, sondern mithilfe einer getrennten Beteiligungs- und Verwaltungs GmbH geführt, an der wiederum Investoren beteiligt waren und die am 9. Juli 2020 liquidiert wurde.

Ausfällen in der *vertragsärztlichen* Versorgung – kaum auf stationäre zahnärztliche Behandlung zurückgegriffen werden könnte. Sollte eine gesamte investorenbetriebene zahnärztliche MVZ-Kette ausfallen, zeigen die Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, dass Patienten, die sich in einer Behandlung befinden, erhebliche Nachteile entstehen können.<sup>188</sup> Wegen der besonders herausgehobenen Bedeutung des Rechtsguts der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung würde die Realisierung einer solchen Gefahr einen schweren Schaden nach sich ziehen.

In der Zusammenschau der Entwicklungen tritt hinzu, dass eine Ausweitung der Leistungen in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ langfristig zu einer überproportionalen Belastung für die gesetzliche Krankenversicherung führen könnte. Setzt sich das dynamische Wachstum fort, könnten die Unterschiede im Leistungsgeschehen zu einem spürbaren Zuwachs der Ausgaben führen.<sup>189</sup> Selbst wenn die Tatsachen zum Teil darauf hindeuten, dass auch in zahnärztlichen MVZ, die nicht von einem Investor betrieben werden, Unterschiede gegenüber der Leistungserbringung in Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften ausgemacht werden können, rechtfertigen es die Dynamik der Entwicklung im Bereich der investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ und die damit einhergehende Verschiebung hin zu ungleichen finanziellen Hintergrundbedingungen, mit denen sich niederlassungswillige Zahnärzte konfrontiert sehen, im Schwerpunkt die investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ in den Blick zu nehmen.

### III. Zwischenergebnisse

Die Grundlage der Gefahrenprognose ergibt sich aus einem im Vergleich zu Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften auffälligen Abrechnungsverhalten investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ, aus Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, aus Verlautbarungen von Finanzinvestoren oder diesen nahestehenden Beratungsunternehmen sowie aus dem bisherigen Anstieg investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Das Abrechnungsverhalten von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ lässt im Vergleich zu demjenigen von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften darauf schließen, dass in diesen Versorgungszentren

---

<sup>188</sup> Council of European Dentists, Dentalketten in Europa, Entschließung vom 16. November 2018, S. 3 f., abrufbar unter [https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b19/CED\\_Dentalketten\\_in\\_Europa.pdf](https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b19/CED_Dentalketten_in_Europa.pdf) (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>189</sup> Vgl. IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 138.

eine renditeorientierte Behandlung der Versicherten erfolgt. Dies bestätigt die These des systemisch hervorgerufenen Renditedrucks, den der Einstieg von Investoren auf das Behandlungsverhalten ausübt. Untermauert wird diese Einschätzung durch Erfahrungen aus dem europäischen Ausland.

Aus der Beteiligung von Finanzinvestoren an der vertragszahnärztlichen Versorgung lassen sich Gefahren für das Patientenwohl und für die Versorgungsqualität ableiten. Durch den Maßstab der Rendite bildet sich ein Zielkonflikt zwischen einer Behandlung der Versicherten nach der zahnärztlichen Kunst einerseits sowie der wirtschaftlich vorteilhaftesten Behandlung andererseits. Es besteht die begründete Besorgnis, dass die in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ angestellten Zahnärzte Versuchen der mittelbaren Einflussnahme ausgesetzt sind. Überdies besteht in solchen MVZ ein systemisch hoher Umsatzdruck, der eigenständig die Gefahr einer maßgeblich an wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgerichteten Behandlung begründet. Das auf einen kurzen Zeitraum angelegte Geschäftsmodell von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ erhöht die Gefahr einer renditeorientierten Behandlung. Auf der Grundlage dieser Tatsachen kann die Prognose aufgestellt werden, dass in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ sowohl das Patientenwohl als auch die Versorgungsqualität gefährdet sind.

Die räumliche Verteilung der investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ sowie die Bildung von MVZ-Ketten begründet für sich genommen eine eigene Gefahr für die Versorgungsqualität und die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die gegenüber den Formen der Einzelpraxis und Berufsausübungsgemeinschaft auffällige Niederlassungspraxis vornehmlich in einkommens- und bevölkerungsreichen Regionen führt zu einem nur geringen Beitrag zu einer flächendeckenden vertragszahnärztlichen Versorgung. Der Grund für die dortige Niederlassung liegt nicht in der Erhöhung der Versorgungsqualität, sondern der erzielbaren Rendite. Langfristig führt die Schaffung größerer Strukturen zu der Gefahr einer erschwerten Versorgung im ländlichen bzw. strukturschwachen Raum.

Insgesamt zeigt sich, dass typische Geschäftsstrategien von Finanzinvestoren die Prognose einer zahnmedizinischen Über- und Fehlversorgung erlauben, was wiederum die Gefahr von nachteiligen Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft insgesamt sowie die Versorgungsqualität der Behandlung im Besonderen hervorruft.

## D. Ergebnisse zum ersten Teil

Wesentliche Ergebnisse des ersten Teils lassen sich in Leitsätzen wie folgt zusammenfassen:

1. Ein MVZ ist eine (zahn)ärztlich geleitete Organisations- und Kooperationsform der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. Es verfügt über einen Rechtsträger, der einer der in § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V aufgeführten Rechtsformen entsprechen muss.

2. Rechtlich wird für MVZ zwischen den Ebenen der Gründung, der Zulassung und des Betriebs unterschieden. Während § 95 Abs. 1a und 1b SGB V Gründungsvoraussetzungen für zahnärztliche MVZ regeln, sind die Zulassungsvoraussetzungen in § 95 Abs. 2 S. 5 und 6 SGB V sowie der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) enthalten. Für den Betrieb eines MVZ knüpft das Gesetz an das Fortbestehen der Zulassungsvoraussetzungen (§ 95 Abs. 6 S. 1 SGB V) sowie bestimmter Gründungsvoraussetzungen (§ 95 Abs. 6 S. 3 SGB V) an.

3. Nachdem der Gesetzgeber durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz das Erfordernis der fachübergreifenden Ausrichtung von MVZ gestrichen hatte, stieg die Anzahl zahnärztlicher MVZ stark an.

4. Die Gründung *zahnärztlicher* MVZ durch Krankenhäuser wird durch § 95 Abs. 1b SGB V reguliert. Die durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz in das SGB V eingefügte Regelung begrenzt den Umfang der zahnärztlichen MVZ, die Krankenhäuser je Planungsbereich gründen können.

5. In jüngerer Zeit drängen vermehrt Finanzinvestoren wie Private-Equity-Gesellschaften auf den deutschen Dentalmarkt. Sie gehen in einem Dreischritt vor, an dessen Beginn der Erwerb zugelassener Krankenhäuser steht, durch den sie die Befugnis zur Gründung sowie zum Betrieb von zahnärztlichen MVZ erhalten. Ihr Ziel ist es, durch Verkettung mehrerer MVZ an unterschiedlichen Standorten ein Unternehmen für zahnärztliche Behandlungen zu schaffen und möglichst rentabel zu betreiben. Regelmäßig nach etwa fünf bis sechs Jahren wird die Beteiligung an den geschaffenen Unternehmen veräußert.

6. Aus der Beteiligung von Finanzinvestoren an der vertragszahnärztlichen Versorgung lassen sich Gefahren für das Patientenwohl und für die Versorgungsqualität ableiten. Grundlage der Gefahrenprognose sind Auffälligkeiten des Abrechnungsverhaltens von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften, Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, Verlautbarungen von Finanzinvestoren oder diesen nahestehenden Beratungsunternehmen sowie die bisherige Entwicklung

investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Das Abrechnungsverhalten von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ lässt im Vergleich zu demjenigen von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften darauf schließen, dass in diesen Versorgungszentren eine renditeorientierte Behandlung der Versicherten erfolgt.

7. Die Behandlung am Maßstab der Rendite ruft einen Zielkonflikt zwischen einer Behandlung der Versicherten nach der zahnärztlichen Kunst einerseits sowie der wirtschaftlich vorteilhaftesten Behandlung andererseits hervor. Es besteht die begründete Besorgnis, dass die in zahnärztlichen MVZ angestellten Zahnärzte Versuchen mittelbarer Einflussnahme ausgesetzt sind.

8. In investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ besteht ein systemisch hoher Umsatzdruck, der eigenständig die Gefahr einer maßgeblich an wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgerichteten Behandlung begründet.

9. Die räumliche Verteilung von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ sowie die Bildung von MVZ-Ketten begründet für sich genommen eine eigene Gefahr für die Versorgungsqualität sowie für die Sicherstellung einer flächendeckenden vertragszahnärztlichen Versorgung.

## **Zweiter Teil**

### **Zur Berücksichtigung der Gefahren durch die bestehende Rechtslage**

Der zweite Teil der Untersuchung geht der Frage nach, inwiefern die bestehende Rechtslage den beschriebenen Gefahren Rechnung trägt oder zu tragen geeignet ist.

Die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung erfordert neben der Gründung eines MVZ dessen Zulassung. Daher wird nachfolgend zwischen der Ebene der Gründungsbefugnis (A.) und der Ebene der Zulassung (B.) von zahnärztlichen MVZ unterschieden. Auf der erstgenannten Ebene werden insbesondere die Reichweite der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern sowie die Anknüpfung der Höchstversorgungsgrenzen in § 95 Abs. 1b SGB V an Krankenhäuser untersucht. Auf der Ebene der Zulassung liegt der Fokus auf dem Zulassungshinderungsgrund sonstiger in der Person liegender schwerwiegender Gründe (§ 21 S. 1 Alt. 2 Zahnärzte-ZV) und dem Erfordernis der Ausübung der Tätigkeit in freier Praxis (§ 32 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV). Anschließend wird geprüft, inwiefern die Regelungen die angesprochenen Gefahren berücksichtigen (C.).

#### **A. Ebene der Gründungsbefugnis**

Auf der Ebene der Gründungsbefugnis wird durch § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V festgelegt, wer zur Gründung eines MVZ berechtigt ist. Der erste Teil der vorliegenden Untersuchung hat gezeigt, dass Investoren zugelassene Krankenhäuser für den Zugang zum Dentalmarkt verwenden. Nachfolgend wird deshalb die Gründung zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser in den Blick genommen (I.). Anschließend wird untersucht, inwieweit die Beteiligung eines Investors an einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen einer teleologischen Reduktion des Norminhalts für die Gründung eines MVZ berücksichtigt werden kann (II.). Daran schließt sich die Frage der Anknüpfung an die Höchstversorgungsgrenzen der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V an (III.).

#### **I. Gründung zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser**

Der Kreis der gründungsberechtigten Leistungserbringer wird in § 95 Abs. 1a SGB V geregelt. Nach dessen Satz 1 können MVZ von zugelassenen Ärzten, zugelassenen Krankenhäusern, Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V, anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Abs. 2

S. 3 SGB V, gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen gegründet werden. Für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen schränkt § 95 Abs. 1a S. 2 SGB V die Gründung auf solche MVZ ein, zu denen ein Fachbezug besteht. Satz 3 begrenzt die Rechtsformen, in denen MVZ gegründet werden können, auf die Personengesellschaft, die eingetragene Genossenschaft, die Gesellschaft mit beschränkter Haftung sowie auf eine öffentlich-rechtliche Rechtsform. Die nachfolgenden Sätze vier und fünf betreffen Übergangsregelungen für bereits in der Vergangenheit zugelassene MVZ und die Gründung kommunaler MVZ.

Die Gründungsbefugnis umfasst das Recht, juristische Personen zu errichten, die über die Zulassung als Organisations- und Kooperationsform an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen können. Die Gründungsbefugnis bezieht sich mithin nicht auf die gesellschaftsrechtlichen Befugnisse und Voraussetzungen, sondern auf die Gründung einer juristischen Person, die zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen werden kann. Insoweit handelt es sich bei der Gründung um eine der Zulassung selbst vorgelagerte Voraussetzung, die allerdings eng mit ihr verbunden ist.<sup>190</sup>

Darüber hinaus enthält § 95 Abs. 1b SGB V Voraussetzungen für die Gründung zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser. Demnach kann ein zahnärztliches MVZ von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen MVZ an der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung einen bestimmten Prozentsatz nicht überschreitet. Der konkrete Prozentsatz variiert nach dem bedarfsgerechten Versorgungsgrad des jeweiligen Planungsbereichs. In unterversorgten Planungsbereichen (Versorgungsgrad < 50 %) liegt der maximale Anteil bei 20 % der bedarfsgerechten vertragszahnärztlichen Versorgung. In überversorgten Planungsbereichen (Versorgungsgrad > 110 %) beträgt der maximale Anteil 5 % der bedarfsgerechten vertragszahnärztlichen Versorgung. In einem weder über- noch unterversorgten Planungsbereich (Versorgungsgrad zwischen 50 % und 110 %) liegt der maximale Versorgungsanteil bei 10 % der bedarfsgerechten vertragszahnärztlichen Versorgung. Beträgt der Versorgungsgrad zwischen 50 % und 100 %, begrenzt § 95 Abs. 1b S. 2 SGB V den Umfang der Versorgung nach unten hin auf mindestens fünf Vertragszahnarztsitze oder Anstellungen. § 95

---

<sup>190</sup> Deshalb kritisch zur Unterscheidung nach Gründungs-, Zulassungs- sowie Betriebsvoraussetzungen *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 53 (Stand der Kommentierung: August 2019).

Abs. 1b S. 7 SGB V erstreckt den Anwendungsbereich der Regelung auch auf Erweiterungen bestehender zahnärztlicher MVZ von Krankenhäusern.

Die Vorschrift begrenzt die Gründung von zahnärztlichen MVZ durch Krankenhäuser in einzelnen Planungsbereichen, indem sie einen Höchstversorgungsanteil je Planungsbereich und Krankenhaus festlegt. Hierdurch verhindert sie eine Konzentration der Versorgungsmacht eines Krankenhauses innerhalb der jeweiligen Planungsbereiche. Die Regelung schränkt allerdings nicht die Befugnis von Krankenhäusern ein, ungeachtet ihrer Niederlassung zahnärztliche MVZ im gesamten Bundesgebiet zu gründen und zu betreiben.

Der Ansatz der Verhinderung einer Marktkonzentration überrascht insofern, als es sich hierbei um einen wettbewerbsrechtlichen Ansatz handelt, der über die Regelungen zum Verbot der missbräuchlichen Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung (§§ 18, 19 GWB) abgedeckt ist.<sup>191</sup> Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass eines der Ziele des Gesetzgebers die Erhaltung der Anbietervielfalt darstellt.<sup>192</sup> Diese kann bereits gefährdet sein, wenn sich noch keine marktbeherrschende Stellung einzelner Unternehmen in einzelnen Planungsbereichen herausgebildet hat, weil einzelne Gruppen von Leistungserbringern insgesamt andere verdrängen. Dennoch verbleibt es im Grundsatz dabei, dass jedes Krankenhaus in jedem Planungsbereich (mindestens) ein zahnärztliches MVZ gründen oder erwerben kann. Theoretisch ist es sogar denkbar, dass die vertragszahnärztliche Versorgung in einem Planungsbereich allein von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ unterschiedlicher Krankenhäuser geleistet wird.<sup>193</sup>

Praktisch begünstigt die Regelung große Städte und Ballungsgebiete: Selbst in überversorgten Planungsbereichen ermöglicht sie den Betrieb von zahnärztlichen MVZ mit einer ausreichend großen Zahl an Zahnarztstellen.<sup>194</sup> Die Begrenzung der Zahnarztstellen in ländlichen Gebieten auf 10 Prozent der bedarfsgerechten Versorgung führe praktisch eher dazu, dass es nur dort schwerer

---

<sup>191</sup> Im Ansatz auch *Ladurner*, Das Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG aus vertragsarztrechtlicher Perspektive (Teil 2), MedR 2019, 519 (524).

<sup>192</sup> Vgl. zur Begründung der Regelung: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187.

<sup>193</sup> Siehe hierzu IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 139.

<sup>194</sup> *J. Bischoff*, „Ich bin mir nicht sicher, ob das TSVG die richtigen Anreize für den Zahnärztemarkt setzt“, in: ZP 5/2019, S. 3 (5). Siehe zu den möglichen Zahnarztstellen in den überversorgten Planungsbereichen IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 54 (Tabelle 5).

werde, große zahnärztliche MVZ zu gründen und zu betreiben; in großen Städten mit vielen Zahnärzten könne „Private Equity dagegen relativ ungestört konsolidieren“<sup>195</sup>.<sup>196</sup> Zieht man Berichte von Private-Equity-Investoren heran, streben sie Versorgungszentren mit 10 bis 15 Zahnärzten je Standort an; Planungsbereiche, in denen zahnärztliche MVZ solcher Größenordnungen gegründet und betrieben werden dürfen, gibt es zur Genüge.<sup>197</sup> Insofern begegnet die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V zwar der Gefahr einer „wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz“<sup>198</sup> durch zahnärztliche MVZ in Krankenhausträgerschaft innerhalb der einzelnen (!) Planungsbereiche. Die Gefahren für das Patientenwohl und die Versorgungsqualität vor Ort sowie für die vertragszahnärztliche Versorgung insgesamt werden durch diese Regelung jedoch nicht berücksichtigt.

## II. Gründungsbefugnis bei Investorenbeteiligung

Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit mehrfach die MVZ betreffenden Vorschriften angepasst, um den Einfluss von Finanzinvestoren auf die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung zu begrenzen. Gemeinsame Zielrichtung der Änderungen war jeweils die Eindämmung der Tätigkeit von versorgungsfremden Investoren. Bereits im Anschluss an die Beschränkung des Kreises der zur Gründung von MVZ berechtigten Leistungserbringer durch das GKV-VStG wurde diskutiert, inwiefern die gesetzliche Regelung umgangen werden könnte, respektive wo die Grenze einer zulässigen Einflussnahme liegt.<sup>199</sup> Angestellt wurden Überlegungen zu möglichen Formen der Mehrheitsbeteiligung an Krankenhausträgerschaften, zu einer stillen Beteiligung von Investoren an Krankenhausträgerschaften sowie zu gesellschaftsrechtlichen Gestaltungen der

---

<sup>195</sup> *Habdank*, Wo sich Dental-Investments für Private Equity jetzt noch lohnen, Finance Magazin, 24. Mai 2019, abrufbar unter <https://www.finance-magazin.de/deals/private-equity-private-debt/wo-sich-dental-investments-fuer-private-equity-jetzt-noch-lohnen-2038021/> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020). Diese Einschätzung bestätigt etwa *J. Bischoff*, „Ich bin mir nicht sicher, ob das TSVG die richtigen Anreize für den Zahnärztemarkt setzt“, in: ZP 5/2019, S. 3 (6).

<sup>196</sup> Vgl. IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 57.

<sup>197</sup> Vgl. etwa *Habdank*, Wo sich Dental-Investments für Private Equity jetzt noch lohnen, Finance Magazin, 24. Mai 2019, abrufbar unter <https://www.finance-magazin.de/deals/private-equity-private-debt/wo-sich-dental-investments-fuer-private-equity-jetzt-noch-lohnen-2038021/> (zuletzt abgerufen am 24. Oktober 2020).

<sup>198</sup> Siehe zur Begründung der Regelung Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187.

<sup>199</sup> *Bäume/Dahm/Flasbarth*, Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG, MedR 2012, 77 (78 f.). Siehe zu diesen Umgehungsstrategien auch *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 32 f.

Krankenhaussträgergesellschaft, bei denen das wirtschaftliche Risiko des Betriebs des MVZ etwa über Ergebnisabführungsverträge vollständig auf den Investor übertragen wird.<sup>200</sup>

Ausgangspunkt der Überlegung zu möglichen Grenzen zulässiger Einflussnahme durch Investoren ist der gesetzgeberische Zweck der Begrenzung der Gründungsbefugnis: Der Gesetzgeber schränkte den Kreis der gründungsberechtigten Akteure als Reaktion auf „Erfahrungen der letzten Jahre“ ein, wonach „medizinische Versorgungszentren besonders in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der operierenden Augenheilkunde immer häufiger von Investoren gegründet werden, die keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen“<sup>201</sup>. Durch die Beschränkung sollte die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen gewahrt bleiben.<sup>202</sup> Deshalb sollte nach der Zielrichtung des GKV-VStG „der Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren unter Mitwirkung von ausschließlich gewinnorientierten Investoren durch die Beschränkung des Gründerkreises gerade ausgeschlossen werden“.<sup>203</sup>

Aus dieser Zwecksetzung wurde zum Teil geschlossen, dass die Beteiligung von Investoren an Leistungserbringern, die zur Gründung von MVZ berechtigt sind, eine unzulässige Umgehung darstellen kann<sup>204</sup>: Unzulässig sei eine Gestaltung, wenn im Einzelfall die Kontrolle über das MVZ bei dem Investor liegt.<sup>205</sup> In solchen Fällen erfolge der Betrieb des MVZ „gerade nicht mehr durch das

---

<sup>200</sup> Clemens, in: Quaas/Zuck/Clemens, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 32 f.; siehe auch Bäume/Dahm/Flasbarth, *Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG*, MedR 2012, 77 (79).

<sup>201</sup> So der von der Bundesregierung beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 5. September 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 70.

<sup>202</sup> Siehe den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 5. September 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 70; Bäume/Dahm/Flasbarth, *Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG*, MedR 2012, 77 (79).

<sup>203</sup> Bäume/Dahm/Flasbarth, *Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG*, MedR 2012, 77 (79).

<sup>204</sup> Siehe etwa Bäume/Dahm/Flasbarth, *Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG*, MedR 2012, 77 (79); Clemens, in: Quaas/Zuck/Clemens, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 33; Wigge/Schütz, *Das Medizinische Versorgungszentrum in Krankenhaussträgerschaft*, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), *Krankenhausrecht*, 2. Aufl. 2017, § 10 Rn. 44. Vgl. auch Kremer/Wittmann, *Vertragsärztliche Zulassungsverfahren*, 3. Aufl. 2018, Rn. 869.

<sup>205</sup> Bäume/Dahm/Flasbarth, *Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG*, MedR 2012, 77 (79). Vgl. auch Wigge/Schütz, *Das Medizinische Versorgungszentrum in Krankenhaussträgerschaft*, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), *Krankenhausrecht*, 2. Aufl. 2017, § 10 Rn. 44.

zugelassene Krankenhaus, sondern durch den [...] Investor“<sup>206</sup>. Regelmäßig sei die Grenze der zulässigen Einflussnahme bei Ergebnisabführungsverträgen überschritten.<sup>207</sup> Allerdings befassen sich die entsprechenden Überlegungen mit Umgehungsstrategien, in denen die Schwelle des Erwerbs der gesellschaftsrechtlichen Kontrolle eines zugelassenen Krankenhauses nicht überschritten wird.<sup>208</sup>

Auch § 95 Abs. 1b SGB V verfolgt neben der Verhinderung einer Anbieterdominanz die Begrenzung bestehender Übernahmeprozesse durch Beteiligungsgesellschaften ohne originäres Versorgungsinteresse; deutlich wird dies in der Begründung des Ausschusses für Gesundheit.<sup>209</sup> Legt man diese anhaltende Intention des Gesetzgebers zu Grunde, könnten Leistungserbringer bereits de lege lata aus dem Anwendungsbereich ausgenommen werden, deren Betreiben des MVZ von Investoren gesteuert wird.

Methodisch ließe sich ein solches Ergebnis auf mehreren Wegen erreichen. Zunächst ist durch Auslegung des Merkmals „zugelassene Krankenhäuser“ zu ermitteln, ob sich etwa auf Grundlage von Sinn und Zweck eine Einschränkung ergeben kann (1.). Umfasste der Wortlaut zugelassene Krankenhäuser unabhängig von einer Investorenbeteiligung, ließe sich ein entsprechender Wille des Gesetzgebers jedoch begründen; in Betracht käme eine teleologische Reduktion

---

<sup>206</sup> *Bäune/Dahm/Flasbarth*, Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG, MedR 2012, 77 (79) in Bezug auf einen an der Krankenhausträgersgesellschaft beteiligten Investor, der mittels schuldrechtlicher Vereinbarung den Betrieb und das unternehmerische Risiko des MVZ steuert.

<sup>207</sup> *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 33; *Bäune/Dahm/Flasbarth*, Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG, MedR 2012, 77 (79); *Wigge/Schütz*, Das Medizinische Versorgungszentrum in Krankenhausträgerschaft, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 10 Rn. 44. Kritisch hierzu *Klöß*, Das Medizinische Versorgungszentrum im GKV-Versorgungsstrukturgesetz, NZS 2013, 368 (369 f.).

<sup>208</sup> Der Erwerb eines Krankenhauses durch einen Investor und die Gründung eines MVZ durch das Krankenhaus wurde – soweit ersichtlich – durchgängig für zulässig erachtet, vgl. *Bäune/Dahm/Flasbarth*, Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG, MedR 2012, 77 (79); *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 33; *Wigge/Schütz*, Das Medizinische Versorgungszentrum in Krankenhausträgerschaft, in: Huster/Kaltenborn (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 10 Rn. 44. Siehe hierzu auch *Klöß*, Das Medizinische Versorgungszentrum im GKV-Versorgungsstrukturgesetz, NZS 2013, 368 (369 f.).

<sup>209</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

der soeben genannten Anforderung (2.). Schließlich könnte sich aus dem Merkmal der Gründung *von* zugelassenen Krankenhäusern eine Einschränkung ergeben (3.).

### 1. Auslegung des Merkmals „zugelassene Krankenhäuser“

Die Formulierung „*zugelassenen Krankenhäusern*“ in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V könnte zum einen an ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V bzw. den entsprechenden Krankenhausträger anknüpfen. Weiterhin könnte dem Merkmal insofern ein materieller Gehalt beiwohnen, als zur Gründung eines MVZ nur derjenige Träger befugt ist, der das zugelassene Krankenhaus tatsächlich betreibt – was bei Minderheitsbeteiligungen und schuldrechtlichen Abreden mit Investoren virulent würde. Schließlich könnten solche zugelassenen Krankenhäuser aus dem Anwendungsbereich ausgenommen sein, deren Kontrolle über das MVZ wirtschaftlich von einem Investor gesteuert wird.

#### a) Wortlaut

Der Wortlaut in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V, wonach *MZV von zugelassenen Krankenhäusern* gegründet werden können, spricht für eine formale Betrachtung. Obwohl § 95 Abs. 1b S. 1 SGB V allein den Begriff des Krankenhauses verwendet, ist hiermit keine inhaltliche Abweichung verbunden.<sup>210</sup> Dies ergibt sich daraus, dass die Norm für zahnärztliche MVZ sowie in Bezug auf die Gründungsvoraussetzungen für zugelassene Krankenhäuser *lex specialis* ist und die Begründung der Norm an die zugelassenen Krankenhäuser anknüpft<sup>211</sup>. Maßgebliches Kriterium ist dem Wortlaut nach mithin die *Zulassung* des Krankenhauses.

Im Krankenausrecht gilt der Grundsatz der Trägervielfalt. Gemäß § 1 Abs. 2 S. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)<sup>212</sup> ist bei der Krankenhausfinanzierung die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Nach Satz 2 ist insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Ist bei der Entscheidung über die Auf-

---

<sup>210</sup> Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 82 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>211</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

<sup>212</sup> Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580).

nahme in den Krankenhausplan eine Entscheidung zwischen mehreren Krankenhäusern notwendig, fließt die Vielfalt der Krankenhausträger gemäß § 8 Abs. 2 S. 2 KHG in die Auswahlentscheidung der zuständigen Landesbehörde mit ein. Insofern ist die Krankenhauslandschaft von Krankenhäusern in unterschiedlicher Trägerschaft gekennzeichnet. Nicht von Bedeutung ist die Rechtsform insbesondere der privat getragenen Krankenhäuser. Diese können etwa in der Form der Aktiengesellschaft betrieben werden. Für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist die Struktur der Trägergesellschaft nicht von Bedeutung.

Das Sozialversicherungsrecht knüpft für Krankenhäuser nicht an den Träger, sondern an die Zulassung zur Versorgung an: Während § 107 Abs. 1 SGB V Krankenhäuser im Sinne des SGB V als Einrichtungen definiert, die bestimmte Anforderungen an die Behandlung von Patienten erfüllen, bezeichnet § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erstens als Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt sind, zweitens als Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, und drittens als Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Nach ganz überwiegender Meinung nimmt § 95 Abs. 1a SGB V Bezug auf die sozialversicherungsrechtliche Norm und knüpft die Gründereigenschaft in Bezug auf MVZ deshalb an den Betrieb eines zugelassenen Krankenhauses im Sinne des § 108 SGB V.<sup>213</sup>

Vom eindeutigen Wortlaut umfasst sind deshalb auch solche Krankenhäuser, an denen Investoren beteiligt sind oder deren Trägergesellschaft von Investoren gehalten wird.

---

<sup>213</sup> *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 25, mit Ausnahmen Rn. 32; *Gerlach*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung. Kommentar, § 95 SGB V Rn. 24 (Stand der Kommentierung: Oktober 2016); *Jaeger*, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, § 95 SGB V Rn. 29; *Joussen*, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V. Kommentar, 7. Aufl. 2020, § 95 Rn. 11; *Möller*, Rechtliche Probleme bei Gründung und Betrieb eines Krankenhaus-MVZ, GesR 2018, 152 (155); *Niggehoff*, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 20a; *Pawlita*, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 95 SGB V Rn. 76, 76.2 (Stand der Kommentierung: 14. Oktober 2019); *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 64 (Stand der Kommentierung: August 2019); *Scholz/Bartha*, in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht, § 95 SGB V Rn. 63 (Stand der Kommentierung: 1. März 2020); *Steinhilper*, in: Laufs/Kern/Rehborn (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 35 Rn. 42 f.; *Wigge*, in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Aufl. 2017, § 6 Rn. 172.

## b) Systematik

Systematisch liegt die Annahme nahe, dass Krankenhausträger ohne weitere materielle Voraussetzungen gründungsbefugt sind. So stellt die Aufzählung der gründungsberechtigten Leistungserbringer in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V gerade keine Ausnahmenvorschrift dar, sondern greift als Regelfall diejenigen Leistungserbringer heraus, die zur Gründung von MVZ berechtigt sein sollen.

Für die nach Satz 1 gründungsberechtigten nichtärztlichen Dialyseleistungserbringer schränkt § 95 Abs. 1a S. 2 SGB V die Gründungsbefugnis ein und verlangt als weitere Voraussetzung das Erfordernis eines Fachbezugs. Ungeachtet der Kritik an der Aufnahme der nichtärztlichen Dialyseleistungserbringer in den Gründerkreis von MVZ<sup>214</sup> hätte eine einschränkende Regelung auch für Krankenhausträgergesellschaften nahe gelegen, sofern der Gesetzgeber ihre Gründungsbefugnis hätte einschränken oder konkrete Anforderungen an die Gesellschafterstruktur von Krankenhausträgergesellschaften aufstellen wollen.<sup>215</sup>

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit § 95 Abs. 1b SGB V eine spezielle Regelung für die Gründung zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser eingefügt. Grundlage für die Regelungen war eine Zunahme der Geschäftsaktivität von Private-Equity-Gesellschaften auf dem deutschen Dentalmarkt.<sup>216</sup> Wäre der Gesetzgeber der Ansicht gewesen, mit seiner Änderung in § 95 Abs. 1a SGB V durch das GKV-VStG bereits jeglicher Investorentätigkeit entgegengetreten zu sein, hätte es einer weiteren Regelung nicht bedurft. Darüber hinaus knüpft § 95 Abs. 1b SGB V nicht grundsätzlich an die Gründungsbefugnis, sondern mittels der Versorgungsanteile an die räumlichen Gründungsmodalitäten an. Der Umstand, dass diese Vorschrift in ihrer Regelungsart geschaffen wurde, spricht maßgeblich dafür, dass rechtsgeschäftlich zulässig begründete Einflussmöglichkeiten auf Krankenhausträgergesellschaften für die Gründungsbefugnis ohne Auswirkungen bleiben.

Insofern lassen sich auch die innere Systematik von § 95 Abs. 1a SGB V und das Verhältnis zu § 95 Abs. 1b SGB V als Argumente anführen, dass für die

---

<sup>214</sup> Siehe hierzu etwa *Ladurner*, Das Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG aus vertragsarztrechtlicher Perspektive (Teil 2), MedR 2019, 519 (520 f.).

<sup>215</sup> So auch *Möller*, Rechtliche Probleme bei Gründung und Betrieb eines Krankenhaus-MVZ, GesR 2018, 152 (155). Zugleich hält *Möller* eine verdeckte Beteiligung eines Nichtgründungsberechtigten an einer MVZ-Trägergesellschaft und die schuldrechtliche Kontrolle des MVZ durch den Nichtgründungsberechtigten für vertragsarzt- und deshalb zivilrechtlich unzulässig, a. a. O., S. 155 f.

<sup>216</sup> Vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187.

Befugnis zur Gründung von MVZ durch Krankenhäuser allein deren Zulassung maßgeblich ist.

### c) Genese und Historie

Die oben skizzierte Entwicklung der Regulierung von MVZ zeigt, dass mit der Aufzählung der gründungsberechtigten Leistungserbringer in § 95 Abs. 1a SGB V eine Einschränkung für alle darin nicht aufgeführten Leistungserbringer verbunden sein sollte. Hinsichtlich der von der Gründung eines MVZ ausgeschlossenen Leistungserbringer sah der Gesetzgeber eine Gefahr der Kommerzialisierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Deshalb nahm er diese Leistungserbringer von der Gründungsbefugnis aus. Eine Einschränkung derjenigen Leistungserbringer, die auch im Anschluss an die Neufassung zur Gründung von MVZ berechtigt sind, lässt sich der Genese der Norm hingegen nicht entnehmen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung wurde die Gründungsbefugnis von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund ihres fachlichen Bezugs zur Versorgung aufrechterhalten.<sup>217</sup> Der Gesetzgeber ging in einer pauschalierten Betrachtungsweise davon aus, dass bei der Gründung von MVZ durch Krankenhäuser eine geringere Gefahr für den Einfluss von Investoren bestehe, weil die Krankenhäuser – insoweit anders als versorgungsfremde Investoren – in die Versorgung eingebunden seien. Früh wurden gegen diese Regelung verfassungsrechtliche Bedenken geäußert, weil mit ihr eine Ungleichbehandlung der Krankenhäuser gegenüber den ausgeschlossenen Leistungserbringern verbunden sei.<sup>218</sup> Hierbei wurde kritisiert, der Gesetzgeber habe die Gefahr für eine Kommerzialisierung der Versorgung durch MVZ bei Gründungen durch Krankenhäuser

---

<sup>217</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesregierung vom 5. September 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 70; Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 64 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>218</sup> Scholz/Buchner, Beschränkungen der Berechtigung zur Gründung medizinischer Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1a SGB V i.d.F. des GKV-VStG zum Schutz der ärztlichen Unabhängigkeit? – Verfassungsrechtliche und europarechtliche Bewertung, NZS 2012, 401 (407 f.). Die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für problematisch erachtet auch Axer, Kooperationen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus verfassungsrechtlicher Sicht, GesR 2012, 714 (721). Kritisch ferner Kämmerer/Kleiner, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, MedR 2020, 531 (535, 536). Zu verfassungsrechtlichen Implikationen der Gründungsbeschränkungen siehe auch Wodarz, Beteiligung von MVZ an MVZ, NZS 2014, 531 (533 f.).

falsch eingeschätzt.<sup>219</sup> Indes hält das Bundessozialgericht die Differenzierung der Begrenzung des Kreises gründungsberechtigter Leistungserbringer vom weiten gesetzgeberischen Gestaltungsspielraum für gedeckt.<sup>220</sup> Die Einbeziehung von MVZ in die vertragsärztliche Versorgung ist maßgeblich mit der besseren Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor sowie der Möglichkeit der ambulanten Behandlung von Patienten durch Ärzte im Krankenhaus begründet worden.<sup>221</sup> Die institutionelle Durchbrechung der Sektorengrenzen durch die Einführung der MVZ<sup>222</sup> sollte durch die Beschränkung der gründungsberechtigten Leistungserbringer nicht beseitigt werden.<sup>223</sup> Für eine Differenzierung von Krankenhäusern und anderen nichtärztlichen Leistungserbringern bestünden deshalb hinreichende Gründe.<sup>224</sup> „Da Krankenhäuser von staatlichen, kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Trägern betrieben werden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass Kapitalinvestoren über den Erwerb eines Krankenhauses ein MVZ gründen und so auch an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sein können. Das ist indessen eine unvermeidliche Folge der Trägervielfalt im Krankenhausbereich und stellt die Berechtigung des Gesetzgebers zu einer Differenzierung zwischen Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern hinsichtlich der Gründereigenschaft nicht in Frage.“<sup>225</sup> Zwar zeigen die Entstehungsgeschichte des § 95 Abs. 1a SGB V und die daran geäußerte Kritik, dass die Gefahrenprognose des Gesetzgebers verfassungsrechtlich umstritten war. Belegt wird aber zugleich, dass zugelassene Krankenhäuser nach der Konzeption des Gesetzgebers zur Gründung von MVZ berechtigt sein sollen.

---

<sup>219</sup> *Scholz/Buchner*, Beschränkungen der Berechtigung zur Gründung medizinischer Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1a SGB V i.d.F. des GKV-VStG zum Schutz der ärztlichen Unabhängigkeit? – Verfassungsrechtliche und europarechtliche Bewertung, NZS 2012, 401 (404). Kritisch *Axer*, Kooperationen nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus verfassungsrechtlicher Sicht, GesR 2012, 714 (721).

<sup>220</sup> BSGE 126, 40 (46 f.). Siehe auch bereits *Sodan*, Schriftliche Stellungnahme vom 18. Oktober 2011 zu dem von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 11 f. [Ausschussdr. 17(14)0188(70)].

<sup>221</sup> BSGE 126, 40 (47 Rn. 34-35).

<sup>222</sup> Vgl. *Wigge/Schütz*, Das Medizinische Versorgungszentrum in Krankenhausträgerschaft, in: *Huster/Kaltenborn* (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 10 Rn. 5.

<sup>223</sup> *Chandna-Hoppe*, Anmerkung zu BSGE 126, 40 ff., NZS 2019, 105 f.

<sup>224</sup> BSGE 126, 40 (47 Rn. 34-35).

<sup>225</sup> BSGE 126, 40 (47 Rn. 34-35).

#### **d) Telos**

Indem § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V nur bestimmten Leistungserbringern die Gründung eines MVZ erlaubt, bezweckt die Regelung einen Ausschluss der nicht genannten Leistungserbringer oder anderer Dritter. Dahinter steht die Erwägung, dass die durch die Rechtsänderung ausgeschlossenen Leistungserbringer eine Gefahr der Kommerzialisierung der Versorgung durch MVZ hervorrufen. Auf diejenigen Leistungserbringer, die zur Gründung von MVZ weiterhin berechtigt sind, können diese Erwägungen aber nicht ohne Weiteres übertragen werden. Der Gesetzgeber ging offenbar davon aus, dass die Gefahr für sie geringer ist oder die Vorteile einer sektorenübergreifenden Versorgung überwiegen.<sup>226</sup> Zweck der Anforderung, dass es sich um zugelassene Krankenhäuser handeln muss, ist mithin, dass Krankenhäusern im Sinne des § 108 SGB V die Gründung von MVZ möglich ist, um die Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg auszubauen.

#### **e) Ergebnis der Auslegung**

Damit sprechen der Wortlaut, die Systematik der Regelung und ihre Entstehungsgeschichte dafür, dass die Träger zugelassener Krankenhäuser ohne weitere Einschränkung zur Gründung von MVZ befugt sind. Dass die Beteiligung von Investoren an der Krankenhausträgersgesellschaft von Bedeutung für die Gründung eines MVZ wäre, lässt sich dem Normtext durch Auslegung nicht hinreichend entnehmen.

### **2. Teleologische Reduktion**

Methodisch könnte eine teleologische Reduktion der in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V genannten Anforderung, dass es sich um ein „zugelassenes Krankenhaus“ handeln muss, bzw. des in § 95 Abs. 1b S. 1 SGB V aufgeführten Merkmals „Krankenhaus“ erfolgen. Die teleologische Reduktion führt zur Nichtanwendung einer Norm auf einen Fall, der ihrem Wortlaut zwar unterfällt, nach dem Sinn und Zweck der Regelung jedoch nicht unterfallen soll.<sup>227</sup> Weil mit ihr der verlautbarte Wille des Gesetzgebers teilweise unberücksichtigt bleibt, ist

---

<sup>226</sup> Vgl. BSGE 126, 40 (47 Rn. 33).

<sup>227</sup> Vgl. *Larenz/Canaris*, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 3. Aufl. 1995, S. 210 ff.

Zurückhaltung geboten.<sup>228</sup> Sie ist jedoch Teil der anerkannten Auslegungsgrundsätze.<sup>229</sup> Aus Gründen der Gleichbehandlung gleich gelagerter Sachverhalte gebietet es der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG, ungleiche Sachverhalte aus einer Regelung, die sie gleichbehandelt, herauszunehmen.<sup>230</sup> Vorrang vor der teleologischen Reduktion hat die Auslegung der Norm.<sup>231</sup> Vorzunehmen ist eine teleologische Reduktion, wenn „die auszulegende Vorschrift auf einen Teil der vom Wortlaut erfassten Fälle nicht angewandt werden soll, weil Sinn und Zweck der Norm, ihre Entstehungsgeschichte und der Gesamtzusammenhang der einschlägigen Regelungen gegen eine uneingeschränkte Anwendung sprechen“.<sup>232</sup>

Der Wortlaut des § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V umfasst allerdings eindeutig alle zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V. Darüber hinaus sprechen die Entstehungsgeschichte und Regelungssystematik der Norm dafür, dass Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Zulassung an der Versorgung teilnehmen, zur Gründung von MVZ berechtigt sein sollen. Eine teleologische Reduktion des Wortlauts scheitert schon daran, dass Entstehungsgeschichte und Regelungszusammenhang einen anderslautenden Sinn und Zweck belegen.

Darüber hinaus tritt ein anderer Zweck der Regelung nicht mit hinreichender Deutlichkeit aus der Entstehungsgeschichte hervor. Zwar lag den Gesetzesänderungen sowohl durch das GKV-VStG als auch durch das TSVG das übergeordnete gesetzgeberische Ziel zugrunde, Investoren von der Betätigung in der ambulanten Versorgung auszuschließen, die „keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben, sondern allein Kapitalinteressen verfolgen“<sup>233</sup>.

---

<sup>228</sup> *Danwerth*, Analogie und teleologische Reduktion – zum Verhältnis zweier scheinbar ungleicher Schwestern, ZfPW 2017, 230 (242).

<sup>229</sup> Vgl. BVerfGE 88, 145 (167); BVerfG (Kammerbeschl.), NJW 2005, 352 (353); Beschluss vom 19. August 2011 – 1 BvR 2473/10, 1 BvR 2474/10, juris Rn. 21; Beschluss vom 23. Mai 2016 – 1 BvR 2230/15, 1 BvR 2231/15, juris Rn. 50.

<sup>230</sup> Siehe hierzu *Danwerth*, Analogie und teleologische Reduktion – zum Verhältnis zweier scheinbar ungleicher Schwestern, ZfPW 2017, 230 (234) m. w. N.

<sup>231</sup> Für eine vorrangige Auslegung auch nach dem Telos der Norm im Fall einer teleologischen Reduktion *Danwerth*, Analogie und teleologische Reduktion – zum Verhältnis zweier scheinbar ungleicher Schwestern, ZfPW 2017, 230 (241). Soweit ersichtlich zieht das Bundesverfassungsgericht in diesen Fällen vor allem den eindeutigen Wortlaut heran und stellt diesem das eindeutige Telos der Regelung entgegen, vgl. BVerfG (Kammerbeschl.), Beschluss vom 23. Mai 2016 – 1 BvR 2230/15, 1 BvR 2231/15, juris Rn. 50 ff.

<sup>232</sup> BVerfG (Kammerbeschl.), Beschluss vom 19. August 2011 – 1 BvR 2473/10, 1 BvR 2474/10, juris Rn. 21. Vgl. auch BVerfG (Kammerbeschl.), NJW 1997, 2230 (2231).

<sup>233</sup> So der von der Bundesregierung beschlossene Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 5. September 2011, BT-

Dieses übergeordnete Ziel ist jedoch nicht mit dem Zweck der konkreten Regelungen gleichzusetzen. Das gesetzgeberische Ziel sollte einerseits mit einer Einschränkung der Gründungsbefugnis auf die konkret genannten, gründungsberechtigten Leistungserbringer und andererseits durch die Beschränkung des Wettbewerbs in einzelnen Planungsbereichen erreicht werden. Die Entscheidung, zugelassenen Krankenhäusern aufgrund ihres bestehenden fachlichen Bezugs zur medizinischen Versorgung weiterhin die Gründung von MVZ zu erlauben, erfolgte bewusst. Dass dieser Bezug im Verhältnis zur Tätigkeit des MVZ nur sehr schwach ausgeprägt sein kann, zeigt sich deutlich an zahnärztlichen MVZ, die von Krankenhäusern gegründet werden, ohne selbst an der zahnmedizinischen Versorgung teilzunehmen. Damit hat der Gesetzgeber jedoch die Möglichkeit einer Einflussnahme durch die zugelassenen Krankenhäuser als institutionalisierte MVZ-Gründer geschaffen.<sup>234</sup> Insbesondere die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V zeigt, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass Krankenhäuser, deren Trägergesellschaften von Finanzinvestoren gehalten werden, zur Gründung von zahnärztlichen MVZ berechtigt sind. Bei beiden Änderungen hat er gerade nicht die Beteiligung von Investoren oder die tatsächliche Kontrolle über die MVZ zum maßgeblichen Kriterium gemacht.<sup>235</sup> Eine teleologische Reduktion der in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V genannten Anforderung, dass es sich um zugelassene Krankenhäuser handeln muss, scheidet deshalb auch an einem hinreichend eindeutigen Zweck der Regelung.

### 3. Materielle Gründungsbefugnis

Das Gesetz bringt jedoch deutlich zum Ausdruck, dass die Handlungen im Zusammenhang mit der Gründung oder dem Betrieb von MVZ durch die zugelassenen Leistungserbringer selbst vorgenommen werden sollen. Würde man hierzu nur an die formelle Gründung eines MVZ durch einen zugelassenen Leistungserbringer anknüpfen, könnten die Maßnahmen von Dritten vorgeschoben werden. Deshalb empfiehlt sich eine materielle Bestimmung, von wem ein MVZ gegründet oder betrieben wird.

---

Drs. 17/6906, S. 70. Vgl. auch Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187 f.

<sup>234</sup> Vgl. etwa *Dann/Schomm*, MVZ-Gründer und Abrechnungsbetrug, GuP 2019, 140 (144).

<sup>235</sup> Allerdings spricht gegen eine solche Regelung die Umgehungsgefahr, die darin besteht, dass ein Krankenhausträger ohne entsprechende Investorenbeteiligung unmittelbar im Vorfeld des Erwerbs zulässigerweise ein (zahnärztliches) MVZ gründet, vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 189.

Diese Auslegung legt eine Entscheidung des Landgerichts Hamburg vom 11. März 2019 nahe.<sup>236</sup> Das Gericht knüpfte die Strafbarkeit wegen Abrechnungsbetrugs gemäß § 263 Abs. 1 StGB an einen Verstoß gegen die Regelung in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V.<sup>237</sup> Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zu Grunde: Ein Apotheker wollte sich an einem MVZ beteiligen. Mangels Gründungsbefugnis setzte er treuhänderisch einen Arzt ein, der als Gesellschafter der MVZ-Träger-GmbH die Gesellschafterrechte gegen eine Vergütung nach Weisung des Apothekers ausüben sollte.<sup>238</sup> Eine solche treuhänderische Umgehung wollte der Gesetzgeber nach Ansicht des Landgerichts Hamburg vermeiden, weil anders die erstrebte Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen von reinen Kapitalinteressen nicht gewährleistet werden könne.<sup>239</sup> Dabei legte das Gericht das Merkmal des Gründers weit aus und zog zu seiner Bestimmung nicht die Befugnis des formalen Gesellschafters, sondern desjenigen heran, der die Entscheidungen im Hintergrund trifft. Das Landgericht ließ in seiner Entscheidung ausdrücklich offen, „ob – wofür einiges spricht – gegebenenfalls auch schon *jede* Konstruktion, die den Einfluss einer nicht gründungsfähigen Person herbeiführt, eine Umgehung der Vorgaben des § 95 Abs. 1a SGB V darstellt“<sup>240</sup>. Die Beteiligung von Investoren an Krankenhäusern wird man angesichts des insoweit eindeutigen gesetzgeberischen Willens aber nicht als Konstruktion in diesem Sinne qualifizieren können.<sup>241</sup>

Unzulässig ist damit jedoch die Gründung oder der Betrieb eines MVZ, die nach einem materiellen Maßstab nicht von einem zugelassenen Krankenhaus, sondern von einer nicht gründungsbefugten Person erfolgt. Ließe sich ein Krankenhaus vergleichbar einem *Strohmann* zur Gründung oder zum Betrieb eines MVZ „missbrauchen“, kann eine unzulässige Umgehung des Gesetzes angenommen werden.<sup>242</sup> Ein solches Strohmannverhältnis kann sich etwa daraus ergeben, dass ein Investor als stiller Gesellschafter auftritt (§§ 230 ff. HGB [ggf.

---

<sup>236</sup> LG Hamburg, Urteil vom 11. März 2019 – 618 KLS 2/17, juris.

<sup>237</sup> Siehe dazu *Dann/Schomm*, MVZ-Gründer und Abrechnungsbetrag, GuP 2019, 140.

<sup>238</sup> LG Hamburg, Urteil vom 11. März 2019 – 618 KLS 2/17, juris Rn. 4 f.

<sup>239</sup> LG Hamburg, Urteil vom 11. März 2019 – 618 KLS 2/17, juris Rn. 195. Das Gericht setzte sich dabei jedoch nicht mit sozialrechtlicher Literatur auseinander, sondern stellte allein auf die Gesetzesbegründung ab, vgl. Rn. 194.

<sup>240</sup> LG Hamburg, Urteil vom 11. März 2019 – 618 KLS 2/17, juris Rn. 195 – Hervorhebung im Original.

<sup>241</sup> *Dann/Schomm*, MVZ-Gründer und Abrechnungsbetrag, GuP 2019, 140 (144).

<sup>242</sup> So auch *Kremer/Wittmann*, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, 3. Aufl. 2018, Rn. 869.

analog]<sup>243</sup>), sich seine Beteiligung an dem Krankenhaus als bloßes Scheingeschäft erweist<sup>244</sup> oder ein kollusives Zusammenwirken zwischen Krankenhaus-trägergesellschaft und Investor vorliegt.

Ob sich allein aus dem Umstand, dass eine *Ergebnisabführung* zugunsten eines Dritten erfolgt, ableiten lässt, dass nicht das zugelassene Krankenhaus das Versorgungszentrum betreibt, kann ohne nähere Kenntnis der Gründe für die Ergebnisabführung im Einzelfall nicht beurteilt werden. Ansonsten hinge die Zulässigkeit der Gründung und des Betriebs eines MVZ davon ab, ob die Ergebnisse über den „Umweg“ des Krankenhauses an einen Dritten ausgekehrt würden. Insofern lässt sich aus dem Zweck der Regelung die Einschränkung ableiten, dass das zugelassene Krankenhaus im Einzelfall das MVZ nicht bloß auf dem Papier fremdgesteuert gründet. Dies führt allerdings dazu, dass der verdeckte Betrieb von MVZ durch Investoren nicht zulässig ist, während der Erwerb von Krankenhaus-trägergesellschaften sowie die Beteiligung an ihnen und die anschließende Gründung zahnärztlicher MVZ zulässig sind.

#### 4. Zwischenergebnis

Das in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V genannte Merkmal des zugelassenen Krankenhauses stellt in formaler Betrachtung auf die Zulassung im Sinne des § 108 SGB V ab. Ob an dem zugelassenen Krankenhaus ein Investor beteiligt ist, hat für die Anforderung, dass das Krankenhaus zugelassen sein muss, keine Auswirkungen. Hält ein Investor Anteile an einer Krankenhaus-trägergesellschaft, ist er über diese Gesellschaft mittelbar zur Gründung von zahnärztlichen MVZ berechtigt. Auf die Beteiligung von Investoren an Krankenhaus-trägergesellschaften kommt es nach Wortlaut, Systematik, Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck der Regelungen in § 95 Abs. 1a und 1b SGB V nicht an. Eine teleologische Reduktion auf solche Krankenhäuser, an denen keine Investoren beteiligt sind, ist nicht möglich. Der Gesetzgeber hat das Risiko des Kapitaleinflusses auf durch Krankenhäuser gegründete MVZ bewusst zugunsten einer sektorenübergreifenden Versorgung in Kauf genommen. Durch diese „offene Flanke“ ist es Investoren de lege lata möglich, auf den ambulanten Dentalmarkt vorzudringen. Unzulässig ist hingegen die materielle Gründung von MVZ durch Personen, die zur Gründung nicht berechtigt sind. Dies ist der Fall, wenn die Befugnis zur

---

<sup>243</sup> Roth, in: Baumbach/Hopt, HGB, 39. Aufl. 2020, § 230 Rn. 1.

<sup>244</sup> So etwa Klöck, Das Medizinische Versorgungszentrum im GKV-Versorgungsstrukturgesetz, NZS 2013, 368 (379).

Gründung eines zugelassenen Krankenhauses treuhänderisch zur Gründung durch eine andere Person missbraucht wird.

### III. Anknüpfungspunkt der Höchstversorgungsgrenze

Die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V knüpft die Zulässigkeit der Gründung zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser an bestimmte Versorgungsanteile in den jeweiligen Planungsbereichen. Für die begrenzende Wirkung dieser Vorschrift kann die Frage bedeutend sein, welche Einheit den Bezugspunkt für die Grenze bildet: das Krankenhaus oder die Krankenhausträgersgesellschaft. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass Krankenhäuser gemäß den §§ 107 und 108 SGB V Einrichtungen zur Versorgung von Versicherten sind, die als solche nicht rechtsfähig sind.<sup>245</sup> Insofern handelt der Krankenhausträger bzw. die Krankenhausträgersgesellschaft für das Krankenhaus. Denkbar sind Krankenhausträgersgesellschaften, die mehrere Krankenhäuser betreiben. Würde an das einzelne Krankenhaus angeknüpft, könnte eine Krankenhausträgersgesellschaft durch den Erwerb weiterer Krankenhäuser „seinen“ Höchstversorgungsanteil in einem Planungsbereich vervielfachen. Die Vorschrift ließe sich in diesem Fall durch den Zukauf weiterer Krankenhäuser leicht umgehen.

#### 1. Wortlaut

Die Regelung knüpft ihrem Wortlaut nach an die Krankenhäuser selbst an. In § 95 Abs. 1b S. 1 SGB V heißt es: „Ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum kann *von einem Krankenhaus* nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der *vom Krankenhaus* damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren [...] in dem Planungsbereich [...] 10 Prozent nicht überschreitet.“<sup>246</sup> Auch in Satz 3 Nr. 1 und 2 knüpft die Regelung an das Krankenhaus selbst bzw. an die von ihm (insgesamt) gegründeten MVZ an. Damit zieht die Norm die vom Krankenhaus selbst und nicht die von seinem Träger gegründeten MVZ als Referenz für den Versorgungsanteil heran.

#### 2. Systematik

Auch systematisch spricht einiges dafür, dass in § 95 Abs. 1b SGB V das zugelassene Krankenhaus gemeint ist. Dieses stellt gemäß § 108 in Verbindung mit § 107 SGB V selbst die Einrichtung dar, in der die Behandlung der Patienten

---

<sup>245</sup> So Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 64, 82 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>246</sup> Die Hervorhebungen befinden sich nicht im Gesetzestext.

erfolgt. Diese Einrichtungen sind der Bezugspunkt der Höchstversorgungsgrenze.<sup>247</sup> § 95 Abs. 1a und 1b SGB V differenzieren nicht zwischen den einzelnen Krankenhäusern und ihren jeweiligen Trägern oder Trägergesellschaften.

### 3. Genese und Historie

Aus der Normgenese ergeben sich für diese Frage nur bedingt Rückschlüsse: Der Bundestagsausschuss für Gesundheit spricht in der Begründung des § 95 Abs. 1b SGB V durchgängig von Krankenhäusern, die MVZ gründen oder tragen.<sup>248</sup> Die Begründung knüpft insofern wie der Normtext an Krankenhäuser selbst an. In der zweiten Beratung des Gesetzentwurfs im Plenum des Deutschen Bundestages wurden die zahnärztlichen MVZ zwar mehrfach erwähnt, wobei die Redner auf Details jedoch nicht eingingen; für die Frage der Höchstversorgungsgrenze lassen die Aussagen keinen Schluss zu.<sup>249</sup>

### 4. Telos

Der Sinn und Zweck der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V liegt darin, eine wettbewerbsfeindliche „Anbieterdominanz durch medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Trägerschaft weniger Krankenhäuser“<sup>250</sup> zu verhindern. Zwar kann man den Schutz der Vielfalt der vertragszahnärztlichen Leistungserbringer über die Höchstversorgungsgrenzen methodisch kritisieren;<sup>251</sup> eine wirksame Begrenzung setzt allerdings voraus, dass sie sich nicht ohne Weiteres umgehen lässt. Dies spräche dafür, den Krankenhausträger als Bezugspunkt der Höchstversorgungsgrenze anzunehmen.<sup>252</sup> Allerdings könnten durch entsprechende gesellschaftsrechtliche Gestaltungen mehrere Krankenhausträgergesellschaften je ein Krankenhaus tragen, so dass die Anknüpfung an die einzelne Trägergesellschaft wiederum keinen Mehrwert mit sich brächte. Spätestens auf der Ebene

---

<sup>247</sup> Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 82 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>248</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187 ff.

<sup>249</sup> Siehe das Plenarprotokoll der Sitzung vom 14. März 2019, BT-PIPr 19/86, S. 10053 (D), S. 10059 (D), S. 10061 (D).

<sup>250</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187.

<sup>251</sup> Ladurner, Das Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG aus vertragsarztrechtlicher Perspektive (Teil 2), MedR 2019, 519 (524).

<sup>252</sup> So allerdings ohne weitere Begründung Pawlita, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 95 SGB V Rn. 79.1 (Aktualisierung vom 13. Juni 2019).

oberhalb der Krankenhausträgergesellschaften bestehen nach derzeitiger Sachlage für die Zulassungsausschüsse und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen weitgehend undurchsichtige Strukturen. Ein Abstellen auf den Träger wäre in Fällen komplexer gesellschaftsrechtlicher Strukturen ohne zumutbaren Aufwand kaum möglich.<sup>253</sup>

## 5. Ergebnis der Auslegung

Der insoweit eindeutige Wortlaut sowie die systematischen Erwägungen sprechen dafür, dass Anknüpfungspunkt für die Höchstversorgungsgrenze in § 95 Abs. 1b SGB V das einzelne Krankenhaus ist.<sup>254</sup> Damit beschränkt die Regelung die Gründung von zahnärztlichen MVZ durch große Träger mit einer Vielzahl von Krankenhäusern kaum; finanzstarken Investoren ist es daher möglich, der Begrenzungswirkung entgegenzuwirken, indem sie die Zahl der von ihnen getragenen Krankenhäuser erhöhen.<sup>255</sup>

## IV. Zwischenergebnisse

Die Regelungen auf der Ebene der Gründungsbefugnis berücksichtigen die Gefahren, die durch die Tätigkeit von Finanzinvestoren entstehen, nur teilweise. § 95 Abs. 1a und 1b SGB V stellen für die Berechtigung zur Gründung von MVZ auf die Zulassung von Krankenhäusern ab, ohne die gesellschaftsrechtliche Struktur der Krankenhausträgergesellschaft in den Blick zu nehmen. Aus der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V ergibt sich, dass der Gesetzgeber von der Gründungsbefugnis für Krankenhäuser ausgeht, die von Investoren getragen werden. Jedenfalls im Falle einer Mehrheitsbeteiligung lässt die geltende Rechtslage durch den Erwerb eines Krankenhauses die Gründung von zahnärztlichen MVZ zu. Unzulässig ist hingegen die materielle Gründung von MVZ durch Personen, die zur Gründung nicht berechtigt sind. Dies ist der Fall, wenn

---

<sup>253</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 189; *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 82 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>254</sup> *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 82 (Stand der Kommentierung: August 2019). A. A. allerdings ohne Begründung *Pawlita*, in: Schlegel/Voelzke (Hrsg.), *jurisPK-SGB V*, 3. Aufl. 2016, § 95 SGB V Rn. 79.1 (Aktualisierung vom 13. Juni 2019).

<sup>255</sup> *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 82 (Stand der Kommentierung: August 2019).

die Befugnis zur Gründung eines zugelassenen Krankenhauses treuhänderisch zur Gründung durch eine andere Person missbraucht wird.

§ 95 Abs. 1b SGB V beschränkt die Gründung von zahnärztlichen MVZ nur insoweit, als hierdurch die Gefahr einer Anbieterdominanz in den jeweiligen Planungsbereichen berücksichtigt wird. Nicht grundsätzlich stellt die Norm hingegen die Gründungsbefugnis von MVZ durch Krankenhausträgergesellschaften in Frage. Darüber hinaus bezieht sich die Vorschrift zur Bestimmung der Höchstversorgungsgrenzen auf das einzelne Krankenhaus. Hierdurch wird finanzstarken Investoren der Weg eröffnet, durch den Erwerb weiterer zugelassener Krankenhäuser auch in überversorgten Planungsbereichen zahnärztliche MVZ zu gründen und zu betreiben.

## **B. Ebene der Zulassung von MVZ**

Die Zulassung eines zahnärztlichen MVZ bemisst sich gemäß § 72 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB V in Verbindung mit § 95 Abs. 1a und § 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V sowie § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV nach den entsprechenden Vorgaben der Zahnärzte-ZV sowohl für das MVZ als auch die darin angestellten Zahnärzte. Auf der Ebene der Zulassung von MVZ lässt sich deshalb im Wesentlichen ein Gleichlauf mit der Zulassung von Vertragszahnärzten ausmachen. Für diese wird in einem zweistufigen Verfahren sowohl die *fachliche* als auch die *persönliche* Eignung beurteilt. Zweistufig ist das Verfahren insofern, als das Verfahren der Eintragung in das Zahnarztregister bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen von dem Verfahren der Zulassung durch die Zulassungsausschüsse getrennt ist (vgl. § 95 Abs. 2 S. 1 SGB V). Durch diese Aufteilung wird die Zulassungsentscheidung der Zulassungsausschüsse von Vorfragen der fachlichen Qualifikation sowie ausreichender Fortbildung entlastet.<sup>256</sup> Inwieweit die Eignung von MVZ Berücksichtigung findet, bedarf näherer Untersuchung. Hierzu werden zunächst die Voraussetzungen für die Zulassung eines MVZ dargelegt (I.). Anschließend werden die Eignung eines MVZ (II.) sowie die Voraussetzung der Ausübung der Tätigkeit in freier Praxis (III.) als Einschränkungen des Zulassungsverfahrens erörtert.

---

<sup>256</sup> Joussem, in: Becker/Kingreen, SGB V. Kommentar, 7. Aufl. 2020, § 95 Rn. 3; Ladurner, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar, 2017, § 1 Ärzte-ZV Rn. 1.

## I. Zulassung von MVZ

Gemäß § 95 Abs. 1 S. 1 (in Verbindung mit § 72 Abs. 1 S. 2) SGB V nehmen zugelassene MVZ an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teil. Sie werden in die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung wie Vertrags(zahn)ärzte eingebunden; ihre Zulassung erfolgt für einen konkreten Vertrags(zahn)arztsitz (§ 95 Abs. 1 S. 5 SGB V), und die Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen erfolgt gegenüber der zuständigen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung.<sup>257</sup> Die Voraussetzungen der Zulassung eines MVZ ergeben sich aus § 95 Abs. 2 S. 5 und 6 SGB V sowie aus § 98 Abs. 2 Nr. 5 und 10 SGB V in Verbindung mit den §§ 1 bis 10, 18, 20 und 21 Zahnärzte-ZV. Voraussetzung für die Bewerbung um die Zulassung als MVZ ist, dass die darin tätigen Zahnärzte im Zahnarztregister eingetragen sind (§ 95 Abs. 2 S. 5 SGB V). Die weiteren (subjektiven) Voraussetzungen der Zulassungen ergeben sich mit Ausnahme des Erfordernisses in § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V aus der Zahnärzte-ZV.<sup>258</sup> Die als Rechtsverordnung ausgestaltete Zulassungsverordnung findet ihre Rechtsgrundlage in § 98 Abs. 1 S. 1 SGB V.<sup>259</sup> Sie muss gemäß § 98 Abs. 2 Nr. 10 Hs. 1 SGB V Vorschriften über die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der *Eignung zur Ausübung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit* enthalten. Für MVZ und die dort angestellten Zahnärzte gilt die Zulassungsverordnung entsprechend (§ 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV). Die Kriterien für die Eignung zur Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit sind in den §§ 20 und 21 Zahnärzte-ZV als Hinderungsgründe ausgestaltet. Da die zulassungsbeschränkenden Vorschriften in das durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Grundrecht der Berufsfreiheit eingreifen, haben Leistungserbringer einen Anspruch auf Zulassung, wenn keine Hinderungsgründe entgegenstehen.<sup>260</sup>

### 1. Eintragung der Zahnärzte in das Zahnarztregister

Gemäß § 95 Abs. 2 S. 5 SGB V kann sich ein MVZ, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind, um die Zulassung bewerben.

---

<sup>257</sup> Siehe zur Abrechnung *Niggehoff*, in: Sodan (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 18 Rn. 120 ff., 124 ff.

<sup>258</sup> *Joussen*, in: Becker/Kingreen, SGB V. Kommentar, 7. Aufl. 2020, § 95 Rn. 5.

<sup>259</sup> Siehe zur Normqualität der Zahnärzte-ZV *Ladurner*, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar, 2017, Vor § 1 Ärzte-ZV Rn. 2 f., Vor § 1 Zahnärzte-ZV Rn. 1.

<sup>260</sup> *Ladurner*, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar, 2017, § 21 Ärzte-ZV Rn. 4.

### **a) Voraussetzungen der Eintragung**

Mithin erfordert die Zulassung eines zahnärztlichen MVZ zunächst die Eintragung der darin tätigen Zahnärzte in das Zahnarztregister. Diese Eintragung setzt gemäß § 95a Abs. 1 Nr. 1 SGB V die Approbation als Zahnarzt und nach § 95 Abs. 2 S. 3 Nr. 2 SGB V die Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte voraus. Dadurch weisen die Zahnärzte ihre fachliche Eignung für die Versorgung der Versicherten nach.

Hinderungsgründe für die Zulassung von Vertragszahnärzten, die an eignungsbezügliche Umstände in ihrer Person anknüpfen, enthalten die §§ 20 und 21 Zahnärzte-ZV.

#### **aa) Tätigkeitsbezogene Eignung**

Gemäß § 20 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV steht ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit der Eignung für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Zahnarzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragszahnärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Gemäß § 20 Abs. 2 S. 1 Zahnärzte-ZV ist ein Zahnarzt für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht geeignet, der eine zahnärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarzsitz nicht zu vereinbaren ist.

Die Regelungen knüpfen damit an den zeitlichen Umfang sowie inhaltliche Züge anderer Tätigkeiten an, die jeweils der (ordnungsgemäßen) Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung entgegenstehen. Das Nichtvorliegen dieser Voraussetzungen ist im Zulassungsverfahren durch die Abgabe einer Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses darzulegen (§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Zahnärzte-ZV). Möglich ist eine Zulassung trotz Vorliegens dieser Hinderungsgründe unter der Bedingung, dass diese nach der Zulassung beseitigt werden (vgl. § 20 Abs. 3 Zahnärzte-ZV).

#### **bb) Personenbezogene Eignung**

§ 21 Zahnärzte-ZV knüpft an Gründe an, die in der Person des die Zulassung begehrenden Zahnarztes liegen. Demnach ist ein Zahnarzt für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ungeeignet, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht

nur vorübergehend unfähig ist, die vertragszahnärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben (Satz 1). Nach Satz 2 ist das insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war. Schutzzweck der Norm ist die Funktionsfähigkeit des Systems der vertragszahnärztlichen Versorgung.<sup>261</sup>

Die Eignung bzw. der Ausschluss der Nichteignung eines Antragstellers wird hierdurch zur Voraussetzung der Zulassung.<sup>262</sup> „Dabei meint ‚Eignung‘ die Fähigkeit und Bereitschaft des (Zahn-)Arztes, an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken [...]“. <sup>263</sup> Eine Ungeeignetheit aus sonstigen in der Person des Antragstellers liegenden schwerwiegenden Gründen ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts „in jedem Fall dann gegeben, wenn diese Gründe eine Entziehung der Zulassung rechtfertigen würden; insoweit kann daher die zur Entziehung der Vertragsarztzulassung ergangene Rechtsprechung herangezogen werden [...]. Danach liegt Ungeeignetheit in der Regel dann vor, wenn der (Zahn-)Arzt die vertragsärztlichen Pflichten verletzt und diese Pflichtverletzung gröblich ist, also so schwer wiegt, dass ihretwegen die Entziehung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist [...]“. <sup>264</sup> Sonstige schwerwiegende Gründe sind dabei weit gefasst und beziehen alle denkbaren Gründe ein, „solange sie so geartet sind, dass sie eine reibungslose vertragszahnärztliche Versorgung gefährden können“ wie beispielsweise charakterliche Mängel.<sup>265</sup> „Da die Versagung der Zulassung einer Beschränkung der Berufswahlfreiheit aus Art. 12 GG gleichkommt [...], sind solche Eingriffe nur unter strengen Voraussetzungen zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit statthaft (BVerfGE 44, 105, 117 f.; 48, 292, 296 f.). Deshalb ist die Versagung der Zulassung als Vertragsarzt nach § 21 Zahnärzte-ZV nur zulässig, wenn die in der Person des Zahnarztes liegenden Mängel so beschaffen sind, dass sie die Funktionsfähigkeit des Systems der vertragsärztlichen Versorgung gefährden können [...]. Weil beim Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen des §§ 95, 95a SGB V, § 18 Zahnärzte-ZV indes grundsätzlich davon auszugehen ist, dass der Zahnarzt

---

<sup>261</sup> Vgl. zu § 21 Ärzte-ZV *Ladurner, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 Ärzte-ZV Rn. 1.

<sup>262</sup> Vgl. BSG, Beschluss vom 9. Februar 2011 – B 6 KA 49/10 B, juris Rn. 11 zu § 21 Zahnärzte-ZV a. F.

<sup>263</sup> BSG, Beschluss vom 9. Februar 2011 – B 6 KA 49/10 B, juris Rn. 11 zu § 21 Zahnärzte-ZV a. F. unter Verweis auf BSG, Urteil vom 29. Oktober 1986 – 6 RKa 32/86.

<sup>264</sup> BSG, Beschluss vom 9. Februar 2011 – B 6 KA 49/10 B, juris Rn. 13.

<sup>265</sup> LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 8. Oktober 2003 – L 11 KA 165/02, juris Rn. 34, zu § 21 Zahnärzte-ZV a. F.

auch als Vertragszahnarzt geeignet ist, handelt es sich bei § 21 Zahnärzte-ZV um eine Ausnahmenvorschrift mit der Folge, dass die Beweislast im Sinn einer objektiven Feststellungslast grundsätzlich dem nach § 96, § 97 SGB V, § 19 Zahnärzte-ZV zuständigen Zulassungsgremium obliegt, das die Versagungsgründe geltend macht [...].<sup>266</sup> Da sich die Rechtsprechung auf die alte Fassung von § 21 Zahnärzte-ZV bezieht, tritt als weitere Voraussetzung hinzu, dass die Nichteignung nicht nur vorübergehend bestehen muss. Dies spricht dafür, dass die Annahme von Gründen, die zur Nichteignung führen, einen bestimmten Grad an struktureller Dauerhaftigkeit erfordert.<sup>267</sup>

Das Nichtvorliegen solcher Gründe wird im Rahmen des Zulassungsverfahrens dadurch gewährleistet, dass der Zahnarzt seinem Antrag ein polizeiliches Führungszeugnis beifügt (§ 18 Abs. 2 Nr. 2 Zahnärzte-ZV) sowie erklärt, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen (§ 18 Abs. 2 Nr. 5 Zahnärzte-ZV).<sup>268</sup> Darüber hinaus sind dem Antrag Bescheinigungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen beizufügen, in deren Bereich der Zahnarzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 Zahnärzte-ZV).

### **b) Zahnarztregister und MVZ**

Dass das Gesetz für die erste Stufe der Zulassung – entsprechend zur Zulassung von Vertragszahnärzten – maßgeblich auf die Eintragung der als Zahnärzte in dem MVZ tätigen Personen in das Zahnarztregister abstellt, hängt mit der gesetzgeberischen Vorstellung eines MVZ als einer besonderen Organisations- und Kooperationsform der vertragszahnärztlichen Versorgung zusammen. Wenn das MVZ gegenüber sonstigen Leistungserbringern Besonderheiten lediglich hinsichtlich der Modalitäten der Kooperation von Leistungserbringern

---

<sup>266</sup> SG Düsseldorf, Urteil vom 4. September 2002 – S 2 KA 10/02, juris Rn. 50. Siehe zur Beweislastverteilung BSGE 53, 291 (292 f.). Siehe auch *Bäume*, in: ders./Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, 2008, § 21 Rn. 3; *Ladurner*, *Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 *Ärzte-ZV* Rn. 5.

<sup>267</sup> *Ladurner*, *Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 *Ärzte-ZV* Rn. 6; *Rademacker*, in: *Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs* (Hrsg.), *Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht*, § 95 SGB V Rn. 148 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>268</sup> *Ladurner*, *Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 *Ärzte-ZV* Rn. 14.

aufweist, leuchtet die Anknüpfung an die Eintragung der Zahnärzte in das Zahnarztregister und die damit verknüpfte Kontrolle der fachlichen Eignung zur zahnmedizinischen Behandlung ein.

Ein Register, in welches sich MVZ eintragen lassen könnten und das dem Zahnarztregister entspricht, ist weder in § 95 SGB V noch in der Zahnärzte-ZV vorgesehen. Teilweise wird eine deklaratorische Eintragung der MVZ in das Zahnarztregister *nach* der Zulassung für möglich gehalten.<sup>269</sup> Eine Eintragung der MVZ in das Zahnarztregister *vor* ihrer Zulassung kommt hingegen nicht in Betracht,<sup>270</sup> weil sie als Organisations- und Kooperationsform jeweils erst durch den Statusakt der Zulassung rechtlich existent werden. Das Gesetz ist hier zwar ungenau, weil es in § 95 Abs. 2 S. 5 SGB V davon spricht, dass sich ein MVZ um die Zulassung bewerben könne, und damit suggeriert, dass es vor der Zulassung bereits existiere. Legt man jedoch die für das Sozialverwaltungsverfahren durch das Bundessozialgericht begründete These des MVZ als besondere Organisations- und Kooperationsform zu Grunde,<sup>271</sup> entsteht ein MVZ erst durch seine Zulassung.<sup>272</sup> Für den Fall eines MVZ, dessen Rechtsträger aus einer GmbH besteht, existiert nach der Gründung mit dieser GmbH zwar ein rechtsfähiges Subjekt, dessen Gesellschaftszweck auf den Erhalt der vertragszahnärztlichen Zulassung sowie der anschließenden vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gerichtet ist. Abgesehen von diesem Gesellschaftszweck weist die GmbH – anders als die in das Zahnarztregister eingetragenen Zahnärzte – (noch) keinen näheren Bezug zur vertragszahnärztlichen Versorgung auf, der eine Eintragung in das Zahnarztregister nahelegte. Eine deklaratorische Eintragung nach der Zulassung des hierdurch rechtlich entstandenen MVZ vermag zur Abwehr der Gefahren, die von Investoren für die Versorgung ausgehen, keinen wesentlichen Beitrag zu leisten.

---

<sup>269</sup> *Ladurner*, *Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 1 *Ärzte-ZV* Rn. 13; *Filler*, in: Schallen, *Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten*, 9. Aufl. 2017, § 1 Rn. 4 für MVZ im Arztregister, jedoch nicht im Zahnarztregister.

<sup>270</sup> So auch *Ladurner*, *Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 1 *Ärzte-ZV* Rn. 13; *Meschke*, in: Bäune/Meschke/Rothfuß, *Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte*, 2008, § 1 Rn. 13.

<sup>271</sup> *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), *Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht*, § 95 SGB V Rn. 93 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>272</sup> So auch *Preißler*, *Rechtsformprobleme beim Betrieb Medizinischer Versorgungszentren*, in: Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), *Festschrift für Franz-Josef Dahm*, 2017, S. 335 (338).

## 2. Bewerbung um die Zulassung des MVZ

Sind die Zahnärzte, die in dem MVZ arbeiten sollen, in das Zahnarztregister eingetragen, kann sich der Rechtsträger um die Zulassung als MVZ bewerben. Nachfolgend werden die Voraussetzungen für die Zulassung eines durch ein zugelassenes Krankenhaus in der Rechtsform einer GmbH gegründeten zahnärztlichen MVZ dargelegt.

### a) Sicherheitsleistung

Die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH setzt voraus, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB für Forderungen von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des MVZ fällig werden (§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB V). Dieses Erfordernis knüpft nicht an eine aufgrund der Rechtsform der GmbH abstrakt bestehende Gefahr oder gar eine Einschätzung der Eignung der GmbH für die vertragszahnärztliche Versorgung an, sondern soll eine Gleichstellung der GmbH-Gesellschafter mit den persönlich haftenden Vertragszahnärzten in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften bewirken.<sup>273</sup> Bezweckt wird der Schutz der „Gemeinschaft der anderen in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung durch Pflichtmitgliedschaft organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringer“ sowie der „Solidargemeinschaft der Versicherten“.<sup>274</sup>

### b) Zahnärztlicher Leiter

MVZ sind qua Definition (zahn)ärztlich geleitete Einrichtungen. Deshalb ist für die Zulassung eines zahnärztlichen MVZ die Benennung eines zahnärztlichen Leiters erforderlich. Dieser muss gemäß § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V in dem MVZ selbst als angestellter Zahnarzt oder als Vertragszahnarzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein. Dem zahnärztlichen Leiter obliegt nach

---

<sup>273</sup> Vgl. die Begründung des von der Bundesregierung beschlossenen Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze vom 30. August 2006, BT-Drs. 16/2474, S. 21; Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 88 f. (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>274</sup> Begründung des von der Bundesregierung beschlossenen Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze vom 30. August 2006, BT-Drs. 16/2474, S. 21.

der Konzeption der gesetzlichen Regelung die Gesamtverantwortung für die zahnmedizinische Leitung.<sup>275</sup>

### **c) Gründungsvoraussetzungen**

Darüber hinaus müssen gegenüber den Zulassungsausschüssen die Gründungsvoraussetzungen sowohl hinsichtlich der gewählten Rechtsform der GmbH als auch der Gründungsbefugnis des Krankenhauses nachgewiesen werden.

#### **aa) Rechtsform der GmbH**

Gegenüber den Zulassungsausschüssen ist die Vorlage des Gesellschaftsvertrags erforderlich.<sup>276</sup> Hieraus lässt sich die Gesellschafterstruktur des MVZ-Trägers ablesen. Darüber hinaus empfiehlt es sich, einen Auszug aus dem Handelsregister vorzulegen, aus dessen Registerpublizität sich die Vermutung ableitet, dass die eingetragenen Angaben vollständig und richtig sind (§ 15 HGB).

#### **bb) Gründungsbefugnis**

Die Gründungsbefugnis des Krankenhauses sowie diejenige der gegebenenfalls weiteren Gesellschafter der GmbH wird durch Vorlage des Bescheides über die Aufnahme in den Krankenhausplan oder des abgeschlossenen Versorgungsvertrags nachgewiesen. Darüber hinaus lässt sich durch einen Auszug aus dem Handelsregister belegen, dass der Träger das Krankenhaus betreibt.

### **3. Rechtsfolgen der Zulassung**

Die Zulassung eines zahnärztlichen MVZ bewirkt gemäß § 95 Abs. 3 S. 2 SGB V, dass die in dem MVZ angestellten Zahnärzte Mitglieder der für den Vertragszahnarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene MVZ insoweit zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragszahnärztliche Versorgung sind gemäß § 95 Abs. 3 S. 3 SGB V verbindlich.

---

<sup>275</sup> Jousseaume, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V, 7. Aufl. 2020, § 95 Rn. 9.

<sup>276</sup> Gerlach, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung. Kommentar, § 95 Rn. 58 (Stand der Kommentierung: Oktober 2016).

Die Berechtigung und Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung weist das Gesetz mithin den Versorgungszentren selbst zu. Mitglieder in den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden die Zahnärzte als natürliche Personen selbst (vgl. insoweit auch § 77 Abs. 3 S. 1 SGB V). Aus der Zulassung resultiert die verbindliche Geltung der für die Versorgung geschlossenen Kollektivverträge sowie der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses.<sup>277</sup>

#### 4. Zwischenergebnisse

Die Voraussetzungen der Zulassung von zahnärztlichen MVZ ergeben sich sowohl aus dem SGB V als auch aus der Zahnärzte-ZV. Die gesetzlichen Anforderungen knüpfen in § 95 Abs. 2 S. 5 SGB V an die Eintragung der Zahnärzte, die in dem MVZ tätig sein sollen, in das Zahnarztregister an. Hierdurch stellt das Gesetz die fachliche Qualifikation der behandelnden Zahnärzte sowie ihre Eignung sicher. Die Eignung knüpft einerseits an den Umfang und die Art von Nebentätigkeiten sowie andererseits an nicht nur vorübergehende, schwerwiegende Gründe an, die ihren Ursprung in der Person des Zulassungsbewerbers haben. Als Folge der Zulassung wird das MVZ zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet; die darin tätigen Zahnärzte werden Mitglieder der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

## II. Eignung von MVZ

Nachfolgend soll näher untersucht werden, inwieweit die Eignung der juristischen Person des MVZ-Trägers im Rahmen des Zulassungsverfahrens berücksichtigt wird. Gemäß § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV gilt diese Verordnung entsprechend für MVZ. Angesichts des eindeutigen Wortlauts der Regelung erstreckt § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV die entsprechende Geltung auf die gesamte Verordnung, auch wenn die systematische Stellung der Norm zu Beginn des Abschnitts zum Zahnarztregister dies nicht nahelegt.<sup>278</sup> Die Zulassungsvoraussetzungen sind deshalb im Grundsatz einschließlich der Hinderungsgründe bei Nichteignung sowohl für die angestellten Zahnärzte als auch für das MVZ selbst zu prüfen. Aufgrund der lediglich entsprechenden Verweisung ist hinsichtlich

---

<sup>277</sup> Vgl. Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 181 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>278</sup> Ladurner, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar, 2017, § 1 Ärzte-ZV Rn. 15, § 1 Zahnärzte-ZV Rn. 1.

der einzelnen Regelungen jeweils zu untersuchen, inwieweit sie auf MVZ angewendet werden können.<sup>279</sup>

### 1. Zeitlicher Umfang anderer Tätigkeiten

Der zeitliche Umfang anderer Tätigkeiten kann der ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 20 Abs. 1 Zahnärzte-ZV entgegenstehen. Da die Zulassung an das MVZ selbst und nicht die darin tätigen Zahnärzte adressiert wird,<sup>280</sup> ist dieses zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung verpflichtet, vgl. § 95 Abs. 3 S. 2 SGB V. § 20 Abs. 1 Zahnärzte-ZV findet deshalb auf die in dem MVZ tätigen Zahnärzte keine Anwendung.<sup>281</sup>

In der Literatur wird es abgelehnt, die Regelung in § 20 Abs. 1 Zahnärzte-ZV zur Unvereinbarkeit wegen Dauer und zeitlicher Lage einer anderweitigen Beschäftigung auf MVZ jedenfalls ohne Weiteres zu übertragen.<sup>282</sup> In diesem Zusammenhang dürfte zu beachten sein, dass von dem Verhältnis unterschiedlicher Tätigkeiten einer GmbH anders als für natürliche Personen nicht zwingend auf ihre Eignung zur Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit geschlossen werden kann. Wird etwa der Gesellschaftszweck einer Krankenhaus-träger-GmbH auf den Betrieb eines zahnärztlichen MVZ ausgeweitet, kann eine solche Gesellschaft zeitlich im Schwerpunkt das Krankenhaus betreiben und dennoch ausreichend angestellte Zahnärzte beschäftigen, die – vom zeitlichen Umfang her – für das MVZ eine ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit gewährleisten. Insofern spricht bei der Zulassung zahnärztlicher MVZ einiges dafür, nicht auf den zeitlichen Umfang der Tätigkeiten der Trägergesellschaft abzustellen, um daraus auf die Eignung für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zu schließen.

---

<sup>279</sup> *Filler*, in: Schallen, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten, 9. Aufl. 2017, § 1 Ärzte-ZV Rn. 10; *Ladurner*, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar, 2017, § 1 Ärzte-ZV Rn. 15.

<sup>280</sup> *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 170 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>281</sup> *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 119 (Stand der Kommentierung: August 2019). Siehe ferner *Wenner*, Vertragsarzt: Hauptberuf oder Nebenjob?, GesR 2004, 353 (356), mit der Einschränkung der Anwendung der Regelung auf Vertragszahnärzte, die neben ihrer Tätigkeit in einem MVZ selbst zur vertragszahnärztlichen Versorgung in freier Praxis zugelassen sind.

<sup>282</sup> So *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 119 (Stand der Kommentierung: August 2019).

## 2. Art der Tätigkeit

§ 20 Abs. 2 S. 1 Zahnärzte-ZV stellt auf den Inhalt von Tätigkeiten ab, die neben der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ausgeübt werden. Das Bundessozialgericht hat die Regelung „dahingehend konkretisiert, daß Interessen- und Pflichtenkollisionen, die einer Eignung des Arztes [...] entgegenstehen, ua dann anzunehmen sind,

- wenn sich anderweitige ärztliche Tätigkeit und vertragsärztliche Tätigkeit vermischen können und dies sich zum einen zum Nachteil der Versicherten ua wegen einer faktischen Beschränkung des Rechts auf freie Arztwahl [...] und zum anderen zum Nachteil der Kostenträger auswirken kann, weil insoweit je nach persönlichem Interesse des Arztes Leistungen aus nicht sachgerechten Gründen von dem einen zum anderen Bereich verlagert werden können;
- wenn nicht gewährleistet ist, daß der Arzt aufgrund seiner anderweitigen ärztlichen Tätigkeit Inhalt und Umfang einer vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen persönlichen Mittel selbst bestimmen kann.<sup>283</sup>

Dem Zulassungsausschuss ist hinsichtlich dieser Frage kein Beurteilungsspielraum zugewiesen.<sup>284</sup> Vor der Einfügung von § 20 Abs. 2 S. 2 Zahnärzte-ZV war der praktisch bedeutsamste Anwendungsfall des § 20 Abs. 2 Zahnärzte-ZV die Tätigkeit eines zugelassenen Vertragszahnarztes im Krankenhaus.<sup>285</sup> Eine Übertragung der Vorgaben in § 20 Abs. 2 Zahnärzte-ZV hinsichtlich der wesensmäßigen Eignung anderer zahnärztlicher Tätigkeiten auf MVZ ist im Grundsatz möglich.<sup>286</sup> Da die Regelung ihrem Wortlaut nach ausschließlich *zahnärztliche* Tätigkeiten umfasst, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz nicht zu vereinbaren sind, dürfte der Anwendungsbereich der Regelung im Hinblick auf zahnärztliche MVZ in

---

<sup>283</sup> BSGE 81, 143 (147). Vgl. auch BSGE 89, 134 (144 f.).

<sup>284</sup> BSG, Beschl. v. 28. September 2016 – B 6 KA 15/16 B, juris Rn. 13; *Düring*, in: Schallen, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten, 9. Aufl. 2017, § 20 Ärzte-ZV Rn. 14; *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 130 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>285</sup> Vgl. *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 132 (Stand der Kommentierung: August 2019). Siehe auch *Düring*, in: Schallen, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten, 9. Aufl. 2017, § 20 Ärzte-ZV Rn. 17 f.

<sup>286</sup> *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 119 (Stand der Kommentierung: August 2019).

Krankenhausträgerschaft keine große praktische Bedeutung haben. Insbesondere wird die Tätigkeit der Investoren hinter dem Krankenhaus durch § 20 Abs. 2 S. 1 Zahnärzte-ZV nicht erfasst.

Nichtärztliche Tätigkeiten, die wesensmäßig unvereinbar mit der Tätigkeit als Vertragszahnarzt sind, können sich aus dem vertragszahnärztlichen Berufsrecht ergeben.<sup>287</sup> Für Ärzte regelt § 3 Abs. 1 S. 1 MBO-Ä, dass Ärzten neben der Ausübung ihres Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt ist, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist. Die MBO-Z hingegen enthält eine solche Unvereinbarkeitsregelung in Bezug auf andere Tätigkeiten – soweit ersichtlich – nicht, sondern in § 21 Abs. 1 S. 2 bis 4 lediglich im Hinblick auf berufsrechtswidrige Werbung (im Gegensatz zu § 3 Abs. 1 S. 2 MBO-Ä).<sup>288</sup> Darüber hinaus wird an die Tätigkeit des zugelassenen Leistungserbringers angeknüpft. Überträgt man diesen Befund auf MVZ, so würde eine entsprechende Regelung in der MBO-Z ebenfalls nicht die Investoren hinter den Krankenhäusern erfassen.

### 3. Personenbezogene Gründe

§ 21 S. 1 Zahnärzte-ZV knüpft an die Person des Zahnarztes an und stellt auf in der Person liegende schwerwiegende Gründe ab, die nicht nur vorübergehend die Unfähigkeit zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit begründen. Wesentlich ist zunächst die Frage, ob sich diese Vorschrift auch auf zahnärztliche MVZ gemäß § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV entsprechend anwenden lässt. Sodann könnte sich eine mangelnde Eignung auf die Ausrichtung ihrer Verfassung, welche die Gewinnmaximierung in den Vordergrund ihrer Tätigkeit stellt, oder auf ihre Abhängigkeit vom Investor stützen.

#### a) Anwendung auf MVZ

Soweit ersichtlich stellen die einschlägigen Kommentierungen insoweit allein auf natürliche Personen ab.<sup>289</sup> Dies liegt insofern nahe, als § 21 S. 1 Zahnärzte-ZV auf gesundheitliche Gründe verweist. Allerdings erkennt § 1 Abs. 3

---

<sup>287</sup> Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 136 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>288</sup> Hennings/Knüpper/Kurz/Maag/Schulte, in: BZÄK (Hrsg.), Kommentar zur Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer, 2. Aufl. 2018, § 21 Rn. 4 ff.

<sup>289</sup> Vgl. etwa Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 149 (Stand der Kommentierung: August 2019), der zum Nachweis der Eignung auf die Abgabe einer Erklärung und die Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses abstellt.

Zahnärzte-ZV Modifizierungen für MVZ an, indem er lediglich die entsprechende Anwendung der Verordnung anordnet. Insofern stehen einer Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit durch juristische Personen offensichtlich keine gesundheitlichen Gründe entgegen. Da § 21 S. 1 Zahnärzte-ZV auch andere als gesundheitliche Eignungsgründe regelt, ist eine Übertragung auf MVZ nicht von vornherein ausgeschlossen. Bezogen auf MVZ könnte die Norm wie folgt lauten:

*Ungeeignet für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist ein medizinisches Versorgungszentrum, das aus in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragszahnärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben.*

Einer solchen Auslegung stehen die Systematik der Zulassungsverordnung, ihre Entstehungsgeschichte und ihr Zweck nicht entgegen. Der Hinderungsgrund der persönlichen Eignung ist im Anschluss an die Zulassungsvoraussetzungen als Ausnahme von der Regel normiert. Er bezweckt, für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung ungeeignete Leistungserbringer auszuschließen. Lässt man Personengesellschaften oder juristische Personen an der vertragszahnärztlichen Versorgung über das Instrument des MVZ zu und erstreckt die Regelungen sowohl auf die Rechtsträger als auch auf die dort tätigen natürlichen Personen, spricht einiges dafür, die Eignung der Rechtsträger eigenständig zu prüfen, wenn sich entsprechende Kriterien herausarbeiten lassen. Dass die Regelung ihrem Wortlaut nach auf natürliche Personen zugeschnitten ist, liegt daran, dass MVZ erst später in die vertragszahnärztliche Versorgung eingebunden wurden. Als der Gesetzgeber § 1 Abs. 3 in die Zahnärzte-ZV einfügte, begründete er diese Regelung als eine Klarstellung, dass die Verordnung auch für die MVZ *und* die dort angestellten Zahnärzte entsprechend gilt.<sup>290</sup>

Gegen eine Anwendung von § 21 S. 1 Zahnärzte-ZV auf die juristische Person der GmbH ließe sich allenfalls anführen, der Gesetzgeber erkenne durch die Beschränkung der Rechtsform in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V die Eignung der dort enumerativ aufgeführten MVZ-Trägergesellschaften bereits an. Dies lässt sich allerdings dem Wortlaut, der Systematik, der Entstehungsgeschichte und dem Normzweck nicht entnehmen. Nach dem Wortlaut in § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V bezieht sich die Wahl eines zugelassenen Rechtsträgers auf die Gründung der Gesellschaft, die später als MVZ zugelassen werden soll. Diese Trennung lässt sich systematisch an den Voraussetzungen der Gründung und derjenigen der

---

<sup>290</sup> Siehe den von den Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 8. September 2003, BT-Drs. 15/1525, S. 159.

Zulassung sowie daran festmachen, dass § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V allein zugelassene MVZ in die vertragszahnärztliche Versorgung einbezieht. Stellen die Hinderungsgründe in den §§ 20 und 21 Zahnärzte-ZV Ausnahmeregelungen für grundsätzlich zulassungsfähige Antragsteller dar, lässt sich nicht begründen, weshalb einem MVZ als Antragsteller in besonders gelagerten Fällen nicht die Eignung fehlen sollte. Mit der Aufzählung der zugelassenen Rechtsformen verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, MVZ in der Rechtsform der *Aktiengesellschaft* auszuschließen, weil er insoweit von einer typischerweise vorliegenden besonderen Gefahr einer kapitalorientierten Ausrichtung der Versorgung ausging.<sup>291</sup> Aus dem typisierten Ausschluss einer Rechtsform lässt sich jedoch nicht schließen, dass die zugelassenen Rechtsformen in jedem Einzelfall für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit geeignet sind. Deshalb ist eine Anwendung von § 21 S. 1 in Verbindung mit § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV grundsätzlich möglich.

### **b) Struktur der Träger-Gesellschaft**

Hält man die Anwendung von § 21 S. 1 Zahnärzte-ZV auf MVZ für möglich, lässt sich überlegen, ob die Struktur eines Versorgungszentrums in der für investorenbetriebene MVZ typischen Konstellation einen sonstigen schwerwiegenden Grund in der juristischen Person begründen kann. Nähert man sich diesem Gedanken aus der Perspektive der oben beschriebenen Auffälligkeiten des Behandlungs- und Abrechnungsverhaltens in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ, liegt bei der Beteiligung eines Investors die Annahme eines schwerwiegenden Grundes nicht fern. Denn die (verhaltensbegründete) Gefahr abweichender Abrechnungen durch natürliche Personen ließe sich sowohl als Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten<sup>292</sup> als auch als Störung des Vertrauensverhältnisses zu Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen<sup>293</sup> unter § 21 S. 1 Zahnärzte-ZV fassen.

Allerdings können aus der Anknüpfung an die Wesensmerkmale der (juristischen) Person sowie die damit in Bezug genommene gesellschaftsrechtliche Struktur ohne weitere Anhaltspunkte keine investorenspezifischen Gefahren angenommen und keine Aussage zur Eignung des Z-MVZ getroffen werden. Die

---

<sup>291</sup> Siehe den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 5. September 2011, BT-Drs. 17/6906, S. 71.

<sup>292</sup> Ladurner, *Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 *Ärzte-ZV* Rn. 32.

<sup>293</sup> Ladurner, *Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 *Ärzte-ZV* Rn. 33.

investorenspezifische Gefahr lässt sich nicht allein anhand der Gesellschafterstruktur einer GmbH bestimmen. Wesentlich für Gefahren, die durch ein zahnärztliches MVZ hervorgerufen werden, ist vielmehr die Struktur des daran beteiligten Krankenhauses. Ist daran ein Investor beteiligt, steht zu befürchten, dass die Behandlung Versicherter in dem zahnärztlichen MVZ nach anderen Kriterien als der zahnärztlichen Kunst erfolgt. Die Struktur des Krankenhauses stellt allerdings keinen Grund dar, der in der juristischen Person des Trägers des zahnärztlichen MVZ liegt. Die gesellschaftsrechtliche Struktur des MVZ-Trägers im Fall einer GmbH und insbesondere die Beteiligung von Investoren auf der Krankenhausebene lassen sich nicht unter die geltende Regelung in § 21 S. 1 Zahnärzte-ZV fassen.

### c) Ausübung der Tätigkeit in freier Praxis

Die fehlende persönliche Unabhängigkeit eines Zahnarztes kann zu einem Hinderungsgrund im Sinne des § 21 Zahnärzte-ZV führen; Maßstab für den Einfluss der geplanten vertragszahnärztlichen Tätigkeit auf die Unabhängigkeit ist die Regelung in § 32 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV.<sup>294</sup> Danach hat der Vertragszahnarzt die vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Aus dem Merkmal der freien Praxis ergeben sich – jedenfalls für natürliche Personen – bestimmte Anforderungen, auch was den Grad einer wirtschaftlichen Abhängigkeit von Dritten anbelangt. Für eine Berücksichtigung der Regelung im Rahmen des Zulassungsverfahrens ist eine Anwendung von § 32 Abs. 1 S. 1 gemäß § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV auf MVZ erforderlich.

Die Norm knüpft ihrem Wortlaut nach an die *persönliche* Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit einerseits *in freier Praxis* andererseits an. Für ein MVZ kommt die persönliche Ausübung der Tätigkeiten als Organisations- und Kooperationsform nicht in Frage. Durch das Merkmal „in freier Praxis“ bezweckt der Gesetzgeber eine Sicherung der beruflichen und persönlichen Selbständigkeit des Zahnarztes in Abgrenzung zu den in § 32b Zahnärzte-ZV genannten angestellten Zahnärzten.<sup>295</sup> So soll die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in der Rechtsform einer juristischen Person dem Merkmal entgegenstehen.<sup>296</sup> Diese Situation weicht erheblich von der gesetzgeberischen

---

<sup>294</sup> Ladurner, *Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 *Ärzte-ZV* Rn. 37.

<sup>295</sup> Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), *Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht*, § 95 SGB V Rn. 112, 1165 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>296</sup> Siehe Gerlach, in: Krauskopf, *Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung. Kommentar*, § 95 Rn. 58 (Stand der Kommentierung: Oktober 2016).

Konzeption des MVZ ab. Aus § 95 Abs. 1 S. 3 Hs. 2 SGB V ist im Umkehrschluss zu folgern, dass selbst der ärztliche Leiter des MVZ in *nicht*medizinischen Fragen weisungsabhängig sein kann; für die dort angestellten Zahnärzte gilt dies erst recht. Die Regelung in § 32 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV ist erkennbar auf *natürliche* Personen zugeschnitten und findet deshalb keine entsprechende Anwendung auf die Zulassung eines MVZ.

### **III. Zwischenergebnisse zur Zulassung von MVZ**

Die Voraussetzungen der Zulassung von zahnärztlichen MVZ ergeben sich aus einem Zusammenspiel von SGB V und der Zahnärzte-ZV. Die gesetzlichen Anforderungen knüpfen an die Eintragung der Zahnärzte in das Zahnarztregister an, die in dem MVZ tätig sein sollen. Hierdurch stellt das Gesetz die fachliche Qualifikation der behandelnden Zahnärzte sicher. Die Zulassungsverordnung sieht über die gesetzlichen Voraussetzungen hinaus Hinderungsgründe vor, die an die Eignung der Zulassungsbewerber für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit anknüpfen. Berücksichtigung finden Nebentätigkeiten und nicht nur vorübergehende schwerwiegende Gründe, die ihren Ursprung in der Person des Zulassungsbewerbers haben.

Der zeitliche Umfang der Tätigkeiten der Trägergesellschaft lässt für sich genommen keine Rückschlüsse auf die Eignung des zahnärztlichen MVZ zu. Andere zahnärztliche und nichtzahnärztliche Tätigkeiten können ihrem Wesen nach einer entsprechenden Eignung des zahnärztlichen MVZ entgegenstehen. Investorenbezogene Tätigkeiten auf der Ebene des Krankenhauses als Gründers oder Ebenen darüber können dem einzelnen MVZ nicht als eine die Zulassung hindernde Tätigkeit zugerechnet werden. Nach der hier vertretenen Auffassung lässt sich § 21 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV auf MVZ anwenden. Deren Eignung können im Grundsatz in der (juristischen) Person der Trägergesellschaft liegende Gründe, die schwer wiegen und nicht nur vorübergehender Natur sind, entgegenstehen. Aus der Struktur der MVZ-Trägergesellschaft allein lässt sich jedoch nicht auf investorenspezifische Sachverhalte schließen, da die Ebene hinter dem Krankenhaus von derjenigen des zahnärztlichen MVZ zu trennen ist und deshalb keine Berücksichtigung findet.

### **C. Berücksichtigung der Gefahren**

Als Gefahr für die vertragszahnärztliche Versorgung wurden zahnärztliche MVZ ausgemacht, die von Krankenhäusern, die wiederum von einem Investor kontrolliert werden, gegründet und betrieben werden. Die Regelungen für die Gründung, die Zulassung und den Betrieb eines zahnärztlichen MVZ durch ein Krankenhaus zeigen, dass die Gefahren, welche für die vertragszahnärztliche

Versorgung durch die Finanzinvestoren ausgemacht wurden, nur ansatzweise berücksichtigt werden.

### **I. Gefahr für die Versorgungsqualität**

Die Ausrichtung der Versorgung am Maßstab der erzielbaren Rendite wird durch die Regelungen bezüglich der Gründung von MVZ nicht aufgegriffen. Solange es Krankenhäusern weiterhin möglich ist, unabhängig von ihrer eigenen Gesellschafterstruktur zahnärztliche MVZ zu gründen, werden die Aktivitäten von Investoren nicht begrenzt. Die damit einhergehenden investorenspezifischen Gefahren werden in der Folge nicht eingeschränkt.

Die Eignung der Träger zahnärztlicher MVZ als juristische Personen bzw. rechtsfähige Personengesellschaften zur ordnungsgemäßen vertragszahnärztlichen Versorgung wird im Rahmen der Zulassung im Hinblick auf investorenspezifische Gefahren gegenwärtig nicht berücksichtigt. Die Beteiligung von Finanzinvestoren an Krankenhäusern oberhalb der Gründungsebene spielt für die Zulassung eines zahnärztlichen MVZ keine Rolle; weder die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen noch die Zulassungsausschüsse haben zwingend Kenntnisse von solchen Beteiligungen.

Indem der Betrieb von zahnärztlichen MVZ pauschal an das Vorliegen der Gründungs- und Zulassungsvoraussetzungen anknüpft, werden Besonderheiten investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ nicht berücksichtigt. Die Regelungen nehmen den systembedingten Druck auf die angestellten Zahnärzte in solchen Einrichtungen nicht in den Blick.

### **II. Gefahr der Kettenbildung**

Die Gefahr der Kettenbildung wird durch die Gründungs- und Zulassungsregelungen nicht vermindert. Obwohl der Gesetzgeber eine vielfältige Anbieterstruktur der zahnärztlichen Leistungserbringer anstrebte, wird die Kettenbildung durch § 95 Abs. 1b SGB V in keiner Weise ausgeschlossen. Durch die Anknüpfung an die einzelnen Planungsbereiche werden dort zwar eine wettbewerbsfeindliche Anbieterdominanz unterbunden und die Anbietervielfalt in der vertragszahnärztlichen Versorgung – wie vom Gesetzgeber bezweckt<sup>297</sup> – erhalten. Hierdurch nehmen einzelne Krankenhäuser innerhalb der jeweiligen Planungsbereiche eine wirtschaftlich untergeordnete Rolle ein. Allerdings verhindert die

---

<sup>297</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187.

Regelung nicht die planungsbereichsübergreifende Verkettung der einzelnen MVZ. Das ausdrücklich mit § 95 Abs. 1b SGB V verfolgte Ziel des Gesetzgebers, „die bestehenden Übernahmeprozesse durch Beteiligungsgesellschaften ohne originäres Versorgungsinteresse zu begrenzen“,<sup>298</sup> wird durch die Struktur der Vorschrift nicht erreicht.

### **III. Zwischenergebnis**

Die gegenwärtige Rechtslage begegnet den Gefahren, die sich aus der Gründung und Zulassung von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ ergeben, nicht oder nur ungenügend.

### **D. Ergebnisse zum zweiten Teil**

Wesentliche Ergebnisse des zweiten Teils lassen sich in Leitsätzen wie folgt zusammenfassen:

1. Die bisherige Rechtslage greift die Gefahren, die durch die Beteiligung von Investoren an der vertragszahnärztlichen Versorgung hervorgerufen werden, nicht oder nur ungenügend auf.

2. Auf der Ebene der Gründungsbefugnis knüpft das Gesetz an das Merkmal des zugelassenen Krankenhauses an. Die Beteiligung von Investoren ist kein Kriterium, auf das es für die Gründung eines zahnärztlichen MVZ ankommt. Jedenfalls bleibt eine Krankenhausträgersgesellschaft bei Beherrschung durch einen Investor zur Gründung von zahnärztlichen MVZ befugt.

3. Einer teleologischen Reduktion, wonach Krankenhäuser, an denen Finanzinvestoren beteiligt sind, nicht zur Gründung von MVZ berechtigt sind, stehen der eindeutige Wortlaut des § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V sowie dessen Entstehungsgeschichte und Sinnzusammenhang entgegen.

4. Unzulässig ist die materielle Gründung von MVZ durch Personen, die zur Gründung nicht berechtigt sind. Dies ist der Fall, wenn die Befugnis zur Gründung eines zugelassenen Krankenhauses treuhänderisch zur Gründung durch eine andere Person missbraucht wird. Hiervon werden allerdings nur enge Ausnahmen wie Strohmannverhältnisse und stille Beteiligungsformen erfasst.

---

<sup>298</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 188.

5. Die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V knüpft für die Bestimmung der Höchstversorgungsgrenzen an das einzelne Krankenhaus an. Hierdurch wird finanzstarken Investoren der Weg eröffnet, durch den Erwerb weiterer zugelassener Krankenhäuser auch in überversorgten Gebieten zahnärztliche MVZ zu gründen. Die Wirkung der Regelung ist deshalb auch im Hinblick auf die einzelnen Planungsbereiche stark begrenzt.

6. Die Zulassung zahnärztlicher MVZ bemisst sich im Grundsatz nach denselben Regelungen wie die Zulassung von Vertragszahnärzten. Die Konzeption des MVZ als Organisations- und Kooperationsform der vertragszahnärztlichen Versorgung führt dazu, dass die Zulassung an die Eintragung der Zahnärzte in das Zahnarztregister anknüpft, die in dem Versorgungszentrum tätig werden sollen.

7. Mit der Zulassung des zahnärztlichen MVZ zur vertragszahnärztlichen Versorgung wird es selbst zur Teilnahme an der Versorgung berechtigt und verpflichtet. Die angestellten Zahnärzte werden Mitglieder der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

8. Im Zulassungsverfahren wird nach den §§ 20 und 21 Zahnärzte-ZV die Eignung der Zahnärzte zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit geprüft. Gemäß § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV finden diese Regelungen auf die Zulassung von MVZ entsprechende Anwendung. Daher ist hinsichtlich der einzelnen Regelungen zu prüfen, inwieweit sie auf MVZ angewendet werden können.

a) Der zeitliche Umfang anderer Tätigkeiten (§ 20 Abs. 1 Zahnärzte-ZV) ist kein Maßstab für die Eignung von MVZ. Die Regelung soll sicherstellen, dass Vertragszahnärzte in zeitlich ausreichendem Maß für die Behandlung von Versicherten zur Verfügung stehen. Da die Behandlung in einem MVZ durch natürliche Personen erbracht wird, lässt sich aus dem zeitlichen Umfang anderer Tätigkeiten der Trägergesellschaft keine Aussage für die Behandlung ableiten.

b) Die Regelung in § 20 Abs. 2 Zahnärzte-ZV im Hinblick auf andere zahnärztliche Tätigkeiten, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz nicht zu vereinbaren sind, ist anwendbar auf MVZ. Sie erfasst allerdings ausschließlich andere zahnärztliche Tätigkeiten.

c) § 21 Zahnärzte-ZV, demzufolge ein Zahnarzt für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ungeeignet ist, der aus in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragszahnärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben, ist grundsätzlich auf die MVZ-Trägergesellschaft anwendbar. Ohne weitere Anhaltspunkte lassen sich jedoch aus der Struktur der MVZ-Trägergesellschaft keine Rückschlüsse auf

schwerwiegende Gründe ziehen, die der Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung entgegenstehen.

d) Für natürliche Personen bildet das in § 32 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV enthaltene Kriterium der Ausübung der Tätigkeit in freier Praxis eine Zulassungsvoraussetzung. Persönliche Abhängigkeit des Zahnarztes kann einen Hinderungsgrund im Sinne des § 21 Zahnärzte-ZV darstellen. Auf MVZ lässt sich diese Regelung jedoch nicht übertragen. MVZ sind strukturell von einem Träger abhängig, der aus gründungsberechtigten Personen gebildet wird. Die Vorschrift findet keine entsprechende Anwendung auf die Zulassung eines MVZ.

9. Die gegenwärtigen Regelungen für die Gründung, die Zulassung und den Betrieb eines zahnärztlichen MVZ durch ein Krankenhaus berücksichtigen die Gefahren, welche von den Finanzinvestoren für die vertragszahnärztliche Versorgung ausgehen, weder für die Versorgungsqualität noch im Hinblick auf eine Kettenbildung adäquat.

a) Der für die Versorgungsqualität maßgeblichen investorenspezifischen Gefahr einer renditeorientierten Behandlung tragen die Vorschriften nicht Rechnung.

b) Die bestehende Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V berücksichtigt die Gefahr einer Kettenbildung von zahnärztlichen MVZ nicht. Sie knüpft an die einzelnen Planungsbereiche an, ohne übergeordnete Zusammenhänge in den Blick zu nehmen.

## **Dritter Teil**

### **Erfassung und Berücksichtigung der Gefahren**

#### **A. Ansätze zur zielgenauen Erfassung der Gefahren**

Die Untersuchung hat gezeigt, dass das Recht der Gründung und der Zulassung von MVZ die Gefahren, die von den (investorenbetriebenen) zahnärztlichen MVZ ausgehen, nicht adäquat berücksichtigt. Um Lösungsansätze entwickeln und die Gefahren zielgenau erfassen zu können, ist es erforderlich, Merkmale herauszuarbeiten, durch welche die Gefahren begründenden investorenbetriebenen MVZ erfasst werden (I.). Anschließend wird der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers dargelegt (II.). Schließlich sollen die Topoi der Transparenz und der Eignung als Ansätze einer grundrechtsschonenden Begegnung der Gefahren erörtert werden (III.).

#### **I. Merkmale zur Erfassung der Gefahren**

Aus dem Bild der Investorenstruktur und ihrer Vorgehensweise lassen sich folgende Rückschlüsse ziehen, die zur wesentlichen Eingrenzung der Gefahren begründenden MVZ führen können:

- (1) Finanzinvestoren nutzen den Erwerb von Krankenhäusern, um Zugang zum deutschen Dentalmarkt zu erhalten. Sie treten in unterschiedlichen Formen von (juristischen) Personen auf und verfolgen unterschiedliche Ziele insbesondere im Hinblick auf die Beteiligungsdauer.
- (2) Finanzinvestoren erwerben oder gründen zahnärztliche MVZ durch beherrschte Krankenhäuser überwiegend in der Rechtsform der GmbH. Teilweise agieren sie auch im Rahmen einer GbR.
- (3) Gefahren sowohl für die Versorgungsqualität als auch die vertragszahnärztliche Versorgung insgesamt lassen sich nicht allein durch eine Betrachtung zahnärztlicher MVZ identifizieren, etwa indem man an die Beteiligung eines Krankenhauses an einem MVZ abstellt. Sie knüpfen maßgeblich an die Verhältnisse auf der Ebene der Krankenhäuser an: Wenn dort ein Finanzinvestor beteiligt ist, besteht typisch eine Gefahrenlage auf der Ebene des zahnärztlichen MVZ.

Lässt man eine pauschale Einschränkung der Gründungsbefugnis zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser außen vor, steht im Zentrum der Ansätze das Ziel, solche Strukturen aufzudecken, die eine Versorgung am Maßstab der

höchsten Rendite verfolgen. Dass Investoren über Krankenhäuser nunmehr zahnärztliche MVZ nicht nur in der Rechtsform der GmbH, sondern auch als GbR gründen, führt dazu, dass damit verbundene Gefahren unabhängig von der Rechtsform des MVZ-Trägers ermittelt werden müssen. Pauschaliert kann insofern lediglich an den Betrieb mindestens eines zahnärztlichen MVZ wesentlich durch ein Krankenhaus als notwendige Voraussetzung für die Annahme von Gefahren angeknüpft werden. Eine Orientierung rein an gesellschaftsrechtlichen Gegebenheiten im Verhältnis von Investoren zu Krankenhäusern – etwa mittels bestimmter Beteiligungsschwellen – erscheint für die sozialversicherungsrechtliche Einordnung nicht zweckmäßig. Dies begründete die Gefahr, dass durch das Zwischenschalten einer oder mehrerer Erwerbsgesellschaften die Kontrolle des Krankenhauses durch einen Investor verschleiert werden könnte. Insofern muss gewährleistet werden, dass über die Gesellschafterebene der Krankenhaus-trägergesellschaft hinaus erfasst wird, ob ein Investor das Krankenhaus kontrolliert. Notwendig ist darüber hinaus die Entwicklung von Kriterien, die bezüglich des einzelnen MVZ auf das Vorliegen investorenspezifischer Gefahren hinweisen. Hierzu könnte etwa auf etwaige Vorgaben zur Erreichung von Renditezielen oder den strukturellen Charakter sowie die zeitliche Ausrichtung des Investorenengagements abgestellt werden. Zwingend erforderlich zur Begegnung investorenspezifischer Gefahren ist die Herstellung von Transparenz hinsichtlich der Aktivitäten von Investoren auf dem deutschen Dentalmarkt.

## **II. Transparenz und Eignung**

Geeignete Maßnahmen zur Erreichung des Ziels, die vertragszahnärztliche Versorgung vor den Gefahren von renditeorientierten zahnärztlichen MVZ zu schützen, können an unterschiedlichen Stellen ansetzen. Allerdings müssen mögliche Wechselwirkungen sowie Auswirkungen der jeweiligen Maßnahmen mitbedacht werden. Eine solche Umgestaltung über die zahnärztlichen MVZ hinaus hätte weitreichende Auswirkungen sowohl auf die Krankenkassen als auch die Versicherten. Das vorliegende Rechtsgutachten sucht deshalb nach Lösungen, die sich in die bestehende Regelungssystematik einfügen und spezifisch die Situation (investorenbetriebener) zahnärztlicher MVZ betreffen.

Knüpft man an die vorgefundene Regulierungsstruktur von Gründungsbefugnis einerseits und Zulassungsvoraussetzungen andererseits an, kommen mehrere Maßnahmen zur Lösung der Gefahrenlage in Betracht. Durch eine sachliche Verknüpfung der stationären und ambulanten zahnärztlichen Versorgung, die sich auf den nahen Umkreis des Krankenhauses beschränkt, würden Gründungen von zahnmedizinischen Versorgungszentren durch Krankenhäusern aus rein wirtschaftlichen Erwägungen ausgeschlossen werden können, ohne

dass die Vorteile für die vertragszahnärztliche Versorgung in solchen Konstellationen aufgegeben werden müssten. Zugleich könnte § 95 Abs. 1b SGB V weiterentwickelt werden, damit diese Vorschrift die durch Betätigung der Investoren typische Gefahrenlage auch der Kettenbildung berücksichtigt und die Niederlassung zahnärztlicher MVZ in Ballungsgebieten effektiv steuert.

Möchte man auf die besonderen Gegebenheiten des Einzelfalls abstellen, bietet sich auf der Ebene der Zulassung zahnärztlicher MVZ eine Fortentwicklung der Eignungsanforderungen für MVZ an. Wie § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV zeigt, geht die Zulassungsverordnung im Grundsatz von einem Gleichlauf der Zulassung aller vertragszahnärztlichen Leistungserbringer aus. Durch eine Klarstellung der Eignungskriterien in der Zahnärzte-ZV könnte dieser gesetzgeberisch ursprünglich gewollte Gleichlauf für zahnärztliche MVZ herbeigeführt werden. Hierdurch könnten solche zahnärztlichen MVZ herausgefiltert werden, deren Tätigkeiten vornehmlich am Maßstab der Rentabilität ausgerichtet und die deshalb für die ordnungsgemäße vertragszahnärztliche Versorgung ungeeignet sind. Dies setzt jedoch voraus, dass für die Zulassungsausschüsse und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ein transparenter Einblick in die Eigentümerstruktur gewährleistet wird. Auch unabhängig von der Eignungsprüfung stellt die Erhöhung der Transparenz ein erstrebenswertes Ziel dar, um die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zu gewährleisten und den Versicherten Informationen für die Wahl ihres Zahnarztes bereitzustellen.<sup>299</sup>

### **III. Rahmen für gesetzgeberische Tätigkeit**

Der Gesetzgeber hat innerhalb der durch das Grundgesetz gezogenen Grenzen im Bereich der Sozialversicherung einen weiten Gestaltungsspielraum. Nachfolgend wird der Rahmen für die gesetzgeberische Tätigkeit dargestellt, um anschließend die einzelnen Maßnahmen rechtlich untersuchen zu können.

#### **1. Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers**

Dem Gesetzgeber steht für die Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Mit der Ausgestaltung der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung verwirklicht der Gesetzgeber

---

<sup>299</sup> Vgl. zu diesem Aspekt *Rudolphi* (Bundesärztekammer) in der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020, Wortprotokoll der 83. Sitzung, Protokoll-Nr. 19/83, S. 13.

teilweise das insbesondere in Art. 20 Abs. 1 GG verankerte Sozialstaatsprinzip<sup>300</sup> und erfüllt seine Schutzpflicht zugunsten des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG<sup>301</sup>. Die Gesundheit der Bevölkerung ist in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts regelmäßig ein Schutzgut, welches sogar erhebliche Eingriffe in Grundrechte zu rechtfertigen vermag.<sup>302</sup> Stellt der Gesetzgeber hinsichtlich der Wirkung seines Gesetzes eine Prognose an, räumt ihm das Bundesverfassungsgericht einen gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Prognosespielraum bzw. eine Einschätzungsprärogative ein.<sup>303</sup> Dabei beschränkt sich die Prüfung darauf, ob das Mittel „objektiv untauglich“<sup>304</sup>, „objektiv ungeeignet“<sup>305</sup> oder „schlechthin ungeeignet“<sup>306</sup> ist. Der demokratisch legitimierte Gesetzgeber kann deshalb prinzipiell solche Regelungen zur vertragszahnärztlichen Versorgung treffen, von denen er sich einen Beitrag zur Aufrechterhaltung des hohen Niveaus der Zahngesundheit in Deutschland erwartet.

## 2. Begrenzung durch Gesetzgebungskompetenzen

Regelungen des Bundesgesetzgebers müssen sich im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenzen bewegen, wie sie ihm durch das Grundgesetz verliehen werden, vgl. Art. 70 Abs. 1 GG. Für die Regelungsgegenstände, welche die Gründung und die Zulassung von MVZ betreffen, besteht gemäß Art. 72 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Materien der Sozialversicherung sowie gemäß Art. 72 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG für die Zulassung zu ärztlichen Heilberufen.

Sozialversicherung im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ein weitgefasster verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff<sup>307</sup>, der alles umfasst, was sich der Sache nach als

---

<sup>300</sup> *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl. 2018, § 2 Rn. 44, 46.

<sup>301</sup> *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 2 Rn. 23.

<sup>302</sup> Vgl. etwa BVerfGE 9, 73 (82); 25, 236 (247); BVerfG (Kammerbeschl.), NJW 2016, 2401.

<sup>303</sup> Vgl. BVerfGE 50, 290 (332 f.); 88, 203 (262); 111, 333 (355 f.).

<sup>304</sup> BVerfGE 16, 147 (181); BVerfG (Kammerbeschl.), NJW 2011, 1578 (1580).

<sup>305</sup> BVerfGE 17, 306 (317).

<sup>306</sup> BVerfGE 19, 119 (127); 73, 301 (317).

<sup>307</sup> Siehe ausführlich zu diesem Gattungsbegriff und seinem Inhalt *Zimmermann*, Sozialversicherung und Privatversicherung im Kompetenzgefüge des Grundgesetzes, 2009, S. 84 ff.

Sozialversicherung darstellt.<sup>308</sup> Das Bild der klassischen Sozialversicherung wird geprägt durch „die gemeinsame Deckung eines möglichen, in seiner Gesamtheit schätzbaren Bedarfs durch Verteilung auf eine organisierte Vielheit“<sup>309</sup> sowie die Abwicklung durch Träger, die als selbständige Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts ihre Mittel durch Beiträge der Beteiligten aufbringen<sup>310</sup>. Die Regelungen, welche die Arten der Leistungserbringer sowie die Voraussetzungen ihrer Zulassung für die vertragszahnärztliche Versorgung der gesetzlich versicherten Personen bestimmen, unterfallen der Materie der Sozialversicherung und damit dem Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG.

Darüber hinaus steht dem Bundesgesetzgeber die konkurrierende Kompetenz für die Regelung der Zulassung zu ärztlichen Heilberufen gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG zu. Zu den ärztlichen Heilberufen in diesem Sinne zählen der Beruf des Arztes, des Zahnarztes und des Tierarztes.<sup>311</sup> Davon betroffen sind alle Vorschriften, welche die Erteilung, die Rücknahme und den Verlust der (zahn)ärztlichen Zulassung regeln, sowie sonstige Bestimmungen, die sich auf die Befugnis zur Ausübung des (zahn)ärztlichen Berufs beziehen.<sup>312</sup> Erfasst ist die Zulassung zum Beruf des Zahnarztes, mithin die Regelung der Voraussetzungen für die Approbation, wie sie der Bundesgesetzgeber in der Approbationsordnung für Zahnärzte<sup>313</sup> festgelegt hat; hingegen nicht von dieser Kompetenz umfasst sind die Vorschriften bezüglich der Zulassung für die vertragszahnärztliche Versorgung im Rahmen der Sozialversicherung.<sup>314</sup>

Dem Bundesgesetzgeber steht mithin die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Materie der Sozialversicherung zu, auf deren Grundlage die Teilnahme der Leistungserbringer an der vertragszahnärztlichen Versorgung geregelt werden kann. Davon umfasst sind auch die Schaffung von Transparenz

---

<sup>308</sup> BVerfGE 11, 105 (112); 63, 1 (35); 75, 108 (146); 88, 203 (313); 114, 196 (221).

<sup>309</sup> BVerfGE 11, 105 (112); 75, 108 (146); 88, 203 (313), jeweils im Anschluss an BSGE 6, 213 (228).

<sup>310</sup> *Haratsch*, in: Sodan (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 74 Rn. 18.

<sup>311</sup> BVerfGE 33, 125 (154).

<sup>312</sup> Vgl. BVerfGE 7, 18 (25).

<sup>313</sup> Approbationsordnung für Zahnärzte in der im BGBl. III, Gliederungsnummer 2123-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Gesetz vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist.

<sup>314</sup> Vgl. *Maunz*, in: ders./Dürig, Grundgesetz. Kommentar, 90. Ergänzungslieferung, Art. 74 Rn. 214, 217 f.

für die Beurteilung der Eignung einzelner Leistungserbringer sowie Anforderungen an die Überprüfung der Eignung im Rahmen des die Versorgung von Versicherten eröffnenden Zulassungsverfahrens.

### **3. Begrenzung durch Grundrechte**

Wird der Gesetzgeber im Zusammenhang mit der Gründung, der Zulassung und dem Betrieb investorenbetriebener MVZ tätig, greift er regelmäßig in die grundrechtlich geschützte Berufsfreiheit der in privater Trägerschaft befindlichen Krankenhäuser und gegebenenfalls der in den zahnärztlichen MVZ tätigen Personen ein. Insofern besteht unabhängig von der verfassungsrechtlichen Prüfung unterschiedlicher Maßnahmen das grundlegende Erfordernis einer gesetzlichen oder auf einem Gesetz beruhenden Regelung, vgl. Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG. Eine solche Regelung muss wiederum selbst mit der Verfassung vereinbar sein, was materiell insbesondere die Vereinbarkeit mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit voraussetzt.<sup>315</sup>

### **IV. Zwischenergebnisse**

Zur Beurteilung der Gefahren, die von einzelnen MVZ sowie von verketteten MVZ-Unternehmen ausgehen, ist die Schaffung von Transparenz eine wesentliche Voraussetzung. Ziel sollte es sein, bereits im Zulassungsverfahren eine Aussage über das Bestehen investorenspezifischer Gefahren treffen zu können. Besteht in Einzelfällen eine solche Gefahr, liegt es auf Grundlage der bestehenden Regelungssystematik nahe, Kriterien zu formulieren, die eine Nichteignung zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung indizieren.

Dem Gesetzgeber steht für die Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Dieser umfasst die Erstellung einer Prognose über das Bestehen von Gefahren sowie der Wirkung seiner Regelungen. Dem Bundesgesetzgeber steht für Änderungen sowohl des SGB V als auch der Zahnärzte-ZV der Kompetenztitel der Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zu. Voraussetzung für eine Regelung ist eine gesetzliche Grundlage, die den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wahrt.

---

<sup>315</sup> Siehe hierzu *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Vorb. Art. 1 Rn. 60 ff.

## **B. MVZ-Register**

Als wesentliche Voraussetzung wurde die Schaffung von Transparenz herausgearbeitet. Die Herbeiführung von Transparenz könnte einen erheblichen Beitrag zur Abwehr der Gefahren leisten, die durch die Investorentätigkeit hervorgerufen werden. Für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen besteht das Bedürfnis, die Inhaberstruktur von zahnärztlichen MVZ nachvollziehen zu können, um die vertragszahnärztliche Versorgung auch langfristig sicherstellen zu können. Zur Herstellung von Transparenz empfiehlt sich der Aufbau eines MVZ-Registers nach dem Vorbild des Zahnarztregisters.

### **I. Bedürfnis und Registerzwecke**

Die Einführung eines MVZ-Registers ließe sich sowohl verfassungsrechtlich als auch politisch nur rechtfertigen, wenn hierfür ein praktisches Bedürfnis bestünde. Nachfolgend wird das Bedürfnis für ein solches Register dargelegt. Anschließend werden die Zwecke eines MVZ-Registers konkretisiert, um die Ausgestaltung eines Registers vorzuzeichnen.

#### **1. Bedürfnis für ein MVZ-Register**

Neben der Transparenz, die durch ein MVZ-Register erhöht würde, spricht vor allem der Gleichlauf des Zulassungsverfahrens zwischen Vertragszahnärzten und zahnärztlichen MVZ für die Einführung eines MVZ-Registers. Wie der zweite Teil der vorliegenden Untersuchung gezeigt hat, kann die Eignung von MVZ-Trägersgesellschaften gegenwärtig nicht in ausreichendem Maße bei der Zulassung berücksichtigt werden. Vor dem Aufbau eines neuen Registers bleibt zu prüfen, ob durch einen Rückgriff auf ein bestehendes Register die Informationen erlangt werden können. Insofern kommt neben dem Handelsregister das Transparenzregister in Betracht.

##### **a) Handelsregister**

Da die Investoren gegenwärtig im Schwerpunkt auf Gesellschaften mit beschränkter Haftung als MVZ-Trägersgesellschaften setzen, könnte das in den §§ 8 ff. HGB geregelte Handelsregister als Grundlage der Informationen herangezogen werden. Das Handelsregister enthält die Angaben zur Firma des Kaufmanns, zum Sitz und zum Gegenstand des Unternehmens, zum Stammkapital der Gesellschaft sowie zu den Geschäftsführern und Gesellschaftern einer GmbH. Damit beinhaltet das Register spezifisch handelsrechtliche Informationen, die für Geschäftspartner für die Anbahnung und die Abwicklung von

Rechtsgeschäften von Bedeutung sind. Keine Aussage trifft das Register hingegen über die Eignung konkreter Gesellschaften für die vertragszahnärztliche Versorgung. Die Information, wer Geschäftsführer einer GmbH ist, wie viele Gesellschafter oder welche Gesellschafter die GmbH hat, ist für zivilrechtliche Auseinandersetzungen maßgeblich. Beispielsweise lässt sich hieraus jedoch nicht ablesen, welchen (weiteren) Tätigkeiten ein Gesellschafter einer Gesellschaft nachgeht oder wer – wenn es sich um eine juristische Person handelt – selbst an ihr beteiligt ist. So dürften für eine GmbH, die einem investorenbetriebenen Krankenhaus als MVZ-Trägergesellschaft dient, als Gesellschafter im Wesentlichen die Krankenhausträgergesellschaft sowie im Fall der Übernahme einer Praxis der vorherige Praxisinhaber als Minderheitsgesellschafter<sup>316</sup> im Handelsregister eingetragen sein. Nicht erkennbar wird, wer an der Krankenhausträgergesellschaft beteiligt ist und ob es sich um einen Finanzinvestor bzw. eine von ihm kontrollierte Gesellschaft handelt. Die handelsspezifischen Angaben des Handelsregisters führen deshalb praktisch nicht weiter. Es kommt hinzu, dass die Einsichtnahme in das Handelsregister bei verschachtelten Gesellschaften oberhalb der Krankenhausträgergesellschaft ein zeitaufwendiges und gebührenpflichtiges Unterfangen darstellt. Plastisch werden die durch eine Verschachtelung unterschiedlicher Gesellschaften hervorgerufenen Schwierigkeiten der Nachverfolgung bei exemplarischer Betrachtung der Eigentümerstruktur der Zahneins-Gruppe.<sup>317</sup> Darüber hinaus zeigen die jüngsten Entwicklungen, dass auch Gesellschaften bürgerlichen Rechts von investorenbetriebenen Krankenhäusern und Vertragszahnärzten für die Gründung und den Betrieb von MVZ verwendet werden. Solche Gesellschaften bürgerlichen Rechts sind nicht handelsregisterpflichtig, so dass allein das Handelsregister nicht ausreicht, um die investorenspezifischen Gefahren zu identifizieren.

## **b) Transparenzregister**

Mit dem Gesetz zur Umsetzung der Vierten EU-Geldwäscherichtlinie, zur Ausführung der EU-Geldtransferverordnung und zur Neuorganisation der Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen vom 23. Juni 2017<sup>318</sup> hat der

---

<sup>316</sup> Siehe zu der Einbindung ehemaliger Praxisinhaber IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 15.

<sup>317</sup> Siehe *Scheuplein*, Private-Equity-Akteure in der Zahnmedizin, in: Investoren und Z-MVZ, ZP Sonderausgabe 2019, S. 23 (26).

<sup>318</sup> BGBl. I S. 1822. Dieses Gesetz dient der Umsetzung der Richtlinie (EU) 2015/849 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Mai 2015 zur Verhinderung der Nutzung des Finanzsystems zum Zwecke der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung, zur Änderung

Gesetzgeber das Geldwäschegesetz (GwG)<sup>319</sup> neu gefasst und ein Register zur Erfassung und Zugänglichmachung von Angaben über den wirtschaftlich Berechtigten (Transparenzregister) eingerichtet (vgl. § 18 Abs. 1 GwG).

Ziel des Registers ist es, die wirtschaftlich berechtigte, natürliche Person kenntlich zu machen (§ 3 Abs. 1, 2 GwG), die hinter gesellschaftsrechtlichen Konstruktionen steht. Hierzu enthält das Register den Vor- und Nachnamen, das Geburtsdatum, den Wohnort, Angaben über die Art und den Umfang des wirtschaftlichen Interesses des wirtschaftlich Berechtigten sowie seine Staatsangehörigkeit (§ 19 Abs. 1 GwG). Das Transparenzregister ist als Auffangregister konstruiert; nach § 20 Abs. 2 GwG gilt die Pflicht zur Mitteilung an das Transparenzregister als erfüllt, wenn sich die Angaben zum wirtschaftlich Berechtigten bereits aus anderen Registern wie beispielsweise dem Handelsregister ergeben. Die Erhöhung der Transparenz soll dazu beitragen, den Missbrauch von juristischen Personen des Privatrechts und Trusts sowie Rechtsgestaltungen zum Zweck der Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung zu verhindern.<sup>320</sup> Für Gesellschaften mit beschränkter Haftung hält der Gesetzgeber außer für Treuhandkonstellationen die Angaben über Gesellschafter und Geschäftsführer aus dem Handelsregisterauszug für ausreichend, soweit es sich dabei um natürliche Personen handelt.<sup>321</sup> Ergibt sich aus dem Handelsregister die Gesellschafterstellung einer juristischen Person, ist im Transparenzregister die hinter dieser Person berechnete natürliche Person anzugeben, wenn nicht die Pflicht deshalb als erfüllt gilt, weil die Gesellschaft an einem organisierten Markt nach § 2 Abs. 11 des Gesetzes über den Wertpapierhandel notiert ist oder dem Gemeinschaftsrecht entsprechenden Transparenzanforderungen im Hinblick auf Stimmrechtsanteile oder gleichwertigen internationalen Standards unterliegt (§ 20 Abs. 2 S. 2 GwG). Bei juristischen Personen zählt zu den wirtschaftlich Berechtigten jede natürliche Person, die unmittelbar oder mittelbar mehr als 25 Prozent der Kapi-

---

der Verordnung (EU) Nr. 648/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates und zur Aufhebung der Richtlinie 2005/60/EG des Europäischen Parlaments und des Rates und der Richtlinie 2006/70/EG der Kommission (ABl. L 141 vom 5. Juni 2015, S. 73).

<sup>319</sup> Gesetz über das Aufspüren von Gewinnen aus schweren Straftaten.

<sup>320</sup> Vgl. den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der Vierten EU-Geldwäscherichtlinie, zur Ausführung der EU-Geldtransferverordnung und zur Neuorganisation der Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen vom 17. März 2017, BT-Drs. 18/11555, S. 89.

<sup>321</sup> Siehe den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der Vierten EU-Geldwäscherichtlinie, zur Ausführung der EU-Geldtransferverordnung und zur Neuorganisation der Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen vom 17. März 2017, BT-Drs. 18/11555, S. 92, 129.

talanteile hält, mehr als 25 Prozent der Stimmrechte kontrolliert oder auf vergleichbare Weise Kontrolle ausübt. Lässt sich nach umfassender Prüfung kein wirtschaftlich Berechtigter ausmachen, gilt der gesetzliche Vertreter, der geschäftsführende Gesellschafter oder der Partner des Vertragspartners als wirtschaftlich Berechtigter (§ 3 Abs. 2 S. 5 GwG). Gesellschaften bürgerlichen Rechts sind grundsätzlich auch im Transparenzregister nicht registerpflichtig. Insofern stellen sich dieselben Probleme wie beim Handelsregister.

Die Einsichtnahme ist nunmehr<sup>322</sup> allen Mitgliedern der Öffentlichkeit möglich, ohne dass hierfür ein berechtigtes Interesse darlegt werden müsste (§ 23 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 GwG). Anträge auf Einsichtnahme knüpfen an einzelne Vereinigungen oder Rechtsgestaltungen an (vgl. § 5 Abs. 2 TrEinV<sup>323</sup>). Für die Einsichtnahme erhebt die registerführende Stelle zur Deckelung des Verwaltungsaufwands Gebühren und Auslagen gemäß § 24 Abs. 2 S. 1 GwG. Bestimmte Behörden und Gerichte sind von den Gebühren befreit (§ 24 Abs. 2 S. 3 in Verbindung mit § 23 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 GwG). Für Behörden gilt nach § 24 Abs. 2 S. 5 GwG die Norm in § 8 des Bundesgebührengesetzes. Demnach sind die Bundesrepublik Deutschland, die Länder, bundes- und landesunmittelbare Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts sowie die Gemeinden und Gemeindeverbände in der Regel von der Zahlung der Gebühren befreit. Die Selbstverwaltungsorganisationen der Sozialversicherung hingegen sind von der Gebührenpflicht nicht befreit.

Unabhängig von der Gebührenpflichtigkeit dient das Transparenzregister einem Zweck, der sich nicht mit dem Informationsinteresse der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Zulassungsausschüssen deckt. Entscheidend für die Bestimmung der von Investoren ausgehenden Gefahren sind nicht die hinter juristischen Personen stehenden natürlichen Personen. Aus dem Transparenzregister ergibt sich nicht, inwiefern an Krankenhausträgersgesellschaften Investoren beteiligt sind. Allerdings verfolgt das Transparenzregister auch, wie bereits dargelegt wurde, einen gänzlich anderen Zweck als die Abwehr von Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung. Die Anknüpfung des die Einsichtnahme betreffenden Verfahrens

---

<sup>322</sup> In Umsetzung von Art. 11 Nr. 15 Buchst. c der Richtlinie (EU) 2018/843 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 2018 zur Änderung der Richtlinie (EU) 2015/849 zur Verhinderung der Nutzung des Finanzsystems zum Zwecke der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung und zur Änderung der Richtlinien 2009/138/EG und 2013/36/EU durch das Gesetz zur Umsetzung der Änderungsrichtlinie zur Vierten EU-Geldwäscherichtlinie vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I, S. 2602; vgl. zum Gesetzentwurf BT-Drs. 19/13827, S. 90).

<sup>323</sup> Verordnung über die Einsichtnahme in das Transparenzregister (Transparenzregistereinsichtnahmeverordnung) vom 19. Dezember 2017 (BGBl. I S. 3984), erlassen aufgrund der Ermächtigung in § 23 Abs. 5 GwG.

an einzelne (juristische) Personen würde sowohl bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen als auch den Zulassungsausschüssen zu aufwendigen und umfassenden Nachforschungen führen; infolgedessen genügt das bestehende Transparenzregister zur Abwehr der von Investoren ausgehenden Gefahren nicht.<sup>324</sup>

### c) Zwischenergebnis

Weder das Handelsregister noch das Transparenzregister lassen sich zur Bestimmung der aus der Beteiligung von Investoren erwachsenden Gefahren im Einzelfall heranziehen. Für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Zulassung von MVZ durch die Zulassungsausschüsse besteht ein Bedürfnis nach Schaffung eines spezifisch auf die Situation der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgerichteten MVZ-Registers.

## 2. Registerzwecke und Datenkranz

Das zahnärztliche MVZ-Register sollte sowohl der Zulassung zahnärztlicher MVZ als auch der Überwachung sowie dauerhaften Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung dienen. Empfehlenswert wäre, vor dem Beschreiten des Zulassungsverfahrens eine Eintragung in das MVZ-Register entsprechend zur Eintragung der Zahnärzte in das Zahnarztregister zur Voraussetzung zu erheben. Die Registerangaben sollten den Zulassungsausschüssen eine Einschätzung der Eignung des MVZ zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglichen, die mit einer zu schaffenden Regelung in der Zahnärzte-ZV korrespondiert. Darüber hinaus würde es sich empfehlen, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und insbesondere der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die laufende Versorgungsforschung zur Überwachung und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung auf Grundlage des Zahnarzt- sowie des MVZ-Registers zu ermöglichen.

Um diese Zwecke erfüllen zu können, wären folgende Angaben erforderlich:

### - Basisdaten zahnärztlicher MVZ:

Dazu gehören die Daten, die das konkrete MVZ betreffen. Neben den Kontaktangaben fallen hierunter der aktuelle Status der Zulassung sowie Anga-

---

<sup>324</sup> Einzelsachverständige Müller (BMVZ) in der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 4. März 2020, Wortprotokoll der 83. Sitzung, Protokoll-Nr. 19/83, S. 15.

ben zum Antrag, zur Erteilung, zum Ruhen und zu einem potentiellen Entzug der Zulassung. Für die Beurteilung der Tätigkeit des zahnärztlichen MVZ wären überdies Daten zu Zweigpraxen, ausgelagerten Praxisräumen und Kooperationen notwendig.

**- Basisdaten Träger:**

Zu den Basisdaten des MVZ-Trägers gehören Kontaktdaten des Trägers, Angaben zur Rechtsform sowie davon abhängige Angaben zu Geschäftsführern, Gesellschaftern und der Sicherheitsleistung im Sinne des § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V. Sollte eine Trägergesellschaft mehrere MVZ betreiben, läge es nahe, neben den einzelnen MVZ an ihren jeweiligen Standorten die Trägergesellschaft selbst an ihrem Sitz in das Register aufzunehmen.

**- Investor / Krankenhausträger:**

Um die Ausrichtung der Behandlung in dem MVZ abschätzen zu können, muss auch der Krankenhausträger und dessen nachgelagerte Inhaberstruktur vollständig erfasst werden, um hieraus Rückschlüsse über die Beteiligung eines Investors und die Art des Investors ziehen zu können. Über die Informationen zu dem konkreten MVZ hinaus wären Angaben zu dem Betrieb anderer oder der Verkettung anderer MVZ durch den konkreten Investor zweckdienlich.

**- Struktur des zahnärztlichen MVZ:**

Zur Ermittlung der Struktur der in dem MVZ behandelnden Personen wären Angaben über den zahnärztlichen Leiter, die dort tätigen Zahnärzte sowie Assistenten notwendig.

**- Planungsdaten/Quotenberechnung:**

Überwachung und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung erfordern Angaben für die Planungsdaten und Quotenberechnung im Rahmen des § 95 Abs. 1b SGB V. Entsprechend der Bedarfsermittlung sollten die Daten für die allgemein Zahnärztliche Versorgung sowie die kieferorthopädische Versorgung getrennt voneinander aufgeführt werden.

Die nähere Ausgestaltung der einzelnen Registerinhalte, mögliche Verweise zwischen einzelnen Angaben sowie die Frage, welche konkreten Daten allein für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen relevant sind und welche Daten in einem Bundesregister aufgenommen würden, kann das vorliegende Rechtsgutachten nicht abschließend klären. Letzteres bemisst sich jedoch nach den Registerzwecken: Angaben sollten mithin in das Bundesregister aufgenommen werden, soweit sie zur Überwachung und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlich sind.

### 3. Erfordernis eines BAG-Registers?

Wird der Aufbau eines MVZ-Registers erwogen, stellt sich die Frage, inwieweit andere Kooperationen zahnärztlicher Leistungserbringer wie insbesondere Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) in das Register einzubeziehen wären.

Eine BAG ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts „durch die gemeinsame Ausübung der ärztlichen Tätigkeit durch mehrere Ärzte gleicher oder ähnlicher Fachrichtung in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxisausrichtung, gemeinsamer Datenverarbeitung und Abrechnung sowie mit gemeinsamem Personal auf gemeinsame Rechnung geprägt“.<sup>325</sup> Für Zahnärzte ergeben sich Zulässigkeit sowie Umfang der gemeinsamen Sachnutzung und Tätigkeitsausübung aus § 33 Abs. 1 und 2 Zahnärzte-ZV. Die Vertragszahnärzte als jeweilige Adressaten der Zulassung bilden eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine Partnerschaftsgesellschaft für die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit und die gemeinsame Sachnutzung; begrenzt werden bürgerlich-rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten insbesondere durch berufsrechtliche und vertragszahnarztrechtliche Anforderungen.<sup>326</sup> Insbesondere gilt für Vertragszahnärzte in BAG das Erfordernis der Tätigkeit in freier Praxis aus § 32 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV.<sup>327</sup>

Vergegenwärtigt man sich den Grund für den Aufbau des Registers, nämlich die durch die besondere Interessenlage in investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ hervorgerufene Gefahrenlage, wird deutlich, dass eine Einbeziehung von BAG in ein solches Register nicht erforderlich wäre. Ein (struktureller) Renditedruck steht weder für die Mitglieder der BAG noch für die dort angestellten Zahnärzte zu befürchten. Denn eine (finanzielle) Abhängigkeit der Mitglieder der BAG von Investoren stünde einer Tätigkeit der Vertragszahnärzte in freier Praxis entgegen. Insofern gilt im Hinblick auf die typische zeitliche Ausrichtung der Tätigkeit einer BAG gleichsam wie für niedergelassene Vertragszahnärzte eine andere Sachlage als bei investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ. Das zeigt sich auch daran, dass Zahnarztstellen in BAG nur zu 71 Prozent in kreisfreien Großstädten sowie städtischen Kreisen liegen und sich ähnlich wie

---

<sup>325</sup> BSGE 126, 96 (102 Rn. 30) m. w. N. Siehe ferner *Rademacker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 48 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>326</sup> *Quaas*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 15 Rn. 10, 12.

<sup>327</sup> *Quaas*, in: Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 15 Rn. 12.

die Bevölkerung auf die vier Kreistypen verteilen (68 Prozent in diesen städtischen Bereichen); anders als bei MVZ orientiert sich die Verteilung von Einzelpraxen sowie von BAG am Bedarf.<sup>328</sup> Mangels des Vorliegens einer entsprechenden Gefahrenlage besteht kein Erfordernis, BAG in ein solches Register einzubeziehen.

#### **4. Zwischenergebnisse**

Das Bedürfnis für ein zahnärztliches MVZ-Register liegt vor. Bestehende Register wie das Handelsregister oder das Transparenzregister enthalten spezifisch handelsrechtliche Informationen oder dienen der Identifizierung wirtschaftlich berechtigter natürlicher Personen, die hinter gesellschaftsrechtlichen Konstruktionen stehen. Diese Informationen genügen nicht dem Informationsbedürfnis, das für die Beurteilung der Beteiligung von Investoren an Krankenhäusern zum Zweck der Gründung und des Betriebs von zahnärztlichen MVZ besteht. Erforderlich ist die Bildung eines auf die Spezifika zahnärztlicher MVZ ausgerichteten Registers.

Das Register sollte sowohl Aussagen über die Eignung von MVZ für eine ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglichen als auch für die Planung, Überwachung und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung herangezogen werden können. Für die Einbindung in das Zulassungsverfahren wäre maßgeblich, dass eine Pflicht zur Eintragung in das Register begründet würde, die wie für Zahnärzte als Voraussetzung für die Bewerbung um die Zulassung ausgestaltet sein müsste. Der in das Register aufzunehmende Datenkranz würde sich nach den Zwecken des Registers bemessen. Über die im Rahmen des Zulassungsverfahrens bisher vorgelegten Informationen hinaus sollte das Register Angaben über die Ebenen hinter den Krankenhausgesellschaften und damit Auskünfte über die Beteiligung von Investoren sowie deren Absichten ermöglichen.

Es besteht kein Bedürfnis für die Aufnahme von Berufsausübungsgemeinschaften in das MVZ-Register. Deren Situation weicht entscheidend von derjenigen zahnärztlicher MVZ ab und begründet keine Gefahr durch Investorenaktivitäten für die Versorgungsqualität und die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

---

<sup>328</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 48 (Abbildung 16), 50 (Abbildung 18).

## II. Ausgestaltung des Registers

Nachfolgend soll die mögliche Ausgestaltung des Registers näher untersucht werden. Dies setzt zunächst Überlegungen zur Verteilung der Aufgabe der Registerführung voraus. Anschließend werden die Befugnis zur Sammlung und Verarbeitung der Daten in dem Register sowie die Übermittlungen zwischen der registerführenden Stelle und den Zulassungsausschüssen betrachtet.

### 1. Registerführende Stelle

§ 98 Abs. 2 Nr. 5 SGB V sieht die Führung eines Zahnarztregisters durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Führung eines Bundeszahnarztregisters durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vor. Nähere Regelungen hierzu enthalten die §§ 1 bis 10 Zahnärzte-ZV.

Da das zahnärztliche MVZ-Register sein Vorbild im Zahnarztregister fände, läge eine Anknüpfung an die parallele Registerführung auch für das MVZ-Register nahe. Insofern bietet sich analog zum Zahnarztregister ein MVZ-Register an, welches bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geführt wird und dessen Daten (teilweise) in ein Bundesregister übertragen werden, das bei der KZBV angesiedelt ist. Aus der Verteilung der zahnärztlichen MVZ im gesamten Bundesgebiet – und für den Fall der Gründung durch ein Krankenhaus – unabhängig vom Sitz seines Gründers könnte auf die Notwendigkeit eines maßgeblich auf Bundesebene geführten MVZ-Registers geschlossen werden. Hierfür spricht auch, dass gegenüber dem (Bundes-)Zahnarztregister ein höherer wechselseitiger Datenaustausch zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung erforderlich sein wird. Aufnahmen in das Register oder die Zulassung zahnärztlicher MVZ in dem Bezirk einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung könnten bei Vorliegen einer (regional übergreifenden) Verkettung von MVZ zu Veränderungen der Registerdaten in Bezirken anderer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen führen. Die in das Register aufgenommenen Informationen zu den Investoren und zur Verkettung mit anderen Versorgungszentren unterlägen insoweit voraussichtlich dynamischeren Änderungen als die im Zahnarztregister geführten Informationen.

Durch eine reine Zentralisierung der Registerführung würden jedoch der Gleichlauf des Zulassungsverfahrens und die dezentral effektive Führung der Register für die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung vor Ort modifiziert. Die bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vorhandene Kompetenz einerseits sowie die örtliche Nähe andererseits sprechen dafür, die Registerführung bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen anzusiedeln und wie für das Zahnarztregister auf Bundesebene ein getrenntes Register zu führen.

Aufgrund der zu erwartenden Änderungen bedürfte es jedoch neben dem oben beschriebenen wechselseitigen Datenaustausch eines Koordinierungsprozesses, der bei Änderungen in einem Bezirk mit Auswirkungen in anderen Bezirken einen vertikalen oder horizontalen Informationsaustausch gewährleistet.

## 2. Verarbeitung von Sozialdaten

Das Sozialgesetzbuch konkretisiert die Vorgaben der unmittelbar geltenden Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) an verschiedenen Stellen.<sup>329</sup> § 35 Abs. 2 S. 1 SGB I bestimmt insoweit, dass die Vorschriften des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches und der übrigen Bücher des Sozialgesetzbuches die Verarbeitung von Sozialdaten abschließend regeln, soweit nicht die Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) unmittelbar gilt. Sozialdaten sind gemäß der Legaldefinition in § 67 Abs. 2 S. 1 SGB X personenbezogene Daten im Sinne von Art. 4 Nr. 1 DSGVO, die von einer in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch verarbeitet werden. Gemäß § 67 Abs. 3 SGB X sind Aufgaben auch solche, die aufgrund von Verordnungen erbracht werden, deren Ermächtigungsgrundlage im Sozialgesetzbuch enthalten ist. In § 35 Abs. 1 S. 1 und 4 SGB I werden primär die Leistungsträger und ihre Verbände genannt, darüber hinaus unter anderem die in diesem Gesetzbuch aufgeführten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen und damit die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.<sup>330</sup> Durch die Verarbeitung von personenbezogenen Daten durch die genannten Stellen werden diese Daten in den Rang von Sozialdaten erhoben.<sup>331</sup> Personenbezogene Daten sind gemäß Art. 4 Nr. 1 Hs. 1 DSGVO alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare *natürliche* Person beziehen. Juristische Personen sind vom Schutzbereich des Sozialdatenschutzrechts grundsätzlich nicht umfasst, es sei denn die Einzelangaben über juristische Personen oder Personengesellschaften sind geeignet, einen Bezug zu einer natürlichen

---

<sup>329</sup> *Schifferdecker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 285 SGB V Rn. 2 (Stand der Kommentierung: März 2019).

<sup>330</sup> *Gutzler*, in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht, 57. Edition (Stand: 1. Juni 2020), § 35 SGB I Rn. 41.

<sup>331</sup> *Leopold*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 67 SGB X Rn. 40 (Stand der Kommentierung: März 2018).

Person herzustellen<sup>332</sup>, oder bei den Daten handelt es sich um betriebs- und geschäftsbezogenen Daten mit Geheimnischarakter, welche den Sozialdaten gleichgestellt sind (siehe § 35 Abs. 4 SGB I in Verbindung mit § 67 Abs. 1 S. 2 SGB X). Der Geheimnischarakter ist dann gegeben, wenn die Daten nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sowie Interessierten nicht ohne Weiteres zugänglich sind und wenn der Betriebs- und Geschäftsinhaber ein von seinem Standpunkt aus sachlich begründetes Interesse an der Geheimhaltung hat.<sup>333</sup>

### a) Erhebung und Verarbeitung von Sozialdaten der Zahnärzte

Für die Erhebung und die Speicherung sowie die Verarbeitung der erhobenen Sozialdaten der *Zahnärzte* durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind in § 285 Abs. 1 und 4 SGB V nähere Voraussetzungen als spezifische nationale Bestimmungen zur Anwendung der Datenschutz-Grundverordnung gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. c und e, Abs. 2 DSGVO geregelt.<sup>334</sup> Demnach dürfen Kassenzahnärztliche Vereinigungen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Zahnärzte nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung der dort aufgelisteten Aufgaben erforderlich ist. Zu den Aufgaben zählen insbesondere die Führung des Zahnarztregisters (Nr. 1) und die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung (Nr. 2). Rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten dürfen nur für die in Abs. 1 genannten Zwecke in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuchs oder nach § 13 Abs. 5 des Infektionsschutzgesetzes angeordnet oder erlaubt ist (§ 285 Abs. 3 S. 1 SGB V). Die Verarbeitung von Daten bestimmt sich nach Art. 4 Nr. 2 DSGVO und bezeichnet jeden mit Hilfe oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten; dies umfasst das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung,

---

<sup>332</sup> *Rombach*, in: Hauck/Noftz, SGB X. Kommentar, § 67 SGB X Rn. 28 (Stand der Kommentierung: April 2020).

<sup>333</sup> *Rombach*, in: Hauck/Noftz, SGB X. Kommentar, § 67 SGB X Rn. 179 f. (Stand der Kommentierung: April 2020).

<sup>334</sup> *Schifferdecker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 285 SGB V Rn. 2 (Stand der Kommentierung: März 2019).

die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung.<sup>335</sup> § 285 Abs. 3 S. 3 bis 6 SGB V regeln die Befugnis zur Übermittlung der Daten unter den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bei bezirksübergreifend tätigen Zahnärzten.<sup>336</sup> Mit der Aufgabenübertragung der Führung eines MVZ-Registers erfolgte die Datenübermittlung personenbezogener Daten der Zahnärzte von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sowie gegebenenfalls an die Zulassungsausschüsse aufgrund einer Erlaubnis durch Rechtsvorschriften im Sozialgesetzbuch. Bei einer Ausgestaltung des MVZ-Registers, das sich am Zahnarztregister orientiert, sähe darüber hinaus die Zulassungsverordnung für Zahnärzte Regelungen zur Übermittlung der Registerdaten vor.

**b) Erhebung und Verarbeitung von Sozialdaten anderer Personen sowie der den Sozialdaten gleichgestellten betriebs- und geschäftsbezogenen Daten mit Geheimnischarakter**

Die Zulässigkeit der Erhebung von Sozialdaten anderer Personen sowie der den Sozialdaten gleichgestellten betriebs- und geschäftsbezogenen Daten mit Geheimnischarakter regelt § 67a SGB X. Die Erhebung von Sozialdaten ist gemäß § 67a Abs. 1 S. 1 SGB X durch die entsprechenden Stellen zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Dabei gilt im Grundsatz, dass die Sozialdaten bei der betreffenden Person zu erheben sind (§ 67a Abs. 2 S. 1 SGB X). Soweit das MVZ-Register auf der Ebene außerhalb des MVZ Sozialdaten erheben würde, wäre dies nach Maßgabe von § 67a Abs. 2 S. 2 Nr. 2 Buchst. a SGB X nur zulässig, wenn eine Rechtsvorschrift die Erhebung zuließe oder die Übermittlung an die erhebende Stelle ausdrücklich vorschreiben würde.

Die Speicherung, Veränderung oder Nutzung von Sozialdaten durch die in § 35 SGB I genannten Stellen ist gemäß § 67c Abs. 1 S. 1 SGB X zulässig, wenn sie zur Erfüllung der in der Zuständigkeit des Verantwortlichen liegenden gesetzlichen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich ist und für die Zwecke erfolgt, für welche die Daten erhoben wurden. Insoweit setzt die Verarbeitung der Daten eine Bindung an den Erhebungszweck voraus. Die Übermittlung von Sozialdaten ist gemäß § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X zulässig, soweit

---

<sup>335</sup> Siehe auch *Schifferdecker*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 285 SGB V Rn. 8 (Stand der Kommentierung: März 2019).

<sup>336</sup> Siehe dazu *Michels*, in: Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V. Kommentar, 7. Aufl. 2020, § 285 Rn. 5.

sie für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben wurden, oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der datenübermittelnden Stelle oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der datenempfangenden Stelle im Sinne von § 35 Abs. 1 SGB I erforderlich ist.

### c) MVZ-Register und Sozialdaten

Insofern ist für die Einführung eines MVZ-Registers Folgendes zu beachten: Die Regelungen unterscheiden nach der Erhebung und Speicherung von Sozialdaten einerseits sowie andererseits nach der weiteren Verarbeitung *rechtmäßig* gespeicherter Sozialdaten. Daten, die allein an die (juristische) Person einer MVZ-Trägersgesellschaft anknüpfen, dürften mangels Personenbezugs und bei fehlendem Geheimnischarakter keine Sozialdaten im Sinne des § 67 Abs. 2 S. 1 SGB V darstellen und unterfallen dementsprechend nicht dem § 285 Abs. 1 und 3 SGB V oder den §§ 67a, 67c und 69 SGB X. Soweit aber Daten von in MVZ tätigen Zahnärzten oder anderen natürlichen Personen oder betriebs- oder geschäftsbezogenen Daten mit Geheimnischarakter betroffen sind, handelt es sich um Sozialdaten. Würde den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Führung des MVZ-Registers als Aufgabe zugewiesen, bestimmten sich die Befugnis zur Datenerhebung und -speicherung sowie zur Verarbeitung sowohl für Zahnärzte als auch für andere Personen nach der Erforderlichkeit zur Erfüllung der Aufgabe<sup>337</sup> und richteten sich damit letztlich nach den Registerzwecken. Für Sozialdaten der Zahnärzte empfiehlt sich zur Klarstellung eine Aufnahme der Führung des MVZ-Registers in § 285 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Um Daten der MVZ rechtssicher verarbeiten zu dürfen, könnte gleichermaßen eine Regelung in § 285 SGB V eingefügt werden, wonach die Speicherung und Verarbeitung von Sozialdaten auch auf andere (zahn)ärztliche Leistungserbringer erstreckt werden, soweit Sozialdaten betroffen sind.

Des Weiteren sprechen die ausdrücklichen und detailreichen Regelungen in § 285 Abs. 3 S. 3 bis 6 SGB V dafür, die Übermittlung der Daten unter den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bzw. von dieser zurück an die Vereinigungen ausdrücklich in § 285 Abs. 3 SGB V zu verankern. Möglich wäre auch, die Übertragung an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung durch eine Rechtsvorschrift im Sozialgesetzbuch im Rahmen der Regelung zur Eintragungspflicht sowie zum Inhalt des MVZ-Registers zu erlauben.

---

<sup>337</sup> Vgl. *Fischinger/Monsch*, in: Spickhoff (Hrsg.), *Medizinrecht*, 3. Aufl. 2018, § 285 Rn. 2 und 4.

Für die Übermittlung der Daten aus dem Zahnarztregister sieht § 9 Abs. 3 Zahnärzte-ZV auf Anforderung die Überlassung der Registerakten der am Zulassungsverfahren beteiligten Zahnärzte an die Zulassungs- und Berufungsausschüsse zur Einsicht vor. Hierin läge eine Offenlegung von Sozialdaten, soweit das MVZ-Register Daten von natürlichen Personen enthielte. Erachtet man diese Datenoffenlegung als von der Aufgabe der Führung des Zahnarztregisters gedeckt an, gälte dies entsprechend für ein zahnärztliches MVZ-Register, wenn seine Führung gesetzlich den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zugewiesen würde.

### **3. Zwischenergebnisse**

Analog zum Zahnarztregister liegen die Führung eines MVZ-Registers durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Führung eines MVZ-Bundesregisters durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung nahe. Die Vorschriften zur Registerführung sollten einen Koordinierungsprozess vorsehen, der Auswirkungen von Registereintragungen auf Register in anderen Bezirken regelt, um die Register insgesamt auf demselben Stand zu halten. Dies könnte horizontal auf der Ebene der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder vertikal über die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung erfolgen.

Aus dem Ersten Buch und dem Zehnten Buch des Sozialgesetzbuchs sowie aus § 285 Abs. 1, 3 und 4 SGB V ergeben sich Anforderungen an die Verarbeitung von Sozialdaten. Sozialdaten sind personenbezogene Daten, die von bestimmten, in § 35 SGB I aufgeführten Stellen verarbeitet werden. § 285 Abs. 1 und 3 SGB V sehen für die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung von Sozialdaten von Zahnärzten einen Bezug zu bestimmten Aufgaben sowie die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung vor. Die Erhebung von Sozialdaten anderer Personen sowie der den Sozialdaten gleichgestellten betriebs- und geschäftsbezogenen Daten mit Geheimnischarakter knüpft an die Erforderlichkeit zur Erfüllung einer gesetzlich zugewiesenen Aufgabe an. Die weitere Verwendung der erhobenen Daten orientiert sich darüber hinaus an der Einhaltung des Erhebungszwecks.

Die datenschutzrechtliche Zulässigkeit des Aufbaus eines MVZ-Registers bemisst sich maßgeblich danach, ob den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Führung des Registers als Aufgabe übertragen würde. Für Sozialdaten von Zahnärzten wäre eine Erweiterung von § 285 Abs. 1 Nr. 1 SGB V um die Führung des Registers erforderlich. Soweit es zur Aufnahme von Sozialdaten anderer natürlicher Personen sowie der den Sozialdaten gleichgestellten betriebs- und geschäftsbezogenen Daten mit Geheimnischarakter in das MVZ-Register käme, sollte die Erhebung der

Daten bei den MVZ ausdrücklich zugelassen und eine Übermittlung der Daten auch der Investorenebene durch die Antragsteller vorgeschrieben werden.

### **III. Verfassungsrechtliche Beurteilung**

Die Einführung eines MVZ-Registers, in dem die Daten der MVZ-Trägergesellschaften erhoben und gespeichert werden, müsste mit höherrangigem Recht vereinbar sein. Entsprechende Regelungen müssten sich insbesondere innerhalb der bereits skizzierten Grenzen bewegen, die dem Gesetzgeber durch die Grundrechte gezogen sind.

#### **1. Eingriff in eine grundrechtliche geschützte Freiheit**

Der zwangsweise Zugriff auf die Daten für das Register könnte wegen seines Bezugs zur Zulassung sowohl die in Art. 12 Abs. 1 GG garantierte Freiheit der Berufsausübung als auch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG<sup>338</sup> betreffen. Dieses Recht gewährleistet einer juristischen Person über Art. 19 Abs. 3 GG „einen Grundrechtsschutz vor Gefährdungen, die von staatlichen informationellen Maßnahmen ausgehen können“.<sup>339</sup>

#### **2. Verfassungsrechtliche Rechtfertigung von Grundrechtseingriffen**

Nach Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG kann die Berufsausübung durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden. Entsprechendes gilt für das Recht auf informationelle Selbstbestimmung durch die in Art. 2 Abs. 1 GG enthaltene Schranke der verfassungsmäßigen Ordnung.<sup>340</sup> Voraussetzung für die Rechtfertigung von Grundrechtseingriffen ist mithin ein formell und materiell verfassungsmäßiges Gesetz. Unter Wahrung der Voraussetzungen des Art. 80 Abs. 1 GG wären Regelungen zur Einführung eines MVZ-Registers teilweise auf gesetzlicher Grundlage und teilweise in der Zahnärzte-ZV möglich.

---

<sup>338</sup> Siehe hierzu *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 2 Rn. 6b.

<sup>339</sup> BVerfGE 118, 168 (204).

<sup>340</sup> Vgl. BVerfGE 65, 1 (44); 115, 166 (190); *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 2 Rn. 12, 18.

### a) Formelle Verfassungsmäßigkeit

Formell bewegt sich der Bundesgesetzgeber mit Regelungen für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts und damit im Rahmen seiner konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz aus Art. 72 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG.

### b) Materielle Verfassungsmäßigkeit

Materiell müsste die Einführung eines zahnärztlichen MVZ-Registers den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wahren. Demnach dürfen staatliche Maßnahmen nicht unbegrenzt und unbegründet sein, sondern müssen sich anhand eines benennbaren Zwecks in ihrem Umfang und Ausmaß messen lassen.<sup>341</sup> Zu prüfen ist, ob die Maßnahme einen legitimen Zweck erfüllt sowie geeignet, erforderlich und angemessen ist.<sup>342</sup>

#### aa) Legitimer Zweck

Hinsichtlich der Zwecke, die der Gesetzgeber verfolgen darf, steht diesem ein weiter Gestaltungsspielraum zu.<sup>343</sup> Verfassungsrechtlich lassen sich „absolute“, also in der Verfassung selbst vorgegebene Gemeinschaftswerte von „relativen“ Gemeinschaftsinteressen unterscheiden, die der Gesetzgeber erst in einen solchen Rang erhebt.<sup>344</sup> Der Aufbau eines MVZ-Registers zielte primär auf die Schaffung von Transparenz in einem bisher für die Selbstverwaltungsorganisationen intransparenten, aber für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe relevanten Aufgabengebiets. Das MVZ-Register stünde in einer Zusammenschau mit der Modifizierung des Zulassungsverfahrens zur vertragszahnärztlichen Versorgung für zahnärztliche MVZ durch Angleichung an die Voraussetzungen für natürliche Personen dergestalt, dass die Eignung der MVZ-Trägersgesellschaften zur Voraussetzung der Zulassung erhoben würde. Mittelbar diene das Register damit der Sicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung, indem auf seiner Grundlage im Einzelfall ungeeignete Leistungserbringer nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen würden. Die Sicherstellung dieser

---

<sup>341</sup> Vgl. *Grzeszick*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz, Art. 20 Rn. 107 (Stand der Kommentierung: November 2006).

<sup>342</sup> Siehe dazu im Einzelnen *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Vorb. Art. 1 Rn. 62 ff.

<sup>343</sup> Siehe etwa BVerfGE 121, 317 (350); 134, 242 (292 Rn. 172); 143, 246 (347 Rn. 283).

<sup>344</sup> Vgl. BVerfGE 13, 97 (107); *Sodan*, Berufsständische Zwangsvereinigung auf dem Prüfstand des Grundgesetzes, 1991, S. 51 f.

Versorgung durch geeignete Leistungserbringer trägt zur Aufrechterhaltung des Versorgungssystems sowie zur Versorgungsqualität bei und stellt einen legitimen Zweck dar.

### **bb) Geeignetheit**

Ein Mittel ist im Sinne des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit geeignet, „wenn mit seiner Hilfe der gewünschte Erfolg gefördert werden kann“.<sup>345</sup> Das Mittel muss also nicht optimal sein; ausreichend ist, wenn es der Zweckerreichung dienlich ist.<sup>346</sup>

Die Erhebung und die Speicherung der Daten in einem Register und deren weitere Verarbeitung leisten einen Beitrag sowohl für die Beurteilung der Eignung von Zulassungsbewerbern durch die Zulassungsausschüsse als auch für die Planung und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Die Einführung eines zahnärztlichen MVZ-Registers wäre deshalb eine geeignete Maßnahme.

### **cc) Erforderlichkeit**

Grundsätzlich ist eine staatliche Maßnahme erforderlich, wenn sich der Zweck nicht durch ein anderes, gleich wirksames Mittel erreichen lässt, welches das betroffene Grundrecht nicht oder weniger stark einschränkt.<sup>347</sup>

Die bloße Erfassung der Daten sowohl für die zahnärztlichen MVZ als auch die Ebene der Krankenhäuser und Investoren stellt bereits ein relativ mildes Mittel dar. Sie ist erforderlich, um einen Überblick über die Investorentätigkeit im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erhalten. Wie bereits dargelegt wurde, sind die Daten nicht anderweitig zu erhalten, so dass ein milderer, aber gleich wirksames Mittel als die Bildung eines Registers nicht ersichtlich ist.

---

<sup>345</sup> BVerfGE 30, 292 (316); 115, 276 (308); fast wortgleich BVerfGE 126, 112 (144).

<sup>346</sup> Dreier, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz, Bd. I, 3. Aufl. 2013, Vorb. Art. 1 Rn. 147.

<sup>347</sup> Vgl. etwa BVerfGE 30, 292 (316); 78, 38 (50); 90, 145 (172); 126, 112 (144 f.); 135, 90 (118 Rn. 74).

### **dd) Angemessenheit**

Eine staatliche Maßnahme muss angemessen bzw. verhältnismäßig im engeren Sinne sein. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist eine Maßnahme angemessen, wenn „bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt“ ist.<sup>348</sup>

Der Eingriff in Form der Bildung eines Registers bei den für die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung zuständigen Selbstverwaltungskörperschaften würde für MVZ, die sich um die Zulassung bewerben, sowie für hinter Krankenhäusern stehende Investoren nicht besonders schwer wiegen. Bis auf die Angaben zu den Investoren und der Zugehörigkeit eines MVZ zu einer Kette müssen die Daten im Rahmen der Zulassung auch bisher gegenüber den Zulassungsausschüssen – und hinsichtlich der beschäftigten Zahnärzte gegenüber den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen – offengelegt werden. Demgegenüber kommt der langfristigen Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Versorgungsqualität, die durch diese Maßnahme auf einem hohen Niveau erhalten werden soll, ein ganz erhebliches Gewicht zu. Die Maßnahme der Erhebung und Speicherung der Daten in einem MVZ-Register sowie weitere Verarbeitung dieser Daten insbesondere zur Planung, Überwachung und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bliebe weit hinter der durch die Zumutbarkeit gezogenen Grenze zurück. Der Aufbau eines MVZ-Registers wäre angemessen bzw. verhältnismäßig im engeren Sinne.

### **c) Zwischenergebnis**

Die auf einer gesetzlichen Grundlage erfolgende Erhebung und Speicherung und weitere Verarbeitung der Angaben auf den Ebenen der MVZ, der Gründer sowie gegebenenfalls dahinterstehender Investoren wäre formell und materiell verfassungsgemäß.

---

<sup>348</sup> BVerfGE 68, 272 (282); vgl. etwa auch BVerfGE 61, 291 (312); 102, 197 (220).

### 3. Zwischenergebnis

Die Erhebung sowie die Speicherung und Verarbeitung der Daten zu Gründern, Investoren und Betreibern von MVZ in einem speziellen MVZ-Register ließen sich verfassungsrechtlich rechtfertigen.

### IV. Regelungsvorschläge

Da das MVZ-Register dem Zahnarztregister nachgebildet werden soll, werden den nachfolgenden Regelungsvorschlägen im Wesentlichen die Vorschriften zum Zahnarztregister zugrunde gelegt. Die Änderungen gegenüber den derzeitigen Normfassungen sind *kursiv* hervorgehoben:

#### Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

##### § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

[...]

(2) <sup>1</sup>Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. <sup>2</sup>Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. <sup>3</sup>Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag

1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,

2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.

<sup>4</sup>Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. <sup>5</sup>Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind. <sup>6</sup>Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. <sup>7</sup>Für die Zulassung eines zahn-

*ärztlichen medizinischen Versorgungszentrums ist die vorherige Eintragung in ein MVZ-Register (§ 95e) erforderlich.* <sup>8</sup>Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. <sup>9</sup>Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind; Absatz 9b gilt entsprechend. <sup>10</sup>Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen. <sup>11</sup>Abweichend von Satz 10 ist einem Antrag trotz einer nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordneten Zulassungsbeschränkung stattzugeben, wenn mit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. <sup>12</sup>Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

[...]

### **§ 95e Eintragung in das zahnärztliche MVZ-Register**

*(1) Auf Antrag werden medizinische Versorgungszentren sowie Trägergesellschaften von zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren einschließlich aller nachgelagerten Inhaberebenen in das zahnärztliche MVZ-Register eingetragen.*

*(2) Voraussetzung für die Eintragung ist die Gründung einer Trägergesellschaft.*

*(3) Das Nähere regelt die Zulassungsverordnung für Zahnärzte.*

### **§ 98 Zulassungsverordnungen**

[...]

(2) Die Zulassungsvoraussetzungen müssen Vorschriften enthalten über

[...]

*5a. die Führung der MVZ-Register durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Führung eines Bundes-MVZ-Registers durch die Kassen-*

*zahnärztliche Bundesvereinigung sowie das Recht auf Einsicht in diese Register und Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Zahnärzte und Krankenkassen,*

6. das Verfahren für die Eintragung in die Arztregister *sowie die MVZ-Register* sowie über die Verfahrensgebühren unter Berücksichtigung des Verwaltungsaufwandes und der Bedeutung der Angelegenheit für den Gebührenschuldner,

[...],

10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrages aus der Zulassung,

[...]

### **§ 285 Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen**

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzte nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung der folgenden Aufgaben erforderlich ist:

1. Führung des Arztregisters (§ 95),

[...]

*(3b) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung dürfen über Absatz 1 hinaus Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Zahnärzte und der zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren erheben, speichern, verarbeiten sowie untereinander übermitteln, soweit dies zur Führung der zahnärztlichen MVZ-Register und des MVZ-Bundesregisters (§§ 95, 95e) und für Zwecke der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlich ist. Die Absätze 3 und 3a gelten entsprechend.*

## **Änderungen der Zahnärzte-ZV**

### **Abschnitt II**

#### **MVZ-Register**

##### **§ 10a**

(1) Für jeden Zulassungsbezirk führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung neben dem MVZ-Register die Registerakten.

(2) Das MVZ-Register erfasst die zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie die Trägergesellschaften von medizinischen Versorgungszentren, welche die Voraussetzungen von § 10c erfüllen und ihre Eintragung nach § 10d beantragt haben.

##### **§ 10b**

(1) <sup>1</sup>Das MVZ-Register muss die Angaben über die Träger des medizinischen Versorgungszentrums einschließlich der Trägergesellschaft und ihrer Gesellschafter sowie über die Tätigkeit der Trägergesellschaft enthalten, die für die Zulassung von Bedeutung sind. <sup>2</sup>Ist an einem medizinischen Versorgungszentrum ein Krankenhaus beteiligt, sind insbesondere Angaben über die Eigentümerstruktur des Krankenhauses einschließlich aller nachgelagerten Inhaberstrukturen erforderlich. <sup>3</sup>Änderungen innerhalb der Angaben nach den Sätzen 1 und 2 müssen unverzüglich angezeigt werden.

(2) Das MVZ-Register ist nach dem Muster der Anlage zu führen.

##### **§ 10c**

(1) Die Eintragung in das MVZ-Register ist bei der nach § 10d zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu beantragen.

(2) <sup>1</sup>Voraussetzungen für die Eintragung ist

a) die Gründung einer Trägergesellschaft und

b) die Auskunft über die Gesellschafter der Trägergesellschaft einschließlich aller nachgelagerten Inhaberstrukturen.

<sup>2</sup>Ist an der Trägergesellschaft ein Krankenhaus beteiligt, sind insbesondere auch Angaben darüber erforderlich, ob an der Krankenhausträgergesellschaft versorgungsfremde Investoren beteiligt sind.

### **§ 10d**

*(1) Die Trägergesellschaft ist in das MVZ-Register des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem sie ihren Sitz hat.*

*(2) Der Antrag muss die zur Eintragung erforderlichen Angaben enthalten. Die Angaben sind nachzuweisen; insbesondere sind der Gesellschaftsvertrag und die Nachweise zu den Gesellschaftern beizufügen.*

*(3) Anstelle von Urschriften können ausnahmsweise amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.*

*(4) Wird ein medizinisches Versorgungszentrum zugelassen, wird es in das MVZ-Register des Vertragszahnarztsitzes aufgenommen.*

### **§ 10e**

*(1) Wechselt der Sitz der Trägergesellschaft eines medizinischen Versorgungszentrums, ist sie in das MVZ-Register des Zulassungsbezirks des neuen Sitzes umzuschreiben.*

*(2) Die bisher registerführende Stelle hat einen Registerauszug und die Registerakten der Trägergesellschaft der zuständigen registerführenden Stelle zu übersenden.*

### **§ 10f**

*(1) <sup>1</sup>Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums ist als solche im MVZ-Register kenntlich zu machen. <sup>2</sup>Stimmen der Sitz der Trägergesellschaft und der von ihr getragenen medizinischen Versorgungszentren nicht überein, werden sowohl die Trägergesellschaft als auch die medizinischen Versorgungszentren an ihrem jeweiligen Sitz im MVZ-Register geführt.*

*(2) <sup>1</sup>Tatsachen, die für die Zulassung, ihr Ruhen, ihren Entzug oder ihr Ende von Bedeutung sind, werden von Amts wegen oder auf Antrag des medizinischen Versorgungszentrums, einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung, einer Krankenkasse oder eines Landesverbands der Krankenkassen in den Registerakten eingetragen. <sup>2</sup>Das medizinische Versorgungszentrum ist zu dem Antrag auf Eintragung zu hören, falls es die Eintragung nicht selbst beantragt hat. <sup>3</sup>Stimmen der Sitz des medizinischen Versorgungszentrums und derjenige seiner Trägergesellschaft nicht überein, werden die Tatsachen auch bei der Trägergesellschaft eingetragen.*

*(3) Unanfechtbar gewordene Beschlüsse in Disziplinarangelegenheiten (§ 81 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), mit Ausnahme der Verwarnung, sind zu den Registerakten zu nehmen; sie sind nach Ablauf von fünf Jahren, nachdem der Beschluss unanfechtbar geworden ist, aus den Registerakten zu entfernen und zu vernichten.*

### **§ 10g**

*Das medizinische Versorgungszentrum oder die Trägergesellschaft wird aus dem MVZ-Register gestrichen, wenn*

- a) es dies beantragt,*
- b) es aufgelöst wurde,*
- c) die Voraussetzungen nach § 10c Abs. 2 fehlerhaft angegeben worden sind,*
- d) Änderungen nach § 10b Abs. 1 nicht unverzüglich angezeigt wurden.*

### **§ 10h**

*(1) Über Eintragungen und Streichungen im MVZ-Register und in den Registerakten beschließt der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung oder die durch die Satzung bestimmte Stelle.*

*(2) Das medizinische Versorgungszentrum sowie die Trägergesellschaft erhalten über die sie betreffenden Eintragungen und Streichungen sowie über die Ablehnung ihrer Anträge auf Eintragung oder Streichung einen schriftlichen Bescheid.*

### **§ 10i**

*(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen können das MVZ-Register und bei Darlegung eines berechtigten Interesses die Registerakten einsehen.*

*(2) Das medizinische Versorgungszentrum kann selbst oder durch einen Bevollmächtigten bei berechtigtem Interesse das MVZ-Register und die ihn betreffenden Registerakten einsehen.*

*(3) Den Zulassungs- und Berufungsausschüssen sind die Registerakten der am Zulassungsverfahren beteiligten medizinischen Versorgungszentren sowie ihrer Trägergesellschaften auf Anfordern zur Einsicht zu überlassen.*

### **§ 10j**

*(1) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung führt das Bundes-MVZ-Register nach dem Muster der Anlage.*

*(2) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen Eintragungen und Veränderungen in den MVZ-Registern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung unverzüglich mit.*

*(3) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung teilt Tatsachen, die für das MVZ-Register von Bedeutung sind, der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung unverzüglich mit.*

### **V. Zwischenergebnisse**

Es besteht ein Bedürfnis für ein zahnärztliches MVZ-Register. Bestehende Register wie das Handels- oder das Transparenzregister lassen sich nicht zur Bestimmung der Gefahren durch die Beteiligung von Investoren heranziehen. Die Zwecke des MVZ-Registers müssten sich an der vorgesehenen Verwendung sowohl zur Planung, Überwachung und Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung als auch für die Zulassung von MVZ orientieren. Der Datenkranz des Registers sollte in der Folge Angaben zu dem jeweiligen MVZ, zu seinen Trägern, zu hinter den Trägern stehenden Investoren sowie zu den Planungsdaten umfassen, die für § 95 Abs. 1b SGB V von Bedeutung sind. Die Einbeziehung von Berufsausübungsgemeinschaften in das Register oder der Aufbau eines eigenen BAG-Registers wären nicht erforderlich.

Registerführende Stellen sollten die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sein; wie für das Zahnarztregister sollte bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ein MVZ-Bundesregister eingerichtet werden. Die Vorschriften zur Registerführung sollten einen Koordinierungsprozess zur Regelung der Auswirkungen von Registereintragungen auf Register in anderen Bezirken ermöglichen, um die Register insgesamt auf demselben aktuellen Stand zu halten. Die datenschutzrechtliche Zulässigkeit des Aufbaus eines MVZ-Registers bemisst sich maßgeblich danach, ob den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Führung des MVZ-Registers als Aufgabe übertragen würde. Für Sozialdaten von Zahnärzten wäre eine Erweiterung von § 285 Abs. 1 Nr. 1 SGB V um die Führung des Registers erforderlich. Soweit Sozialdaten anderer natürlicher Personen sowie den Sozialdaten gleichgestellte betriebs- und geschäftsbezogene Daten mit Geheimnischarakter in das MVZ-Register aufgenommen würden, sollte die Erhebung der Daten bei den MVZ ausdrücklich zugelassen und eine Übermittlung der Daten auch der Investorenebene durch die Antragsteller vorgeschrieben werden.

Aus verfassungsrechtlicher Perspektive würde der Aufbau eines zahnärztlichen MVZ-Registers auf keine besonderen Hürden stoßen. Die auf einer gesetzlichen Grundlage erfolgende Erhebung, Speicherung und weitere Verarbeitung der Angaben auf den Ebenen der MVZ, der Gründer sowie gegebenenfalls dahinterstehender Investoren wäre formell und materiell verfassungsgemäß.

### **C. Eignung von investorenbetriebenen MVZ**

Die Zulassung eines zahnärztlichen MVZ folgt gemäß § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV entsprechend den Vorgaben für die Zulassung von natürlichen Personen. Wie bereits dargelegt wurde, erfolgt im Rahmen des auf Zulassung zahnärztlicher MVZ gerichteten Verfahrens die Prüfung der Eignung der Zahnärzte, jedoch nicht derjenigen der Trägergesellschaft des MVZ. Ließen sich Kriterien entwickeln, die eine Bestimmung investorenspezifischer Gefahren durch MVZ indizieren, läge es nahe, diese mangels Eignung zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung durch entsprechende Regelungen des Zulassungsrechts aus der Versorgung auszuschließen. Hierdurch würde ein Gleichlauf des Zulassungsrechts für natürliche Personen und für MVZ hergestellt, der ihren Besonderheiten gerecht würde.

#### **I. Eignung zur vertragszahnärztlichen Versorgung**

Will man die Eignung als MVZ-Trägergesellschaft oder die Eignung der Krankenhausträgergesellschaft für die Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung untersuchen, bedarf es zunächst der Überlegung, ob eine Nichteignung der Trägergesellschaft respektive der hinter ihr stehenden Eigentümer im Rahmen der Zulassung des zahnärztlichen MVZ berücksichtigt werden kann. Der Gesetzgeber hat in § 95 Abs. 1a S. 1 und 3 SGB V geregelt, dass zugelassene Krankenhäuser MVZ etwa in der Rechtsform der GmbH gründen dürfen. Nähme man im Zulassungsverfahren nunmehr einige Krankenhäuser oder Strukturen der Trägergesellschaften von der Befugnis zur Gründung zahnärztlicher MVZ mangels Eignung kategorisch aus, entstünde zumindest vordergründig ein Wertungswiderspruch.

##### **1. Eignung als Kriterium**

Entscheidend für die Berücksichtigung der Eignung etwa einer juristischen Person im Rahmen der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung ist, ob § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V durch die Eröffnung der Rechtsformen deren Eignung für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung vorbestimmt.

### a) Wortlaut

Nach § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V ist die Gründung eines MVZ nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform möglich. Aus der Verwendung des Wortes „*nur*“ wird ersichtlich, dass die Aufzählung abschließend ist und eine Einschränkung darstellt.<sup>349</sup> Ob die zugelassenen Rechtsformen deshalb uneingeschränkt für die vertragszahnärztliche Versorgung geeignet sind, lässt sich dem Wortlaut nicht entnehmen.

### b) Systematik

Systematisch stellt die Regelung in § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V die Teilnahme eines MVZ an der vertragszahnärztlichen Versorgung unter den Vorbehalt der Zulassung. Dass nachfolgend getrennte Voraussetzungen für die Gründung der GmbH *als zahnärztliches MVZ* einerseits und die Zulassung andererseits aufgestellt werden, verdeutlicht die in der gesetzlichen Struktur angelegte Trennung beider Regelungsbereiche. Das Gesetz unterscheidet systematisch also zwischen den Gründungsvoraussetzungen einerseits sowie den Zulassungsvoraussetzungen andererseits.

Die zulassungsbeschränkende Voraussetzung der Eignung hat ihre gesetzliche Grundlage in § 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V und ist systematisch in der Zahnärzte-ZV geregelt. Diese stellt eine Rechtsverordnung im Sinne des Art. 80 Abs. 1 S. 1 GG dar.<sup>350</sup> Sie wird gemäß § 98 Abs. 1 S. 2 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Eignungskriterien, die den Betreiber eines zahnärztlichen MVZ oder die juristische Person als Träger des MVZ betreffen und welche die Zulassung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung beschränken, könnten ebenfalls auf der Regelungsebene der Rechtsverordnung festgelegt werden. Aufgrund der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage besteht zwischen der die Rechtsform der GmbH eröffnenden Norm in § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V und der zulassungsbeschränkenden Regelung in § 98 Abs. 1 S. 2 SGB V kein unterschiedliches Hierarchieverhältnis.

---

<sup>349</sup> Rademacker, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 73 (Stand der Kommentierung: August 2019).

<sup>350</sup> Vgl. dazu BVerfGE 114, 196 (235 ff.); Scholz, in: Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), BeckOK Sozialrecht, 57. Edition (Stand: 1. Juni 2020), § 98 Rn. 3. A. M. Hess, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 98 SGB V Rn. 3 (Stand der Kommentierung: August 2012).

Ferner lässt sich systematisch ein Vergleich zu anderen Leistungserbringern anstellen: Deren grundsätzliche Befugnis zur Bewerbung um die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung führt nicht zu einer Vorentscheidung über ihre Eignung. Auch bei Vorliegen der fachlichen Voraussetzungen eines Zahnarztes, die dieser durch die Eintragung in das Zahnarztregister sowie die Ableistung der Vorbereitungszeit nachweist, kann im Einzelfall die Eignung zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung infrage stehen. Aus welchen Gründen dies für MVZ-Trägergesellschaften anders sein sollte, ist prima facie nicht erkennbar.

### **c) Genese und Historie**

Die Entwicklung der Regelungen zum MVZ in § 95 Abs. 1a und 1b SGB V zeigt, dass der Gesetzgeber durch diese Normen zwar die Gründungsbefugnis, nicht jedoch die Eignung für die vertragszahnärztliche Versorgung im Einzelfall regeln wollte. Mit dem Ausschluss anderer Gründungsberechtigter war nicht die positive Aussage verbunden, dass jegliche Formen der Trägergesellschaften geeignet wären.

### **d) Telos**

§ 95 Abs. 1a S. 3 SGB V verfolgt den Sinn und Zweck, Personen eine Rechtsform für eine kooperative Form zur vertragszahnärztlichen Versorgung bereitzustellen. Analog zu dem Verhältnis von fachlich qualifizierten Zahnärzten sowie der Eignung im Einzelfall wird man von einer Vermutung der Eignung zugunsten der Zulassungsbewerber ausgehen müssen. Hätte der Gesetzgeber die Rechtsformen nicht im Grundsatz für geeignet gehalten, hätte er sie für die Träger von MVZ nicht zur Wahl gestellt. Dennoch lässt sich der Regelung nicht der Sinn und Zweck entnehmen, dass MVZ in den zugelassenen Rechtsformen stets geeignet wären.

### **e) Zwischenergebnisse**

Die Eignung der Trägergesellschaft eines zahnärztlichen MVZ kann im Rahmen der Zulassung Berücksichtigung finden. Aus der Zulässigkeit der Wahl der Rechtsform der GmbH und der Möglichkeit für Krankenhäuser, MVZ zu gründen, folgt keine uneingeschränkte Eignung solcher juristischen Personen oder bestimmter Krankenhäuser für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit. Wie für Vertragszahnärzte ist jedoch davon auszugehen, dass Trägergesellschaften einschließlich Gesellschaften mit beschränkter Haftung einer ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit regelmäßig nicht entgegenstehen.

## 2. Kriterien für eine Nichteignung

Die Nichteignung für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit dürfte bei begründeten Anhaltspunkten für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlung in einem zahnärztlichen MVZ hinreichend dargelegt sein. Der Maßstab des Bundessozialgerichts für die Entziehung der Zulassung von Zahnärzten auf Grundlage der Nichteignung knüpft an die gröbliche Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten an, durch welche die gesetzliche Ordnung der vertragszahnärztlichen Versorgung in erheblichem Maße verletzt wird sowie das Vertrauensverhältnis zu den vertragszahnärztlichen Institutionen tiefgreifend und nachhaltig gestört ist.<sup>351</sup> Eine renditeorientierte Behandlung von Versicherten stellte eine gröbliche Verletzung der kollektivvertraglichen Pflicht dar, die Behandlung von Versicherten am Maßstab der zahnärztlichen Kunst auszurichten (§ 6 Abs. 1 S. 2, § 8 Abs. 2 S. 2 BMV-Z).

Um eine tragfähige Aussage auf Grundlage eines MVZ-Registers treffen zu können, ist die Entwicklung von Kriterien erforderlich, die in einem Zusammenspiel auf eine entsprechende Gefahr hindeuten. Dabei kann sich die Nichteignung entweder situativ aus Fehlverhalten – der MVZ-Trägergesellschaft sowie gegebenenfalls der Krankenhausträgergesellschaft oder verketteter MVZ – bzw. strukturell aus dem Aufbau der MVZ-Trägergesellschaft oder der Beteiligung eines Investors, die zu einer investorenspezifischen Gefahrenlage führt, ergeben.

### a) Grundlage für die Anwendung der Kriterien

Als Grundlage für die Anwendung spezifischer Kriterien zur Bestimmung investorenspezifischer Gefahren im Einzelfall ist die Feststellung erforderlich, dass eine renditeorientierte Behandlung von Versicherten naheliegt. Dies dürfte insbesondere dann angenommen werden können, wenn sich die Beteiligung eines Investors ermitteln lässt.

Aus dem MVZ-Register muss mithin hervorgehen, dass es sich (1.) um ein zahnärztliches MVZ handelt, das (2.) von einer GmbH oder einer GbR getragen wird, die (3.) in der Kontrolle einer Krankenhausträgergesellschaft steht oder mit dieser personenidentisch ist. Für ein MVZ, das durch eine GbR getragen wird, spiegelt sich die Kontrolle durch die Beteiligung einer Krankenhausträgergesellschaft oder von ihr beherrschten Gesellschaft wider. Weitere notwendige Voraussetzung ist (4.) die Feststellung, dass die Krankenhausträgergesellschaft unter der Kontrolle eines Investors steht, aus dessen Zielsetzung sich (5.)

---

<sup>351</sup> Vgl. etwa BSG, Beschluss vom 9. Februar 2011 – B 6 KA 49/10 B, juris Rn. 13.

Hinweise auf eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen in dem MVZ oder (6.) Anhaltspunkte für eine Verkettung mehrerer zahnärztlicher MVZ ergeben. Dafür könnten sich folgende Kriterien heranziehen lassen:

### **b) Kriterien auf MVZ-Ebene**

Auf der Ebene der zahnärztlichen MVZ lassen sich unterschiedliche Kriterien ausmachen, die Anhaltspunkte für die entsprechenden Gefahren indizieren können.

#### **aa) Ergebnisabführung**

Teilweise wird aus der Abführung von mit der Behandlung erwirtschafteten Ergebnissen bereits auf den Missbrauch der Gründungsbefugnis geschlossen.<sup>352</sup> Nach der hier vertretenen Auffassung wird dafür ein Strohmannverhältnis vorausgesetzt. Wenngleich die Ergebnisabführung bei Beteiligung eines Investors nicht zwingend auf einen Missbrauch der Gründungsbefugnis hindeutet, indiziert sie einen Druck auf die behandelnden Zahnärzte, der eine renditeorientierte Behandlung nahelegt. Berufsrechtlich soll jedenfalls ein Dritter aus Kooperationen, an denen er nicht beteiligt ist, keine wirtschaftlichen Vorteile erzielen, vgl. § 17a S. 3 Buchst. c MBO-Z. Nach dieser berufsrechtlichen Vorschrift muss gewährleistet sein, dass Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind. Der Zweck dieser Einschränkung liegt darin, dass die zahnärztliche Berufsausübung maßgeblich die Ausübung der Heilkunde am Menschen und nicht die Gewinnerzielung sowie die Verteilung des Gewinns verfolgt.<sup>353</sup> Gegebenenfalls könnte – wie für die Vermutung der Nichteignung natürlicher Personen aufgrund von Suchterkrankungen<sup>354</sup> – eine Regelung getroffen werden, nach der die Abführung von erwirtschafteten Ergebnissen eine renditeorientierte Behandlungsweise vermuten lässt.

#### **bb) Übermäßige Renditeziele**

Als weiteres Kriterium könnten übermäßige Renditeziele, die von dem MVZ selbst oder dem Investor verlautbart wurden, als Anhaltspunkte für eine

---

<sup>352</sup> *Clemens*, in: Quaas/Zuck/Clemens, *Medizinrecht*, 4. Aufl. 2018, § 17 Rn. 32 f.; siehe auch *Bäune/Dahm/Flasbarth*, *Vertragsärztliche Versorgung unter dem GKV-VStG*, MedR 2012, 77 (79).

<sup>353</sup> *Hennings/Knüpper/Kurz/Maag/Schulte*, in: BZÄK (Hrsg.), *Kommentar zur Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer*, 2. Aufl. 2018, § 17a Rn. 6.

<sup>354</sup> Siehe hierzu *Ladurner*, *Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 Ärzte-ZV Rn. 14.

renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen herangezogen werden. Allerdings dürften insoweit Nachforschungen über die Angaben des MVZ-Registers hinaus erforderlich sein. Zudem ist das Kriterium des Übermaßes äußerst unbestimmt und erforderte eine Festlegung, welche Rendite als noch nicht übermäßig gelten kann.

### **cc) Einflussnahme auf Zahnärzte**

Manifestieren sich nachweisbare Versuche der Einflussnahme auf Zahnärzte, die in dem MVZ tätig sind, sollte die Annahme einer renditeorientierten Behandlungsweise möglich sein. Dies gilt jedenfalls dann, wenn sich diese Versuche dem MVZ und nicht einzelnen Personen zurechnen lassen.<sup>355</sup> Hierbei wird ein besonderes Augenmerk auf den zahnärztlichen Leiter zu legen sein.

### **c) Kriterien auf Investorenebene**

Auch auf der Ebene des Investors lassen sich Kriterien ausmachen, die auf eine renditeausgerichtete Ausrichtung zahnärztlicher Behandlungen schließen lassen.

### **aa) Erfahrungen mit Investoren**

Gegebenenfalls kann auf Erfahrungen zurückgegriffen werden, die anderenorts mit dem konkreten Investor gemacht worden sind. Hierbei scheint eine Differenzierung zwischen Erfahrungen aus dem (europäischen) Ausland und inländischen Erfahrungen angezeigt. Die Eignung bezieht sich auf die vertragszahnärztlichen Pflichten, wie sie im Inland bestehen. Unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Bedeutung der Zulassung für die Zulassungsbewerber bedarf es für die Annahme der Nichteignung einer belastbaren Tatsachengrundlage. Deshalb ist Vorsicht geboten, auf der Grundlage von Erfahrungen allein auf eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen insbesondere in allen von dem Investor betriebenen MVZ zu schließen.

---

<sup>355</sup> Siehe zur Zurechnung der groblichen Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten *Rademacher*, in: Körner/Leitherer/Mutschler/Rolfs (Hrsg.), Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 95 SGB V Rn. 258 (Stand der Kommentierung: August 2019).

### **bb) Fehlverhalten verketteter MVZ**

Konkretes Fehlverhalten verketteter MVZ könnte wiederum einen Anhaltspunkt dafür bieten, dass ein systemisch begründetes Fehlverhalten auch die anderen MVZ des Investors betrifft.

### **cc) Zeithorizont des Engagements**

Investorenspezifische Gefahren resultieren – jedenfalls in Teilen – aus dem knappen Zeithorizont der Beteiligung und dem damit verbundenen Druck, die Beteiligung gewinnbringend zu veräußern. Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass das Geschäftsmodell des Investors auf einen kurzen Zeithorizont ausgerichtet ist, kann dies für investorenspezifische Gefahren sprechen.

### **dd) Kettenbildung**

Die Bildung einer MVZ-Kette lässt sich am ehesten auf der Ebene des Investors abbilden. Insofern könnte das Verhältnis der betriebenen Krankenhäuser zu den betriebenen zahnärztlichen MVZ ermittelt werden. Je kleiner diese Kennzahl würde, desto höher wären die Gefahren für die Entstehung einer MVZ-Kette.

### **d) Annahme einer Nichteignung**

Erhebt man das Bestehen investorenspezifischer Gefahren zur maßgeblichen Voraussetzung für die Nichteignung eines MVZ, kommt es auf das Vorliegen der zuvor fallgruppenartig aufgeführten Kriterien an. Diese Kriterien erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Je nach Einzelfall könnten sich weitere Gesichtspunkte ergeben. Die gesicherte Annahme einer Gefahr ist umso eher möglich, je mehr von den Kriterien erfüllt sind. Um die Kriterien insbesondere auf der Ebene der Investoren für die Eignung des einzelnen MVZ berücksichtigen zu können, ist eine Klarstellung der Eignungsprüfung erforderlich. Voraussetzung für die Einbeziehung der Eignung auch des Krankenhausträgers sowie des Investors ist deren Aufnahme in die Regelung zur Eignungsprüfung in der Zahnärzte-ZV.

## **3. Zwischenergebnisse**

Die Berücksichtigung der Eignung einer MVZ-Trägergesellschaft im Rahmen des Zulassungsverfahrens ist möglich. Aus der Zulässigkeit der Wahl der Rechtsform der GmbH sowie der Möglichkeit für zugelassene Krankenhäuser, zahnärztliche MVZ zu gründen, folgt keine uneingeschränkte Eignung solcher

MVZ für die ordnungsgemäße vertragszahnärztliche Versorgung. Wie für Vertragszahnärzte ist jedoch davon auszugehen, dass eine GmbH als Trägergesellschaft einer ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit regelmäßig nicht entgegensteht.

Die Nichteignung für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit dürfte bei begründeten Anhaltspunkten für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen in einem zahnärztlichen MVZ hinreichend dargelegt sein. Grundlage für die Anwendung von konkreten Kriterien ist (1.) das Vorliegen eines zahnärztlichen MVZ, das (2.) von einer GmbH oder einer GbR getragen wird, die (3.) in der Kontrolle einer Krankenhausträgergesellschaft steht oder mit dieser personenidentisch ist. Für ein MVZ, das durch eine GbR getragen wird, spiegelt sich die Kontrolle durch die Beteiligung einer Krankenhausträgergesellschaft oder von ihr beherrschten Gesellschaft wider. Notwendig ist darüber hinaus (4.) die Feststellung, dass die Krankenhausträgergesellschaft unter der Kontrolle eines Investors steht, aus dessen Zielsetzung sich (5.) Hinweise auf eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen in dem MVZ oder (6.) Anhaltspunkte für eine Verkettung mehrerer zahnärztlicher MVZ ergeben. Als Anhaltspunkte für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen ließen sich auf der Ebene des Versorgungszentrums die Abführung erwirtschafteter Gewinne, übermäßige Renditeziele sowie nachweisbare Versuche der Einflussnahme auf Zahnärzte ausmachen; auf der Ebene eines Investors könnten bisherige Erfahrungen mit dem Investor im Inland, das Fehlverhalten verketteter MVZ sowie die anvisierte Dauer der Beteiligung herangezogen werden. Anhaltspunkte für eine Verkettung zahnärztlicher MVZ ergeben sich, wenn auf der Ebene der Investoren das Verhältnis zwischen der Anzahl der betriebenen Krankenhäuser und der zahnärztlichen MVZ gebildet würde. Je mehr Anhaltspunkte im Einzelfall für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlung sprechen, desto sicherer ließe sich die Eignung des Zulassungsbewerbers anzweifeln. Für bereits zugelassene zahnärztliche MVZ setzte die Annahme der Nichteignung konkrete Anhaltspunkte auf der Ebene des Versorgungszentrums selbst voraus.

## **II. Verfassungsrechtliche Beurteilung**

Die Feststellung der Nichteignung sowie die damit verbundene Rechtsfolge der Nichtzulassung bzw. des Entzugs der Zulassung (§ 95 Abs. 6 S. 1 SGB V) beeinträchtigen Gründer und Betreiber von zahnärztlichen MVZ erheblich in ihrer beruflichen Betätigung. Die Regelung ist aus verfassungsrechtlicher Sicht an Art. 12 Abs. 1 GG zu messen.

Nach Art. 12 Abs. 1 S. 1 GG haben alle Deutschen das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann gemäß Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden. Als Träger des Grundrechts kommen in der Konstellation der zahnärztlichen MVZ Investoren, private Krankenhausträger und MVZ in Betracht. Zulassungsbeschränkende Regelungen auf Grundlage der Nichteignung lassen sich mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbaren, sofern Eingriffe in den Schutzbereich der Berufsfreiheit gemäß Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG gerechtfertigt werden können.

## 1. Schutzbereich

Art. 12 Abs. 1 GG schützt die freie Wahl und Ausübung des Berufs. „Die Berufsfreiheit verwirklicht sich gegenwärtig [...] vorwiegend im Bereich der privaten Berufs- und Arbeitsordnung und ist hier vornehmlich darauf gerichtet, die eigenpersönliche, selbstbestimmte Lebensgestaltung abzuschirmen, also Freiheit *von* Zwängen oder Verboten im Zusammenhang mit Wahl und Ausübung des Berufes zu gewährleisten.“<sup>356</sup> Der Schutzbereich müsste hier in sachlicher und personeller Hinsicht eröffnet sein.

### a) Personeller Schutzbereich

Der personelle Schutzbereich beantwortet die Frage, wer sich auf den durch das Grundrecht vermittelten Schutz berufen kann. Art. 12 Abs. 1 S. 1 GG spricht von allen Deutschen und umfasst damit zunächst alle natürlichen Personen, die gemäß Art. 116 Abs. 1 GG deutsche Staatsbürger sind.<sup>357</sup> Ausländern und Staatenlosen ist die Berufung auf den Schutz des Art. 12 Abs. 1 GG damit verwehrt.<sup>358</sup> Grundrechtsträger sind zunächst der ärztliche Leiter des zahnärztlichen MVZ sowie die darin angestellten Ärzte.

Die anderen Beteiligten – Investoren, Krankenhausträger, MVZ-Trägergesellschaft – sind regelmäßig keine natürlichen Personen. Inländische juristische Personen können gemäß Art. 19 Abs. 3 GG Träger von Grundrechten sein, soweit diese ihrem Wesen nach auf die juristischen Personen anwendbar sind.

---

<sup>356</sup> BVerfGE 33, 303 (331).

<sup>357</sup> Mann, in: Sachs (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 8. Aufl. 2018, Art. 12 Rn. 33; Ruffert, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK Grundgesetz, 43. Edition (Stand: 15. Mai 2020), Art. 12 Rn. 33; Sodan, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 12 Rn. 19.

<sup>358</sup> Mann, in: Sachs (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 8. Aufl. 2018, Art. 12 Rn. 33; Ruffert, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK Grundgesetz, 43. Edition (Stand: 15. Mai 2020), Art. 12 Rn. 34.

### aa) Inländische juristische Personen des Privatrechts

Aus der maßgeblichen Funktion der Grundrechte als *Abwehrrechte* gegen den Staat folgt, dass sich prinzipiell nur juristische Personen *des Privatrechts* auf Grundrechte berufen können; als Teile der Staatsgewalt sollen an Grundrechte gebundene juristische Personen des öffentlichen Rechts grundsätzlich nicht gleichzeitig durch Grundrechtsgewährleistungen berechtigt werden.<sup>359</sup> Gleiches gilt, wenn sich der Staat privatrechtlicher Handlungs- oder Gesellschaftsformen bedient.<sup>360</sup>

Der Begriff der juristischen Person ist durch das „einfache“ Recht geprägt. Allgemein bezeichnet man als juristische Person eine rechtlich verselbständigte, vom Bestand ihrer Mitglieder unabhängige Personenvereinigung oder Vermögensmasse, die aufgrund gesetzlicher Anerkennung rechtsfähig und darüber hinaus auch handlungsfähig ist. Rechtsfähigkeit ist die gesetzlich verliehene Eigenschaft, Träger von Rechten und Pflichten zu sein.<sup>361</sup> Dies hat zur Folge, dass Rechtsfähige unter eigenem Namen im Rechtsverkehr auftreten, Eigentum erwerben sowie klagen und verklagt werden können. Juristische Personen im Sinne des Art. 19 Abs. 3 GG müssen rechtsfähig sein. Nicht erforderlich ist, dass die Verleihung der Rechtsfähigkeit durch deutsches Recht erfolgt, so dass Gesellschaftsformen wie die Limited Liability Partnership (LLP) oder die gemäß Art. 1 Abs. 3 VO (EG) 2157/2001<sup>362</sup> mit Rechtspersönlichkeit ausgestattete *Societas Europaea* (SE) Trägerinnen von Grundrechten sein können, soweit die weiteren Voraussetzungen von Art. 19 Abs. 3 GG erfüllt sind. Vom verfassungsrechtlichen Begriff auch erfasst sind teilrechtsfähige Organisationen des Privatrechts.<sup>363</sup> Der durch die Norm geforderte Inlandsbezug wird nach überwiegender Auffassung an dem Ort festgemacht, an dem die Entscheidungen

---

<sup>359</sup> *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 19 Rn. 23. Juristische Personen des öffentlichen Rechts können sich auf Justiz- und Verfahrensgrundrechte berufen (a. a. O., Rn. 24) und sind ausnahmsweise dann grundrechtsfähig, wenn sie unmittelbar einem durch die Grundrechte geschützten Lebensbereich zugeordnet sind (a. a. O., Rn. 25), was anerkannt ist für Universitäten als Folge der Wissenschaftsfreiheit, Rundfunkanstalten aufgrund der Rundfunkfreiheit und Religionsgemeinschaften infolge der Religionsfreiheit.

<sup>360</sup> Siehe dazu BVerfGE 128, 226 (244 ff.).

<sup>361</sup> *K. Schmidt*, Die BGB-Außengesellschaft: rechts- und parteifähig – Besprechung des Grundlagenurteils II ZR 331/00 vom 29.1.2001, NJW 2001, 993 (997).

<sup>362</sup> Verordnung des Rates vom 8.1.2001 über das Statut der Europäischen Gesellschaft (SE), ABl. EU 2001, Nr. L 294/1.

<sup>363</sup> *Remmert*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz. Kommentar, Art. 19 Abs. 3 Rn. 39 (Stand der Kommentierung: Mai 2009).

über die Geschäftsführung tatsächlich getroffen werden.<sup>364</sup> Zum Teil wird eine Erweiterung für juristische Personen aus dem EU-Ausland erwogen, die dogmatisch allerdings auf Probleme stößt.<sup>365</sup>

MVZ-Trägersgesellschaften in Form von Gesellschaften mit beschränkter Haftung sowie private Krankenhausträger, die sich einer der durch das Gesellschaftsrecht zulässigen Gesellschaftsform bedienen, stellen durch die Tätigkeit im Inland juristische Personen dar, die sich auf Grundrechte berufen können. Auch GbR, die keine juristischen Personen im gesellschaftsrechtlichen Sinne sind, lassen sich als juristische Personen im Sinne des Art. 19 Abs. 3 GG qualifizieren; die Außenrechtsfähigkeit der GbR ist mittlerweile anerkannt. Für die Investoren hängt eine Berufung auf das Grundrecht der Berufsfreiheit davon ab, ob sie einen hinreichenden Inlandsbezug aufweisen. Bedienen sie sich einer ausreichend verfestigten Vereinigungsform und sind im Geltungsbereich der Bundesrepublik Deutschland tätig, so können sie sich auf das Grundrecht der Berufsfreiheit berufen. Haben sie ihren Verwaltungssitz jedoch im (europäischen) Ausland und erwerben lediglich Geschäftsanteile eines in Deutschland ansässigen Krankenhauses, dürfte der Bezug zum Inland für die Investoren selbst nicht ausreichen; in diesen Fällen bleibt jedoch die private Krankenhausträgersgesellschaft grundrechtsfähig. Investoren können über diese Gesellschaft Grundrechte geltend machen.

### **bb) Wesensmäßige Anwendbarkeit**

Art. 19 Abs. 3 GG setzt weiter voraus, dass das betreffende Grundrecht seinem Wesen nach auf die juristische Person anwendbar ist. Das Bundesverfassungsgericht bejaht eine wesensmäßige Anwendbarkeit zumindest dann, wenn die Bildung und Betätigung der juristischen Person Ausdruck der freien Entfaltung der privaten natürlichen Personen sind, insbesondere wenn der Durchgriff auf die hinter den juristischen Personen stehenden Menschen dies als sinnvoll und erforderlich erscheinen lässt.<sup>366</sup> Dieser Auffassung ist jedoch entgegenzuhalten, dass Art. 19 Abs. 3 GG gerade nicht die hinter der juristischen Person stehenden natürlichen Personen schützen will, sondern auf die Grundrechtsberechtigung der juristischen Person selbst abzielt. Mithin ist nicht allein auf ein

---

<sup>364</sup> *Remmert*, in: Maunz/Dürig, Grundgesetz, Art. 19 Abs. 3 Rn. 78 f. (Stand der Kommentierung: Mai 2009); *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 19 Rn. 16.

<sup>365</sup> Vgl. hierzu *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 19 Rn. 18.

<sup>366</sup> BVerfGE 21, 362 (369); 75, 192 (195 f.).

personales Substrat abzustellen, sondern es kommt darauf an, ob eine grundrechtstypische Gefährdungslage vorliegt. „Dafür spricht nicht zuletzt der Gedanke, daß das hochkomplexe und vielfältig vernetzte Wirtschafts- und Interaktionsgeschehen in der modernen Gesellschaft wegen seiner funktionalen Eigen-gesetzlichkeit [...] des grundrechtlichen Schutzes bedarf.“<sup>367</sup> In einer Reihe von neueren Entscheidungen greift das Bundesverfassungsgericht dieses Kriterium auf und prüft, ob der Grundrechtsschutz an Eigenschaften, Äußerungsformen oder Beziehungen anknüpft, die nur natürlichen Personen wesenseigen sind.<sup>368</sup> Ist dies nicht der Fall, ist eine wesensmäßige Anwendbarkeit zu bejahen.

Für das Grundrecht der Berufsfreiheit kommt es nicht darauf an, ob man auf das personale Substrat hinter den jeweiligen Gesellschaften oder auf die grundrechtstypische Gefährdungslage abstellt: In der zielgerichteten Tätigkeit zur Erwirtschaftung eines Lebensunterhalts liegt die Ausübung einer Freiheit, die letztlich den hinter der Gesellschaft stehenden Personen zugutekommt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kann das Grundrecht der Berufsfreiheit deshalb auf juristische Personen des Privatrechts angewendet werden, „soweit sie eine Erwerbszwecken dienende Tätigkeit ausüben, die ihrem Wesen und ihrer Art nach in gleicher Weise einer juristischen wie einer natürlichen Person offensteht“.<sup>369</sup> Dies gilt für MVZ-Trägergesellschaften, Krankenhaus-trägergesellschaften und Investorengesellschaften.

### **cc) Zwischenergebnis**

Damit lässt sich als Zwischenergebnis festhalten, dass der personelle Schutzbereich der Berufsfreiheit für zahnärztliche Leiter eines MVZ, dort angestellte Zahnärzte, MVZ-Trägergesellschaften und private Krankenhaus-trägergesellschaften eröffnet ist. Voraussetzung für die Grundrechtsfähigkeit von Investorengesellschaften ist ein hinreichend deutlicher Inlandsbezug.

### **b) Sachlicher Schutzbereich**

Der sachliche Schutzbereich umschreibt die vom Grundrecht geschützten Verhaltensweisen. Das Grundrecht der Berufsfreiheit knüpft an den Begriff „Beruf“ an. Beruf in diesem Sinne ist jede „auf Erwerb gerichtete Tätigkeit [...],

---

<sup>367</sup> Dreier, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz, Bd. I, 3. Aufl. 2013, Art. 19 Abs. 3 Rn. 34.

<sup>368</sup> BVerfGE 95, 220 (242); 106, 28 (42).

<sup>369</sup> BVerfGE 106, 275 (298); 115, 205 (229); 135, 90 (109 Rn. 53).

die auf Dauer angelegt ist und der Schaffung und Aufrechterhaltung einer Lebensgrundlage dient“.<sup>370</sup> Ausgeschlossen aus dem verfassungsrechtlichen Schutz werden schlechthin gemeinschaftsschädliche Betätigungen, die sich gegen verfassungsrechtlich geschützte Rechtsgüter wie etwa das Leben oder die körperliche Unversehrtheit richten und deshalb schon ihrem Wesen nach als verboten anzusehen sind.<sup>371</sup>

Sowohl die Gründung als auch der Betrieb eines oder mehrerer zahnärztlicher MVZ stellen berufliche Tätigkeiten dar. Insofern sind die Tätigkeiten der zahnärztlichen Leiter der MVZ, dort angestellten Zahnärzte, MVZ-Träger- und Krankenhausträgersgesellschaften vom sachlichen Schutzbereich umfasst. Ebenfalls kann die Betätigung von Finanzinvestoren einen Beruf im Sinne des Art. 12 Abs. 1 GG darstellen.

### c) Zwischenergebnis

Sowohl der sachliche als auch der personelle Schutzbereich der Berufsfreiheit sind für die zahnärztlichen Leiter der MVZ, die dort angestellten Zahnärzte, MVZ-Träger- und Krankenhausträgersgesellschaften sowie Investoren eröffnet.

## 2. Eingriffe in die Berufsfreiheit

Beeinträchtigungen grundrechtlicher Schutzbereiche erfolgen in den meisten Fällen durch „klassische“ Grundrechtseingriffe, die in Ge- oder Verboten bestehen, welche den Betroffenen staatlicherseits zielgerichtet mit unmittelbarer Wirkung auferlegt werden.<sup>372</sup> In diesem Sinne versteht das Bundesverfassungsgericht in einem Beschluss aus dem Jahre 2002 „unter einem Grundrechtseingriff im Allgemeinen“ einen rechtsförmigen Vorgang, „der unmittelbar und gezielt (final) durch ein vom Staat verfügbares, erforderlichenfalls zwangsweise durchzusetzendes Ge- oder Verbot, also imperativ, zu einer Verkürzung grundrechtlicher Freiheiten führt“.<sup>373</sup> Die *unmittelbare* Beeinträchtigung ist dadurch

---

<sup>370</sup> BVerfGE 102, 197 (212); 110, 304 (321); 111, 10 (28); 115, 276 (300).

<sup>371</sup> Sodan, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 12 Rn. 9; Ruffert, in: Epping/Hillgruber (Hrsg.), BeckOK Grundgesetz, 43. Edition (Stand: 15. Mai 2020), Art. 12 Rn. 42. Allerdings ist die Ausnahme eng begrenzt: vgl. BVerfGE 115, 276 (300 f.); Mann, in: Sachs (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 8. Aufl. 2018, Art. 12 Rn. 52 ff.

<sup>372</sup> Sodan, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Vorb. Art. 1 Rn. 47.

<sup>373</sup> BVerfGE 105, 279 (300); fast wortgleich BVerfGE 149, 86 (114 Rn. 75).

gekennzeichnet, dass eine beeinträchtigende Wirkung ohne Hinzutreten weiterer Faktoren bereits im Verhalten öffentlicher Gewalt selbst liegt.<sup>374</sup>

Art. 12 Abs. 1 GG schützt nicht nur vor solchen „klassischen“ Grundrechtseingriffen, sondern auch gegen bloß mittelbare oder faktische Beeinträchtigungen. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kann der Schutzbereich speziell des Art. 12 Abs. 1 GG auch durch Regelungen berührt werden, welche sich zwar nicht unmittelbar auf die berufliche Betätigung beziehen, die aber infolge ihrer Gestaltung in einem engen Zusammenhang mit der Ausübung eines Berufes stehen und objektiv eine berufsregelnde Tendenz deutlich erkennen lassen.<sup>375</sup> Dieser Bezug besteht „namentlich bei solchen Vorschriften, die in Form von Zulassungsvoraussetzungen die Ausübung eines Berufes bei ihrem Beginn oder bei ihrer Beendigung regeln oder die als sogenannte reine Ausübungsregelungen die Art und Weise bestimmen, wie die Berufsangehörigen ihre Berufstätigkeit im einzelnen zu gestalten haben“.<sup>376</sup>

Zur Klärung der Frage des Vorliegens eines Eingriffs bedarf es einer Untersuchung der Wirkungen der Regelung für die unterschiedlichen Personen. Beschränkte man die Zulassung von MVZ wegen Fehlens der Eignung der juristischen Person im Einzelfall, so wären dadurch nicht die Tätigkeiten der zahnärztlichen Leiter der MVZ und der dort angestellten Zahnärzte betroffen. Weder wären diese Adressaten der einzelnen Zulassungsentscheidung, noch würde mit dieser Entscheidung eine Aussage über ihre Eignung getroffen. Soweit durch die Regelung insgesamt weniger zahnärztliche MVZ gegründet oder betrieben werden sollten, stellte dies einen bloßen Reflex dar, dem es an einer objektiv berufsregelnden Tendenz mangeln würde.

Die Regelung griffe auch nicht in die Rechtssphäre der Investoren selbst ein, die ein Krankenhaus betreiben.

Sowohl für MVZ selbst als auch für ihre Gründer würde eine zulassungsbeschränkende Regelung hingegen einen schweren Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit darstellen, der seiner Wirkung nach gegebenenfalls einer Berufswahlregelung gleichzukommen geeignet wäre. Für natürliche Personen hat das Bundessozialgericht die Versagung der Zulassung an hohe Hürden geknüpft:

---

<sup>374</sup> *Sodan*, in: ders./Ziekow (Hrsg.), *Verwaltungsgerichtsordnung. Großkommentar*, 5. Aufl. 2018, § 42 Rn. 395.

<sup>375</sup> Siehe etwa BVerfGE 13, 181 (186); 38, 61 (79); 75, 108 (153 f.); 98, 83 (97); 110, 274 (288); 113, 128 (145); 123, 132 (139); 124, 235 (242); 128, 1 (58, 82).

<sup>376</sup> BVerfGE 13, 181 (185).

„Da die Versagung der Zulassung einer Beschränkung der Berufswahl gleichkommt (vgl BSG 15, 177, 182; 28, 80, 82; 34, 252, 254), sind solche Eingriffe nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG nur unter strengen Voraussetzungen zum Schutze wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit statthaft (vgl BVerfGE 7, 377 ff; 44, 105, 117 f; 48, 292, 296 f). Die Versagung der Zulassung als Kassenarzt ist nach § 21 ZO-Ärzte – ebenso wie ihre Entziehung bei gröblicher Pflichtverletzung nach § 368a Abs 6 RVO – deshalb nur zulässig, wenn die in der Person des Arztes liegenden Mängel so beschaffen sind, daß sie die Funktionsfähigkeit des Systems der kassenärztlichen Versorgung gefährden können (vgl dazu Urteil des Senats vom 8.7.1980 – 6 RKa 10/78 – und den dazu ergangenen Beschluß des BVerfG vom 5.9.1980 – 1 BvR 727/80 –; ferner das Urteil des Senats vom 8.7.1981 – 6 RKa 17/80 –).“<sup>377</sup>

Möglicherweise gilt für juristische Personen im Sinne von Art. 19 Abs. 3 GG ein weniger strenger Maßstab insofern, als diese den in ihrer Person liegenden Grund, der einer Eignung entgegensteht, mit vergleichbar wenig Aufwand beseitigen können. Einer ungeeigneten natürlichen Person hingegen haftet ein in der Person liegender schwerwiegender Grund zwangsläufig länger an. Dies verdeutlichen die widerlegliche<sup>378</sup> Vermutungsregelung in § 21 Satz 2 Zahnärzte-ZV der Nichteignung durch eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit innerhalb der letzten fünf Jahre vor einer Antragstellung sowie die nach ständiger Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht aufgestellten Voraussetzungen für eine Wiederzulassung nach einer verhaltensbezogenen Entziehung: Hierzu genügt nicht der bloße Zeitablauf; erforderlich ist vielmehr sowohl eine nachhaltige Verhaltensänderung während eines Zeitraums von in der Regel fünf Jahren als auch eine zweifelsfreie Prognose, dass der Zulassungsbewerber sich zukünftig ordnungsgemäß verhalten wird.<sup>379</sup> Eine Nichtzulassung mangels persönlicher Eignung hat für die berufliche Betätigung natürlicher Personen schwerwiegende Auswirkungen. Würde einer juristischen Person auf der Grundlage ihrer Struktur, die renditeorientierte Behandlungen und damit investorenspezifische Gefahren indiziert, die Eignung abgesprochen werden, könnte unmittelbar nach Beseitigung der Gefahrenlage für die vertragszahnärztliche Versorgung die Zulassung erteilt werden.

---

<sup>377</sup> BSGE 53, 291 (292).

<sup>378</sup> Siehe etwa BSG, Beschluss vom 9. Februar 2011 – B 6 KA 49/10 B, juris Rn. 14 f.; Urteil vom 17. Oktober 2012 – B 6 KA 49/11 R, juris Rn. 58 f. Vgl. *Ladurner, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 Ärzte-ZV Rn. 14, 17. Zum Beginn des Zeitraums siehe BSG, Beschluss vom 30. Oktober 2013 – B 6 KA 6/13 B, juris Rn. 14.

<sup>379</sup> Vgl. *Ladurner, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV. Kommentar*, 2017, § 21 Ärzte-ZV Rn. 41 ff. m. w. N.

Zieht man für die Bestimmung der Schwere des Eingriffs die durch das Bundesverfassungsgericht entwickelte sogenannte Drei-Stufen-Theorie<sup>380</sup> heran, müsste man den Eingriff aufgrund der eigenen Gestaltungsmacht der Eigentümer der juristischen Person wohl als subjektive Berufszulassungsvoraussetzung qualifizieren.<sup>381</sup> Die Berufsfreiheit der MVZ-Trägersgesellschaften als Zulassungsbewerber wäre dann erheblich betroffen.

### **3. Verfassungsrechtliche Rechtfertigung**

Gemäß Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG kann die Berufsausübung durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden. Erforderlich für die Versagung einer Zulassung ist deshalb eine gesetzliche Grundlage. Eine Regelung der wesentlichen Grundlagen bzw. der Ermächtigung im Sinne des Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG durch Gesetz sowie die weiteren Vorschriften in der Zahnärzte-ZV wäre – analog zu den Bestimmungen des Zahnarztregisters – verfassungsrechtlich möglich.

#### **a) Formelle Verfassungsmäßigkeit**

Die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundesgesetzgebers für das Sozialversicherungsrecht wurde bereits erörtert.<sup>382</sup>

#### **b) Materielle Verfassungsmäßigkeit**

Die zulassungsbeschränkende Regelung müsste materiell verfassungsmäßig, insbesondere verhältnismäßig sein, was voraussetzt, dass sie einen legitimen Zweck erfüllen würde sowie geeignet, erforderlich und angemessen wäre.

##### **aa) Legitimer Zweck**

Wie bereits dargelegt wurde,<sup>383</sup> steht dem Gesetzgeber hinsichtlich der Zwecke, die er verfolgen darf, ein weiter Gestaltungsspielraum zu; verfassungsrechtlich lassen sich „absolute“, also in der Verfassung selbst vorgegebene Gemeinschaftswerte von „relativen“ Gemeinschaftsinteressen unterscheiden, die der Gesetzgeber erst in einen solchen Rang erhebt.

---

<sup>380</sup> Grundlegend BVerfGE 7, 377 (405 ff.).

<sup>381</sup> Vgl. hierzu *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 12 Rn. 29 ff., insbes. 32.

<sup>382</sup> Vgl. oben S. 92 ff.

<sup>383</sup> Vgl. oben S. 110.

Das durch die Zahnärzte-ZV ausgestaltete Zulassungsverfahren dient unter anderem dem Zweck, die ordnungsgemäße vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen, indem sie vor ungeeigneten Leistungserbringern geschützt wird. Dies wäre auch der Fall, wenn es im Hinblick auf zahnärztliche MVZ zu einer Erweiterung der Zulassungsvoraussetzungen käme, um investorenspezifischen Gefahren zu begegnen. Sowohl für die Versicherten selbst als auch die vertragszahnärztliche Versorgung insgesamt ist die Sicherstellung einer Versorgung, die primär von der zahnärztlichen Kunst und nicht der Renditeerwartung bestimmt wird, von herausgehobener Bedeutung. Mittelbar würden die Versorgungsqualität und die Aufrechterhaltung der hohen Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung in Deutschland geschützt. Eine solche Regelung verfolgte damit legitime Zwecke.

### **bb) Geeignetheit**

Ein Mittel ist geeignet, wenn sich mit seiner Hilfe der gewünschte Erfolg fördern lässt; das Mittel muss der Zweckerreichung dienlich sein.<sup>384</sup>

Durch das Herausfiltern ungeeigneter zahnärztlicher MVZ im Rahmen des Zulassungsverfahrens auf der Grundlage einer pauschalisierenden Regelung, die bei kumulativem Vorliegen mehrerer Voraussetzungen eine investorenspezifische Gefahr indizieren würde, mögen gegebenenfalls nicht alle tatsächlich ungeeigneten Leistungserbringer identifiziert werden können. Durch die gewählten Kriterien wäre jedoch sichergestellt, dass ein Großteil der als gefährlich ausgemachten Versorgungszentren nicht zugelassen würde. Die Regelung wäre also geeignet.

### **cc) Erforderlichkeit**

Grundsätzlich ist eine Maßnahme erforderlich, wenn sich der Zweck nicht durch ein anderes, gleich wirksames Mittel erreichen lässt, welches das betroffene Grundrecht nicht oder weniger stark einschränkt.<sup>385</sup>

Grundsätzlich sind andere Maßnahmen denkbar, welche die sich aus der Beteiligung von Investoren an der vertragszahnärztlichen Versorgung ergebenden Gefahren beseitigen könnten. In Betracht kommt die Begrenzung der Gründungsbefugnis auf solche Krankenhäuser, die einen räumlichen und fachlichen Bezug zur zahnärztlichen Versorgung aufweisen. Diese Regelung hätte den

---

<sup>384</sup> Vgl. oben S. 111.

<sup>385</sup> Vgl. oben S. 111.

Vorteil, dass der uneingeschränkte Zugang zum deutschen Dentalmarkt durch den Erwerb von Krankenhäusern gesperrt würde. Allerdings wäre die Maßnahme – abhängig von etwaigen Bestandsschutzregelungen – jedenfalls für Zulassungsbewerber mit einer stärkeren Einschränkung verbunden, weil auch nichtinvestorenbetriebene Krankenhäuser von der Gründung und dem Betrieb zahnärztlicher MVZ ausgeschlossen würden.

Ein anderes Mittel, das in gleich wirksamer Weise ungeeignete Zulassungsbewerber von der vertragszahnärztlichen Versorgung ausschliesse und weniger stark in die Berufsausübungsfreiheit eingriffe, ist nicht ersichtlich. Die zulassungsbeschränkende Regelung wäre demnach erforderlich.

#### **dd) Angemessenheit**

Die Maßnahme muss angemessen bzw. verhältnismäßig im engeren Sinne sein. Wie bereits dargelegt wurde,<sup>386</sup> ist eine Maßnahme angemessen, wenn bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der den Eingriff rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt ist.

Der Eingriff in die Berufsfreiheit würde hier schwer wiegen. Zeigten sich Anhaltspunkte für eine renditeorientierte Ausrichtung der zahnmedizinischen Behandlung, käme eine Zulassung des MVZ nicht in Betracht. Bei einem Gesellschafterwechsel würde der Wegfall der Eignung dazu führen, dass die Zulassung des MVZ gemäß § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V zu entziehen wäre. Allerdings steht die Ausgestaltung der Struktur der MVZ-Trägergesellschaften im Belieben ihrer Eigentümer. Diese könnten mithin Einfluss auf die von den MVZ ausgehenden Gefahren ausüben. Zieht man die durch die sogenannte Drei-Stufen-Theorie des Bundesverfassungsgerichts aufgestellten Grundsätze heran, so sind subjektive Berufszulassungsvoraussetzungen „nur zum Schutz eines besonders wichtigen Gemeinschaftsgutes und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit statthaft“.<sup>387</sup>

Als Grund für eine Rechtfertigung des Eingriffs ließe sich neben der Sicherstellung der ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung vor allem die Qualität der zahnmedizinischen Versorgung heranziehen. Die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität ist letztlich Ausfluss der Erfül-

---

<sup>386</sup> Vgl. oben S. 112.

<sup>387</sup> BVerfGE 93, 213 (235); 117, 126 (138).

lung der staatlichen Schutzpflicht für die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 S. 2 GG.<sup>388</sup> Damit stünden dem Eingriff höchstwahrscheinliche Gefahren für überragend wichtige Gemeinschaftsgüter entgegen. Dies genüge nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sogar zur Rechtfertigung von Eingriffen auf der höchsten Stufe, nämlich für objektive Berufszulassungsvoraussetzungen<sup>389</sup>.

In einer Gesamtabwägung würde hier das Gewicht der rechtfertigenden Gründe die Schwere des Eingriffs überwiegen. Geriete das vertragszahnärztliche System der Leistungserbringer in ein Ungleichgewicht, hätte dies verheerende Folgen für die vertragszahnärztliche Versorgung der Versicherungsgemeinschaft. Die Grenze der Zumutbarkeit wäre durch den Eingriff nicht überschritten; ausgeschlossen würden künftig allein solche Leistungserbringer, von denen die Gefahr einer renditeorientierten Versorgung ausginge. Die zulassungsbeschränkende Regelung wäre angemessen.

### c) Zwischenergebnis

Eine für den Fall der Nichteignung zulassungsbeschränkende Regelung würde legitime Zwecke verfolgen und wäre zur Erreichung dieser Zwecke geeignet und erforderlich. Die dadurch geschützten Rechtsgüter würden die Schwere des Eingriffs in das Grundrecht der Berufsfreiheit überwiegen, so dass die Maßnahme angemessen wäre. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit läge demnach *nicht* vor. Die Regelung ließe sich in formeller sowie materieller Hinsicht mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbaren und wäre damit verfassungsrechtlich gerechtfertigt.

## III. Regelungsvorschlag

Zur Regelung der Eignung eines MVZ könnte in § 22 Zahnärzte-ZV folgende Vorschrift aufgenommen werden (eine frühere Bestimmung war aufgehoben worden, so dass § 22 derzeit nicht besetzt ist):

---

<sup>388</sup> Siehe dazu *Sodan*, in: ders. (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 4. Aufl. 2018, Art. 2 Rn. 23.

<sup>389</sup> Vgl. BVerfGE 7, 377 (407 f.).

## § 22

*Ungeeignet für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist ein medizinisches Versorgungszentrum auch dann, wenn es aus in seiner Person oder der seines Trägers oder eines Gesellschafters der Trägergesellschaft oder eines nachgelagerten Inhabers liegenden, schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, eine ordnungsgemäße Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Dies ist zu vermuten, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass von dem medizinischen Versorgungszentrum oder seinem Träger oder einem Gesellschafter des Trägers oder einem nachgelagerten Inhaber Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung ausgehen, insbesondere wenn*

*1. Anhaltspunkte für eine schwerpunktmäßig auf Renditemaximierung ausgerichtete Behandlungsweise in dem medizinischen Versorgungszentrum vorliegen wie beispielsweise die Abführung erwirtschafteter Gewinne an Dritte, übermäßige Renditeziele sowie erhebliche negative Erfahrungen mit einem Gesellschafter der Trägergesellschaft oder einem der nachgelagerten Inhaber im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung in Deutschland oder dem Ausland,*

*2. Anhaltspunkte für die Einflussnahme der Trägerebene des medizinischen Versorgungszentrums oder einer nachgelagerten Inhaberebene auf die zahnärztlichen Entscheidungen in dem medizinischen Versorgungszentrum, soweit nicht ausschließlich Vertragszahnärzte Inhaber des medizinischen Versorgungszentrums beziehungsweise seiner Trägergesellschaft sind,*

*3. Anhaltspunkte für schwerwiegende Fehlverhalten von medizinischen Versorgungszentren, die in einer Kette zusammengeschlossen sind, oder erhebliche negative Erfahrungen mit verketteten medizinischen Versorgungszentren im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung in Deutschland oder dem Ausland*

*vorliegen.*

#### **IV. Zwischenergebnisse**

Die Berücksichtigung der Eignung von MVZ-Trägergesellschaften im Rahmen des Zulassungsverfahrens ist möglich. Aus der Zulässigkeit der Wahl der Rechtsform der GmbH und der Möglichkeit für zugelassene Krankenhäuser, zahnärztliche MVZ zu gründen, folgt keine uneingeschränkte Eignung solcher MVZ für die ordnungsgemäße vertragszahnärztliche Versorgung. Wie für Ver-

tragszahnärzte ist jedoch davon auszugehen, dass eine GmbH als Trägergesellschaft einer ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit regelmäßig nicht entgegensteht.

Die Nichteignung für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit dürfte bei begründeten Anhaltspunkten für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen in einem zahnärztlichen MVZ hinreichend dargelegt sein. Grundlage für die Anwendung von konkreten Kriterien ist (1.) das Vorliegen eines zahnärztlichen MVZ, das (2.) von einer GmbH oder einer GbR getragen wird, die (3.) in der Kontrolle einer Krankenhausträgergesellschaft steht oder mit dieser personenidentisch ist. Für ein MVZ, das durch eine GbR getragen wird, spiegelt sich die Kontrolle durch die Beteiligung einer Krankenhausträgergesellschaft oder von ihr beherrschten Gesellschaft wider. Notwendig ist darüber hinaus (4.) die Feststellung, dass die Krankenhausträgergesellschaft unter der Kontrolle eines Investors steht, aus dessen Zielsetzung sich (5.) Hinweise auf eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen in dem MVZ oder (6.) Anhaltspunkte für eine Verkettung mehrerer zahnärztlicher MVZ ergeben. Als Anhaltspunkte für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen ließen sich auf der Ebene des Versorgungszentrums die Abführung erwirtschafteter Gewinne, übermäßige Renditeziele sowie nachweisbare Versuche der Einflussnahme auf Zahnärzte ausmachen; auf der Ebene des Investors könnten bisherige Erfahrungen mit dem Investor im Inland, das Fehlverhalten verketteter MVZ sowie die anvisierte Dauer der Beteiligung herangezogen werden. Anhaltspunkte für eine Verkettung zahnärztlicher MVZ ergeben sich, wenn auf der Ebene der Investoren das Verhältnis zwischen der Anzahl der betriebenen Krankenhäuser und der zahnärztlichen MVZ gebildet würde. Je mehr Anhaltspunkte im Einzelfall für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlung sprechen, desto sicherer ließe sich die Eignung des Zulassungsbewerbers anzweifeln. Für bereits zugelassene zahnärztliche MVZ setzte die Annahme der Nichteignung konkrete Anhaltspunkte auf der Ebene des Versorgungszentrums selbst voraus.

Eine für den Fall der Nichteignung zulassungsbeschränkende Regelung würde legitime Zwecke verfolgen und wäre zur Erreichung dieser Zwecke geeignet und erforderlich. Die dadurch geschützten Rechtsgüter würden die Schwere des Eingriffs in das Grundrecht der Berufsfreiheit überwiegen, so dass die Maßnahme angemessen wäre. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit läge demnach *nicht* vor. Die Regelung ließe sich in formeller sowie materieller Hinsicht mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbaren und wäre damit verfassungsrechtlich gerechtfertigt.

## **D. Räumlich-fachliche Begrenzung der Gründungsbefugnis**

Die zahnärztliche Versorgungsstruktur ist vorwiegend von einer ambulanten (vertrags)zahnärztlichen Versorgung geprägt; Krankenhäuser mit zahnärztlichen Abteilungen spielen in der Versorgung eine bloß untergeordnete Rolle; die Gründung rein zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser, die an der zahnärztlichen Versorgung nicht mitwirken, trägt mithin nicht zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung bei, sondern erfolgt zwecks wirtschaftlicher Partizipation an der vertragszahnärztlichen Versorgung.<sup>390</sup> Die Einführung eines räumlich-fachlichen Bezugs des Krankenhauses zum zahnärztlichen MVZ wäre auch insoweit naheliegend, als die Gründung von MVZ durch Krankenhäuser nach der gesetzgeberischen Intention vor allem auch in einer besseren Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor<sup>391</sup> liegt. Damit würden Investorenaktivitäten zugleich wieder auf ihr gesetzlich eigentlich vorgesehenes Betätigungsfeld, den Krankenhausbetrieb, fokussiert, ohne dass sich dies nachteilig auf etwaige Vorzüge aus der Verbesserung der sektorenübergreifenden zahnärztlichen Versorgung auswirken würde.

## **I. Räumlich-fachlicher Bezug des Krankenhauses**

Eine Verzahnung der Versorgung über deren Sektorengrenzen hinweg erfordert einen räumlich-fachlichen Bezug zum Krankenhaus. Ohne einen solchen Bezug wird jedenfalls nicht die ambulante Versorgung der in dem selbst betriebenen Krankenhaus behandelten Patienten unterstützt. Ein sachlicher Grund, warum ein Krankenhaus ein MVZ oder gar eine Vielzahl von MVZ zur Erzielung einer Sektorenverzahnung ohne jedwede räumlich-fachliche Nähe zwischen Krankenhaus und MVZ gründen bzw. betreiben können soll, ist nicht ersichtlich.

---

<sup>390</sup> Vgl. die Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundeszahnärztekammer und des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte zum Regierungsentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung und zur diesbezüglichen Stellungnahme des Bundesrates (BR-Drs. 504/18) vom 3. Januar 2019, S. 24.

<sup>391</sup> BSGE 126, 40 (47 Rn. 34-35); Begründung des von der Bundesregierung beschlossenen Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze vom 30. August 2006, BT-Drs. 16/2474, S. 29.

## 1. Räumlicher Bezug

Dabei liegt es nahe, für den räumlichen Umfang die Planungsbereiche als Grundlage des räumlichen Bezugs heranzuziehen. Die regionalen Planungsbereiche sollen gemäß § 3 Abs. 1 S. 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte<sup>392</sup> den kreisfreien Städten, den Landkreisen oder Kreisregionen in der Zuordnung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung entsprechen. Bei der Festsetzung der Planungseinheit für die zahnärztliche Versorgung ist von der kommunalen Gliederung auszugehen (§ 3 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte); der Planungsbereich für die kieferorthopädische Versorgung umfasst im Regelfall den Bereich eines Stadt- oder Landkreises (§ 3 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte). Insofern bieten die Planungsbereiche eine hinreichende Grundlage für die Bestimmung eines räumlichen Bezugs. Gegebenenfalls könnte überlegt werden, den räumlichen Bezug durch den Planungsbereich, in dem das Krankenhaus liegt, sowie die angrenzenden Planungsbereiche abzustrecken. Auch hieraus könnte ein hinreichend starker räumlicher Bezug zu dem Krankenhaus für eine Verzahnung der Versorgungssektoren abgeleitet werden. Im Ergebnis sollten Krankenhäuser zahnärztliche MVZ nur innerhalb desjenigen Bereichs gründen dürfen, der für den räumlichen Bezug als maßgeblich erachtet wird.

Durchbrochen werden könnte der räumliche Bezug, soweit in einem Planungsbereich eine Unterversorgung festgestellt ist. In diesem Falle sind zahnmedizinisch tätige Krankenhäuser auch außerhalb ihres eigenen Planungsbereichs in der Lage, einen Beitrag zu der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung zu leisten.

## 2. Fachlicher Bezug

Fachlich sollte für die Gründung eines zahnärztlichen MVZ insofern ein Bezug zur zahnärztlichen Versorgung bestehen, als in dem Krankenhaus eine zahnärztliche Versorgung angeboten wird. Als Mindestumfang der Versorgung sollte im Krankenhaus eine zahnmedizinische Fachabteilung vorhanden sein, die sich in einem zahnmedizinischen Versorgungsauftrag im Krankenhausplan widerspiegelt.

---

<sup>392</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung in der Fassung vom 14. August 2007 (BAnz Nr. 185, S. 7673), zuletzt geändert am 20. Dezember 2018 (BAnz AT 19. März 2019 B 4).

## II. Umsetzung

Der räumlich-fachliche Bezug des Krankenhauses zum zahnärztlichen MVZ könnte durch eine Änderung der bestehenden Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V umgesetzt werden. Diese könnte dergestalt neugefasst werden, dass die Gründung zahnärztlicher MVZ durch Krankenhäuser vom kumulativen Vorliegen des fachlichen und des räumlichen Bezugs abhängig gemacht würde, wobei der räumliche Bezug entweder durch die Lage des Krankenhauses oder eine festgestellte Unterversorgung hergestellt werden könnte.

Eine solche Einbeziehung hätte für existierende zahnärztliche MVZ prinzipiell den Entzug ihrer Zulassung zur Folge, soweit sie keinen räumlich-fachlichen Bezug zum Krankenhaus aufwiesen.<sup>393</sup> Die Regelung müsste entsprechend den verfassungsrechtlichen Anforderungen durch zumindest übergangsweise gewährleisteten Bestandsschutz abgemildert werden.

## III. Verfassungsrechtliche Beurteilung

Verfassungsrechtlich ist die Einführung eines räumlich-fachlichen Bezugs zur Gründung von zahnärztlichen MVZ durch Krankenhäuser an dem Grundrecht der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG zu messen. Eine Entziehung der Zulassung solcher zahnärztlichen MVZ müsste sich an dem besonderen eigentumsgrundrechtlichen Vertrauensschutz aus Art. 14 Abs. 1 GG messen lassen.

### 1. Vereinbarkeit mit der Berufsfreiheit

Hinsichtlich der Vereinbarkeit einer solchen Regelung mit der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG kann im Wesentlichen auf die bereits oben angestellten Überlegungen<sup>394</sup> verwiesen werden.

---

<sup>393</sup> Die Gründungsvoraussetzungen eines MVZ sind zugleich Voraussetzung für dessen Fortbestand; das Fehlen und der Wegfall der Gründungsvoraussetzungen ist damit schon im Entziehungstatbestand des § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V enthalten (*Gerlach*, in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Kommentar, § 95 SGB V Rn. 126 [Stand der Kommentierung: Oktober 2016]). (Nur) für die Gründungsvoraussetzungen nach § 95 Abs. 1a S. 1 bis 3 SGB V modifiziert (und privilegiert) § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V dies dahingehend, dass die Entziehung erst zu erfolgen hat, wenn diese Gründungsvoraussetzungen länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Da die Gründungsvoraussetzungen des § 95 Abs. 1b SGB V nicht in § 95 Abs. 6 S. 3 SGB V genannt werden, gilt dessen Privilegierung nicht für sie; vielmehr ist bei ihrem Wegfall (etwa nach Übernahme eines MVZ durch ein Krankenhaus, welches die Höchstversorgungsanteile des § 95 Abs. 1b SGB V überschreitet) unmittelbar über § 95 Abs. 6 S. 1 SGB V die Zulassung zu entziehen.

<sup>394</sup> Vgl. S. 127 ff.

### a) Eingriff in den Schutzbereich

Eine Regelung, die einen räumlich-fachlichen Bezug des Krankenhauses zu dem zahnärztlichen MVZ voraussetzen würde, stellte für private Krankenhäuser bzw. Krankenhausträgersgesellschaften einen erheblichen Eingriff in die Berufsfreiheit dar. Da der räumlich-fachliche Bezug der Gestaltungsmacht der Zulassungsbewerber nicht entzogen ist, handelte es sich auch hier um einen Eingriff auf der Stufe der subjektiven Berufszulassungsvoraussetzungen.

### b) Verfassungsrechtliche Rechtfertigung

Die verfassungsrechtliche Rechtfertigung dieser Regelung bestimmte sich maßgeblich nach ihrer Vereinbarkeit mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Sie müsste einen legitimen Zweck verfolgen sowie geeignet, erforderlich und angemessen sein.

#### aa) Legitimer Zweck

Die Regelung verfolgte mit der Beschränkung des Einflusses von Investoren auf die vertragszahnärztliche Versorgung ein legitimes Ziel, das der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren bereits zur Grundlage seiner Gesetzgebung gemacht hat.

#### bb) Geeignetheit

Die Regelung diene sowohl der Verzahnung der sektorenübergreifenden zahnärztlichen Versorgung als auch dem Ausschluss von Kapitalinteressen in der vertragszahnärztlichen Versorgung.<sup>395</sup> Die Gründung zahnärztlicher MVZ aus rein kapitalorientierter Motivation würde dadurch verhindert. Möglicherweise müsste hinsichtlich der Geeignetheit einer solchen Regelung zwischen der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Versorgung differenziert werden: In der *vertragszahnärztlichen* Versorgung steht Krankenhausträgern derzeit die Wahl des Standortes frei. Daraus resultiert, dass der Zugang zum Dentalmarkt durch den Erwerb eines beliebigen Krankenhauses unabhängig von seinem Sitz gewährleistet wird. Die Gründung oder der Betrieb vieler zahnärztlicher MVZ im Planungsbereich des Krankenhauses wäre regelmäßig wenig attraktiv. In der *vertragsärztlichen* Versorgung mag die Gründung von MVZ in räumlicher Nähe zum Krankenhaus gegebenenfalls attraktiv sein, so dass für

---

<sup>395</sup> Kritisch, aber wohl mit Blick auf die vertragsärztliche Versorgung *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, *MedR* 2020, 531 (538).

diesen Teil der Versorgung an der Eignung der Vorschrift gezweifelt werden könnte.<sup>396</sup>

### **cc) Erforderlichkeit**

Es ist keine Regelung ersichtlich, die gleich wirksam die Kapitalinteressen aus der vertragszahnärztlichen Versorgung ausschliesse und dabei weniger stark in die Berufsfreiheit der Krankenhausträgergesellschaften eingriffe.

### **dd) Angemessenheit**

Die Regelung müsste schließlich angemessen sein. Eine Maßnahme ist angemessen, wenn bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der den Eingriff rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt ist.<sup>397</sup>

Der Eingriff auf der Stufe der subjektiven Berufszulassungsregelungen würde für die Krankenhausträgergesellschaften schwer wiegen. Als rechtfertigende Gründe ließen sich die Sicherstellung der Versorgungsqualität und der vertragszahnärztlichen Versorgung heranziehen. Berücksichtigt man, dass Krankenhäusern, die zahnmedizinisch tätig sind oder einen Beitrag für die Versorgung in unterversorgten Planungsbereichen leisten, die Gründung zahnärztlicher MVZ weiterhin möglich wäre, würde deren Gründung lediglich wegen der Gewinnerzielungsabsicht ausgeschlossen. Die Grenze der Zumutbarkeit wäre durch diesen Eingriff noch gewahrt. Die Begrenzung der Gründungsbefugnis für zahnärztliche MVZ auf private Krankenhäuser, die einen räumlich-fachlichen Bezug zu dem Versorgungszentrum aufweisen können, wäre mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar.

## **2. Vertrauensschutz**

„Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt ausgesprochen, daß es eine wesentliche Funktion der Eigentumsgarantie ist, dem Bürger Rechtssicherheit hinsichtlich der durch Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GG geschützten Güter zu gewähr-

---

<sup>396</sup> *Kämmerer/Kleiner*, Fremdinvestoren und Fremdkapital bei MVZ – rechtliche Probleme und Lösungsansätze, *MedR* 2020, 531 (538): „Wie dies der Abwehr von Kapitalinteressen dienen soll, ist nicht zu erkennen; denn auf eine Krankenhausholding, die ihre verschiedenen Krankenhäuser jeweils als separate Gesellschaften mit einem MVZ betreibt, wirkt derlei nicht abschreckend“.

<sup>397</sup> Vgl. oben S. 112.

leisten und das Vertrauen auf das durch die verfassungsmäßigen Gesetze ausgeformte Eigentum zu schützen. Insoweit hat der rechtsstaatliche Grundsatz des Vertrauensschutzes für die vermögenswerten Güter im Eigentumsgrundrecht eine *eigene Ausprägung und verfassungsrechtliche Ordnung* erfahren [...]. Die Eigentumsgarantie erfüllt daher für die durch sie geschützten Rechtspositionen die Funktion des Vertrauensschutzes gegenüber Eingriffsakten.<sup>398</sup> Gleichzeitig betonte das Bundesverfassungsgericht stets, auch wenn der Schutz des Vertrauens in erworbene Eigentumspositionen in Art. 14 eine eigene Ausprägung erfahre, so wurzele er weiterhin „in dem Gedanken der Rechtssicherheit und mithin im Rechtsstaatsprinzip“.<sup>399</sup> Die besondere Ausprägung des Vertrauensschutzes in Art. 14 Abs. 1 GG erschöpfe sich aber nicht nur in einer besonderen verfassungsdogmatischen Herleitung, sondern beinhalte zudem eine höhere Schutzintensität gegenüber dem Vertrauen des Eigentümers in den Fortbestand seiner erworbenen Eigentumspositionen. Daher gehe der Vertrauensschutz aus der Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GG „über den rechtsstaatlichen Vertrauensschutz hinaus“.<sup>400</sup> Die Motive des Gesetzgebers, in bestehende Eigentumspositionen rückwirkend einzugreifen, „müssen so schwerwiegend sein, daß sie Vorrang haben vor dem Vertrauen des Bürgers auf den Fortbestand seines Rechts, das durch die Bestandsgarantie des Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GG gesichert wird“.<sup>401</sup> In späteren Entscheidungen betonte das Bundesverfassungsgericht zwar weiterhin die Notwendigkeit eines besonderen Rechtfertigungsgrundes für die Enttäuschung eines begründeten Vertrauens in den Fortbestand eigentumsgrundrechtlicher Positionen, rückte jedoch inhaltlich von diesem spezifischen Vertrauensschutz ab. Das Gericht prüfte den Schutz des Vertrauens des betroffenen Bürgers äußerlich anhand der Bestandsgarantie des Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GG, inhaltlich aber nach den allgemeinen Regeln des Rückwirkungsverbots. Es verabschiedete sich materiell vom Grundsatz des besonderen Vertrauensschutzes gegenüber von der Eigentumsgarantie geschützten Rechtspositionen.<sup>402</sup> Zum Schutz des begründeten Vertrauens des Bürgers forderte das Bundesverfassungsgericht regelmäßig angemessene Übergangsfristen für Neuregelungen, die alte Eigentumspositionen schmälern oder aufheben.<sup>403</sup>

---

<sup>398</sup> BVerfGE 76, 220 (244 f.) – ohne die Hervorhebungen; vgl. ferner BVerfGE 45, 142 (168); 53, 257 (309); 143, 246 (341 f. Rn. 268).

<sup>399</sup> BVerfGE 45, 142 (174).

<sup>400</sup> BVerfGE 58, 81 (121).

<sup>401</sup> BVerfGE 83, 201 (212); fast wortgleich BVerfGE 143, 246 (342 Rn. 269).

<sup>402</sup> Siehe etwa BVerfGE 95, 64 (86); 97, 378 (389); 98, 17 (39); 101, 239 (262).

<sup>403</sup> Siehe BVerfGE 53, 336 (351); 58, 300 (351); 83, 201 (213).

Wohl auch deshalb hat der Gesetzgeber bei bisherigen Änderungen der Regelung in § 95 SGB V im Hinblick auf MVZ umfassenden Bestandsschutz für zum Stichtag der Änderung rechtmäßig gegründete und betriebene MVZ gewährt, vgl. § 95 Abs. 1a S. 4 SGB V. Eine mit dem Grundgesetz vereinbare Regelung müsste mithin verhältnismäßige Übergangsfristen vorsehen, in denen die Zulassung weiter Bestand hätte.

#### **IV. Zwischenergebnisse**

Die Gründung von zahnärztlichen MVZ durch Krankenhäuser könnte von einem räumlich-fachlichen Bezug des Krankenhauses zum MVZ abhängig gemacht werden. Die Begrenzung der Gründungsbefugnis privater Krankenhäuser wäre mit der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar. Aus dem Grundrecht der Eigentumsfreiheit folgt jedoch eine besondere Ausprägung des Vertrauensschutzes, der zumindest angemessene Übergangsfristen für Neuregelungen der Betriebsvoraussetzungen bestehender zahnärztlicher MVZ erfordern würde.

#### **E. Fortentwicklung der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V**

Eine naheliegende Maßnahme zur Abwehr von Gefahren, die sich aus investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ ergeben, ist die Fortentwicklung des § 95 Abs. 1b SGB V, dessen Inhalt bereits näher erläutert wurde<sup>404</sup>.

#### **I. Anpassung der Versorgungsanteile**

Diese Regelung knüpft an die Gründung zahnärztlicher MVZ an und reguliert die Gründung dieser Zentren anhand der Versorgung der Planungsbereiche. Eine Möglichkeit der Verstärkung der Wirkung könnte in der Anpassung der Versorgungsanteile, insbesondere in den überversorgten Planungsbereichen liegen. Darüber hinaus könnte die Norm dahingehend präzisiert werden, dass sie künftig statt an das Krankenhaus an den Krankenhausträger bzw. an den hinter dem Krankenhausträger stehenden Investor anknüpft.

##### **1. Städtische Planungsbereiche**

Da die Wirkung des § 95 Abs. 1b SGB V gering ist, kommt insbesondere eine Anpassung der Höchstversorgungsanteile in Betracht.

---

<sup>404</sup> Vgl. oben S. 51 ff.

Eine Analyse zeigt, dass die aktuelle Regelung durch das Abstellen auf Planungsbereiche einen erheblichen Spielraum zur Gründung von zahnärztlichen MVZ in Ballungsgebieten eröffnet: Im Vergleich von städtischen zu ländlichen Planungsbereichen lassen sich in weder über- noch unterversorgten Planungsbereichen (Versorgungsgrad zwischen 50 und 110 %) sowie in überversorgten Planungsbereichen (Versorgungsgrad > 110 %) trotz der Regelung in erheblichem Umfang zahnärztliche MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses gründen.<sup>405</sup> Insofern begünstigt die Regelung großstädtische Bereiche.<sup>406</sup> So können in Frankfurt am Main zahnärztliche MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses mit bis zu 70, in Köln mit bis zu 85 und in Berlin mit bis zu 146 ganzen Zahnarztstellen gegründet oder betrieben werden.<sup>407</sup>

Aktuelle Analysen zeigen zudem, dass sich investorenbetriebene zahnärztliche MVZ bevorzugt in (groß)städtischen Gebieten mit einer jüngeren, überdurchschnittlich einkommensstarken Bevölkerung und weniger pflegebedürftigen Bevölkerungsstruktur ansiedeln.<sup>408</sup>

Insoweit läge es nahe, § 95 Abs. 1b SGB V beispielsweise dadurch anzupassen, dass zumindest für städtisch geprägte Planungsbereiche die derzeit vorgesehenen Höchstversorgungsanteile reduziert werden, jedenfalls soweit der betreffende Planungsbereich bereits bedarfsgerecht versorgt oder gar überversorgt ist.

Die Festlegung der genauen Prozentzahl bedürfte einer (gesundheitsökonomischen) Untersuchung, welche die Auswirkungen unterschiedlich hoher Prozentzahlen auf die unterschiedlichen Planungsbereiche in den Blick nehmen müsste.

## 2. Zwischenergebnis

Als erste Maßnahme zur Anpassung der bestehenden Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V kommt die Anpassung der Versorgungsanteile sowohl in den über- als auch in den unterversorgten Planungsbereichen in Betracht. Während

---

<sup>405</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 54 (Tabelle 5).

<sup>406</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 56.

<sup>407</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 55 (Abbildung 21).

<sup>408</sup> IGES Institut, Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung, Gutachten, 2020, S. 12.

der Höchstversorgungsanteil in unterversorgten Planungsbereichen keiner Anpassung bedarf, legt das bevorzugt auf urbane Bereiche konzentrierte Niederlassungsverhalten investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ nahe, gezielt für solche städtischen Planungsbereiche die Höchstversorgungsanteile des § 95 Abs. 1b SGB V abzusenken.

## II. Anknüpfung an den Krankenhausträger

Nach der gegenwärtigen Rechtslage ist es zumindest umstritten, ob das Krankenhaus oder sein Träger den Anknüpfungspunkt für die Höchstversorgungsgrenzen bildet. Nach der hier vertretenen Auffassung bildet das Krankenhaus den Anknüpfungspunkt der Höchstversorgungsgrenzen. Dies hat allerdings zur Folge, dass es Investoren offensteht, „ihren“ Höchstversorgungsanteil durch den Erwerb weiterer Krankenhäuser zu erhöhen. Auch wenn es sich hierbei wegen des Erwerbs eines (weiteren) Krankenhauses um einen kostspieligen Weg handeln dürfte, verhindert die Vorschrift in ihrer gegenwärtigen Fassung nicht, dass ein Investor, der mehrere Krankenhausträgergesellschaften kontrolliert, die von ihm betriebenen zahnärztlichen MVZ innerhalb einzelner Planungsbereiche vervielfacht.<sup>409</sup>

Die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V sollte deshalb als Bezugspunkt der Höchstversorgungsgrenzen die Krankenhausträger bestimmen. Hierzu sollten die Eigentümerverhältnisse hinter den Krankenhausträgergesellschaften Berücksichtigung finden. Am einfachsten gelänge dies, indem der gründungsberechtigten Krankenhausträgergesellschaft die Versorgungsanteile der zahnärztlichen MVZ zugerechnet würden, die von einem Investor – gegebenenfalls unter Zwischenschaltung mehrerer Gesellschaften – kontrolliert werden.

Diese Änderung setzt voraus, dass die Zulassungsausschüsse Kenntnis davon erlangen, ob und falls ja, welche Verflechtungen hinter der Krankenhausträgergesellschaft zu anderen Krankenhäusern bestehen. Deshalb setzte eine solche Regelung voraus, dass die wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenhausträgergesellschaften – zumindest für die Zulassungsausschüsse sowie die Antragsberechtigten gemäß § 27 Satz 2 Zahnärzte-ZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung, Landesverbände der Krankenkassen sowie Ersatzkassen) – transparent sind. Insofern korrespondierte eine solche Regelung mit dem vorgeschlagenen MVZ-Register.

---

<sup>409</sup> Vgl. bereits oben S. 52.

### **III. Verfassungsrechtliche Beurteilung**

Die Modifizierung der Höchstversorgungsgrenzen sowie deren Anknüpfen an alle von einem Krankenhausträger betriebenen zahnärztlichen MVZ müssten sich an den Grundrechten des Grundgesetzes messen lassen. Da die berufliche Betätigung durch die MVZ betroffen wäre, müsste sich die Maßnahme mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit vereinbaren lassen.

#### **1. Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit**

Eine Neuregelung der Höchstversorgungsgrenzen würde die Berufsfreiheit der Krankenhausträgersgesellschaften begrenzen und deshalb in die grundrechtlich geschützte Freiheitsphäre eingreifen.

#### **2. Verfassungsrechtliche Rechtfertigung**

Die verfassungsrechtliche Rechtfertigung setzt hier maßgeblich die Verhältnismäßigkeit<sup>410</sup> voraus. Die Maßnahme müsste einen legitimen Zweck verfolgen sowie geeignet, erforderlich und angemessen sein.

##### **a) Legitimer Zweck und Geeignetheit**

Ziel der derzeit geltenden Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V ist „der Erhalt der Anbietervielfalt in der vertragszahnärztlichen Versorgung und die Verhinderung einer wettbewerbsfeindlichen Anbieterdominanz durch medizinische Versorgungszentren [...] in Trägerschaft weniger Krankenhäuser.“<sup>411</sup> Eine im Wege der Veränderung der Höchstversorgungsgrenzen erfolgende Anpassung der Regelung zur Erhöhung ihres Wirkungsgrades diene dem selben legitimen Ziel.

##### **b) Erforderlichkeit**

Eine gleich wirksame Regelung, die weniger stark in das Grundrecht der Berufsfreiheit eingreifen würde, ist hier nicht ersichtlich.

---

<sup>410</sup> Vgl. zum Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bereits oben S. 110 ff.

<sup>411</sup> Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13. März 2019 zum Entwurf des TSVG, BT-Drs. 19/8351, S. 187; siehe zu den Zielen der Regelung auch *Ossege*, Beteiligungen von Private-Equity-Gesellschaften an zahnärztlichen MVZ-Trägersgesellschaften, GesR 2019, 281 (282).

### c) Angemessenheit

Die Neuregelung müsste schließlich angemessen sein. Eine staatliche Maßnahme ist angemessen, wenn bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der den Eingriff rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt ist.<sup>412</sup>

Für diejenigen in privater Trägerschaft befindlichen Krankenhäuser, die an die Höchstversorgungsgrenze stoßen, stellte sich die Maßnahme gar als objektive Berufszulassungsregelung in Bezug auf den jeweiligen Planungsbereich dar. Hierfür ließen sich jedoch gewichtige rechtfertigende Gründe ausmachen. So schützt die Anbietervielfalt der vertragszahnärztlichen Versorgung langfristig die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen zahnmedizinischen Versorgungslandschaft. Darüber hinaus stünden dem jeweiligen Krankenhaus auch nach der Verschärfung der Höchstversorgungsgrenzen zahlreiche Planungsbereiche für die Gründung zahnärztlicher MVZ offen. Die Grenze der Zumutbarkeit wäre durch diesen Eingriff noch gewahrt. Die Fortentwicklung der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V ließe sich mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbaren.

## IV. Zwischenergebnis

Die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V könnte durch die Anpassung der Versorgungsanteile sowie durch die Anknüpfung der Höchstversorgungsgrenzen an den Krankenhausträger weiterentwickelt werden. Hierdurch könnte die Wirkung der Regelung verstärkt werden. Die Fortentwicklung ließe sich mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit privater Krankenhausträgerschaften vereinbaren.

## F. Ergebnisse zum dritten Teil

Wesentliche Ergebnisse des dritten Teils lassen sich in Leitsätzen wie folgt zusammenfassen:

1. Zur Erfassung investorenspezifischer Gefahren sowie zur Berücksichtigung dieser Gefahren zum Schutz der vertragszahnärztlichen Versorgung bieten sich die Schaffung von Transparenz und einer Regelung an, welche die Eignung der zahnärztlichen MVZ zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung berücksichtigt. Das Abstellen auf das Kriterium der Eignung

---

<sup>412</sup> Vgl. oben S. 112.

ermöglicht im Rahmen des Zulassungsverfahrens die Berücksichtigung des Einzelfalls. Um investorenspezifischen Gefahren im Einzelfall Rechnung tragen zu können, sind Informationen auf der Ebene hinter den Krankenhäusern erforderlich.

2. Dem Bundesgesetzgeber steht für die Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Dieser umfasst die Befugnis, Prognosen über das Bestehen von Gefahren und die Wirkung von Regelungen anzustellen, die gerichtlich nur eingeschränkt überprüft werden.

3. Begrenzt wird der Gestaltungsspielraum formell durch die Kompetenzregelungen des Grundgesetzes (Art. 70 ff. GG) sowie materiell durch Grundrechte, insbesondere den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

a) Der Bundesgesetzgeber hat die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) und die Zulassung zu ärztlichen Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Die Ausgestaltung der in der vertragszahnärztlichen Versorgung möglichen Formen der Leistungserbringung und die Normierung der Voraussetzungen für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung unterfallen dem Kompetenztitel der Sozialversicherung.

b) Regelungen, welche die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung betreffen, stellen regelmäßig Eingriffe in das durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Grundrecht der Berufsfreiheit dar. Diese bedürfen zur Rechtfertigung einer gesetzlichen Grundlage, die den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wahrt.

4. Zur Herstellung von Transparenz empfiehlt sich der Aufbau eines zahnärztlichen MVZ-Registers nach dem Vorbild des Zahnarztregisters. Die Herbeiführung von Transparenz könnte einen erheblichen Beitrag zur Abwehr investorenspezifischer Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung leisten.

5. Für die Erstellung eines zahnärztlichen MVZ-Registers besteht ein Bedürfnis. Bereits existierende Register wie das Handelsregister oder das Transparenzregister sind zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie zur Beurteilung investorenspezifischer Gefahren nicht geeignet.

a) Das Handelsregister enthält spezifisch handelsrechtliche Angaben über die registerpflichtigen Gesellschaften. Aussagen zu investorenspezifischen Gefahren lassen sich aus dem Registerauszug zu einer MVZ-Trägergesellschaft nicht ableiten. Insbesondere bei verschachtelten gesellschaftsrechtlichen Konstruktionen oberhalb der Krankenhausträgergesellschaft stellt die Einsichtnahme in das Handelsregister ein zeitaufwendiges und gebührenpflichtiges Unterfangen dar.

b) Maßgebliches Ziel des als Auffangregister konzipierten Transparenzregisters ist es, zum Zwecke der Bekämpfung von Geldwäsche und der Finanzierung von Terrorismus die wirtschaftlich berechtigten, natürlichen Personen kenntlich zu machen, die sich hinter gesellschaftsrechtlichen Konstruktionen verbergen. Die gebührenpflichtige, jedermann mögliche Einsichtnahme in das Register knüpft an einzelne Vereinigungen oder Rechtsgestaltungen an. Aus den Registerangaben lässt sich nicht auf investorenspezifische Gefahren schließen.

6. Das zahnärztliche MVZ-Register sollte sowohl Aussagen über die Eignung von MVZ für eine ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglichen als auch für die Planung und die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung herangezogen werden können. Für die Einbindung in das Zulassungsverfahren wäre maßgeblich, dass eine Pflicht zur Eintragung in das Register begründet würde, die wie für Zahnärzte als Voraussetzung für die Bewerbung um die Zulassung ausgestaltet sein könnte. Der in das Register aufzunehmende Datenkranz würde sich nach den Zwecken des Registers bemessen. Über die im Rahmen des Zulassungsverfahrens bisher vorgelegten Informationen hinaus sollte das Register Angaben über die Ebenen hinter den Krankenhausträgergesellschaften und damit Auskunft über die Beteiligung von Investoren sowie deren Absichten ermöglichen.

7. Es besteht kein Bedürfnis für die Aufnahme von Berufsausübungsgemeinschaften in das MVZ-Register. Deren Situation weicht entscheidend von derjenigen von MVZ ab und begründet keine Gefahr durch Investorenaktivitäten für die Versorgungsqualität sowie die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

8. Analog zum Zahnarztregister liegen die Führung eines MVZ-Registers durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Führung eines MVZ-Bundesregisters durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung nahe. Die Vorschriften zur Registerführung sollten einen Koordinierungsprozess vorsehen, der Auswirkungen von Registereintragungen auf Register in anderen Bezirken regelt, um die Register insgesamt auf demselben Stand zu halten. Dies könnte horizontal auf der Ebene der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder vertikal über die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung erfolgen.

9. Aus dem Ersten Buch und dem Zehnten Buch des Sozialgesetzbuchs sowie aus § 285 Abs. 1, 3 und 4 SGB V ergeben sich Anforderungen an die Verarbeitung von Sozialdaten. Sozialdaten sind personenbezogene Daten, die von bestimmten, in § 35 SGB I aufgeführten Stellen verarbeitet werden. § 285 Abs. 1 und 3 SGB V setzen für die Speicherung und Verarbeitung von Sozialdaten von Zahnärzten einen Bezug zu bestimmten Aufgaben sowie die Erfor-

derlichkeit der Datenverarbeitung voraus. Die Erhebung von Sozialdaten anderer Personen knüpft an die Erforderlichkeit zur Erfüllung einer gesetzlich zugewiesenen Aufgabe an. Die weitere Verwendung der erhobenen Daten orientiert sich darüber hinaus an der Einhaltung des Erhebungszwecks.

10. Die datenschutzrechtliche Zulässigkeit des Aufbaus eines MVZ-Registers bemisst sich maßgeblich danach, ob den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Führung des Registers als Aufgabe übertragen würde. Für Sozialdaten von Zahnärzten wäre eine Erweiterung von § 285 Abs. 1 Nr. 1 SGB V um die Führung des Registers erforderlich. Soweit es zur Aufnahme von Sozialdaten anderer natürlicher Personen in das MVZ-Register käme, sollte entweder die Erhebung der Daten bei den MVZ ausdrücklich zugelassen oder eine Übermittlung der Daten auch der Investorenebene durch die Antragsteller vorgeschrieben werden.

11. Aus verfassungsrechtlicher Perspektive würde der Aufbau eines zahnärztlichen MVZ-Registers auf keine besonderen Hürden stoßen. Die auf einer gesetzlichen Grundlage erfolgende Erhebung und Speicherung der Angaben auf den Ebenen der MVZ, der Gründer sowie gegebenenfalls dahinterstehender Investoren wäre formell und materiell verfassungsgemäß.

12. Die Berücksichtigung der Eignung von MVZ-Trägersgesellschaften im Rahmen des Zulassungsverfahrens ist möglich. Aus der Zulässigkeit der Wahl der Rechtsform der GmbH und der Möglichkeit für zugelassene Krankenhäuser, zahnärztliche MVZ zu gründen, folgt keine uneingeschränkte Eignung solcher MVZ für die ordnungsgemäße vertragszahnärztliche Versorgung. Wie für Vertragszahnärzte ist jedoch davon auszugehen, dass eine GmbH als Trägersgesellschaft einer ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit regelmäßig nicht entgegensteht.

13. Die Nichteignung für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit dürfte bei begründeten Anhaltspunkten für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen in einem zahnärztlichen MVZ hinreichend dargelegt sein.

a) Grundlage für die Anwendung von konkreten Kriterien ist (1.) das Vorliegen eines zahnärztlichen MVZ, das (2.) von einer GmbH oder einer GbR getragen wird, die (3.) in der Kontrolle einer Krankenhausträgersgesellschaft steht oder mit dieser personenidentisch ist. Für ein MVZ, das durch eine GbR getragen wird, spiegelt sich die Kontrolle durch die Beteiligung einer Krankenhausträgersgesellschaft oder von ihr beherrschten Gesellschaft wider. Notwendig ist darüber hinaus (4.) die Feststellung, dass die Krankenhausträgersgesellschaft unter der Kontrolle eines Investors steht, aus dessen Zielsetzung sich (5.) Hinweise

auf eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen in dem MVZ oder (6.) Anhaltspunkte für eine Verkettung mehrerer zahnärztlicher MVZ ergeben.

b) Als Anhaltspunkte für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen ließen sich auf der Ebene des Versorgungszentrums die Abführung erwirtschafteter Gewinne, übermäßige Renditeziele sowie nachweisbare Versuche der Einflussnahme auf Zahnärzte ausmachen; auf der Ebene des Investors könnten bisherige Erfahrungen mit dem Investor im Inland, das Fehlverhalten verketteter MVZ sowie die anvisierte Dauer der Beteiligung herangezogen werden.

c) Anhaltspunkte für eine Verkettung zahnärztlicher MVZ ergeben sich, wenn auf der Ebene der Investoren das Verhältnis zwischen der Anzahl der betriebenen Krankenhäuser und der zahnärztlichen MVZ gebildet würde.

d) Je mehr Anhaltspunkte im Einzelfall für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlung sprechen, desto sicherer ließe sich die Eignung des Zulassungsbewerbers anzweifeln.

14. Eine für den Fall der Nichteignung zulassungsbeschränkende Regelung würde legitime Zwecke verfolgen und wäre zur Erreichung dieser Zwecke geeignet und erforderlich. Die dadurch geschützten Rechtsgüter würden die Schwere des Eingriffs in das Grundrecht der Berufsfreiheit überwiegen, so dass die Maßnahme angemessen wäre. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit läge demnach *nicht* vor. Die Regelung ließe sich in formeller sowie materieller Hinsicht mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbaren und wäre damit verfassungsrechtlich gerechtfertigt.

15. Die Gründung von zahnärztlichen MVZ durch Krankenhäuser könnte von einem räumlich-fachlichen Bezug des Krankenhauses zum MVZ abhängig gemacht werden. Die Begrenzung der Gründungsbefugnis privater Krankenhäuser wäre mit der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar. Aus dem Grundrecht der Eigentumsfreiheit folgt jedoch eine besondere Ausprägung des Vertrauensschutzes, der zumindest angemessene Übergangsfristen für Neuregelungen der Betriebsvoraussetzungen bestehender zahnärztlicher MVZ erfordern würde.

16. Die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V könnte durch die Anpassung der Versorgungsanteile insbesondere in urbanen Gebieten, in denen sich investorenbetriebene zahnärztliche MVZ bevorzugt ansiedeln, sowie durch die Anknüpfung der Höchstversorgungsgrenzen an den Krankenhausträger weiterentwickelt werden. Hierdurch könnte die Wirkung der Regelung verstärkt werden. Die Fortentwicklung ließe sich mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit privater Krankenhausträgersgesellschaften vereinbaren.

## **Vierter Teil**

### **Zusammenfassung in Leitsätzen**

Wesentliche Ergebnisse der gesamten Untersuchung lassen sich in Leitsätzen wie folgt zusammenfassen:

#### **Erster Teil**

##### **Gefahren durch investorenbetriebene zahnärztliche MVZ**

1. Ein MVZ ist eine (zahn)ärztlich geleitete Organisations- und Kooperationsform der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung. Es verfügt über einen Rechts-träger, der einer der in § 95 Abs. 1a S. 3 SGB V aufgeführten Rechtsformen entsprechen muss.

2. Rechtlich wird für MVZ zwischen den Ebenen der Gründung, der Zulassung und des Betriebs unterschieden. Während § 95 Abs. 1a und 1b SGB V Gründungsvoraussetzungen für zahnärztliche MVZ regeln, sind die Zulassungsvoraussetzungen in § 95 Abs. 2 S. 5 und 6 SGB V sowie der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) enthalten. Für den Betrieb eines MVZ knüpft das Gesetz an das Fortbestehen der Zulassungsvoraussetzungen (§ 95 Abs. 6 S. 1 SGB V) sowie bestimmter Gründungsvoraussetzungen (§ 95 Abs. 6 S. 3 SGB V) an.

3. Nachdem der Gesetzgeber durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz das Erfordernis der fachübergreifenden Ausrichtung von MVZ gestrichen hatte, stieg die Anzahl zahnärztlicher MVZ stark an.

4. Die Gründung *zahnärztlicher* MVZ durch Krankenhäuser wird durch § 95 Abs. 1b SGB V reguliert. Die durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz in das SGB V eingefügte Regelung begrenzt den Umfang der zahnärztlichen MVZ, die Krankenhäuser je Planungsbereich gründen können.

5. In jüngerer Zeit drängen vermehrt Finanzinvestoren wie Private-Equity-Gesellschaften auf den deutschen Dentalmarkt. Sie gehen in einem Dreischritt vor, an dessen Beginn der Erwerb zugelassener Krankenhäuser steht, durch den sie die Befugnis zur Gründung sowie zum Betrieb von zahnärztlichen MVZ erhalten. Ihr Ziel ist es, durch Verkettung mehrerer MVZ an unterschiedlichen Standorten ein Unternehmen für zahnärztliche Behandlungen zu schaffen und möglichst rentabel zu betreiben. Regelmäßig nach etwa fünf bis sechs Jahren wird die Beteiligung an den geschaffenen Unternehmen veräußert.

6. Aus der Beteiligung von Finanzinvestoren an der vertragszahnärztlichen Versorgung lassen sich Gefahren für das Patientenwohl und für die Versorgungsqualität ableiten. Grundlage der Gefahrenprognose sind Auffälligkeiten des Abrechnungsverhaltens von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ im Vergleich zu Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften, Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, Verlautbarungen von Finanzinvestoren oder diesen nahestehenden Beratungsunternehmen sowie die bisherige Entwicklung investorenbetriebener zahnärztlicher MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Das Abrechnungsverhalten von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ lässt im Vergleich zu demjenigen von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften darauf schließen, dass in diesen Versorgungszentren eine renditeorientierte Behandlung der Versicherten erfolgt.

7. Die Behandlung am Maßstab der Rendite ruft einen Zielkonflikt zwischen einer Behandlung der Versicherten nach der zahnärztlichen Kunst einerseits sowie der wirtschaftlich vorteilhaftesten Behandlung andererseits hervor. Es besteht die begründete Besorgnis, dass die in zahnärztlichen MVZ angestellten Zahnärzte Versuchen mittelbarer Einflussnahme ausgesetzt sind.

8. In investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ besteht ein systemisch hoher Umsatzdruck, der eigenständig die Gefahr einer maßgeblich an wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgerichteten Behandlung begründet.

9. Die räumliche Verteilung von investorenbetriebenen zahnärztlichen MVZ sowie die Bildung von MVZ-Ketten begründet für sich genommen eine eigene Gefahr für die Versorgungsqualität sowie für die Sicherstellung einer flächendeckenden vertragszahnärztlichen Versorgung.

## **Zweiter Teil**

### **Zur Berücksichtigung der Gefahren durch die bestehende Rechtslage**

10. Die bisherige Rechtslage greift die Gefahren, die durch die Beteiligung von Investoren an der vertragszahnärztlichen Versorgung hervorgerufen werden, nicht oder nur ungenügend auf.

11. Auf der Ebene der Gründungsbefugnis knüpft das Gesetz an das Merkmal des zugelassenen Krankenhauses an. Die Beteiligung von Investoren ist kein Kriterium, auf das es für die Gründung eines zahnärztlichen MVZ ankommt. Jedenfalls bleibt eine Krankenhausträgersgesellschaft bei Beherrschung durch einen Investor zur Gründung zahnärztlicher MVZ befugt.

12. Einer teleologischen Reduktion, wonach Krankenhäuser, an denen Finanzinvestoren beteiligt sind, nicht zur Gründung von MVZ berechtigt sind, stehen der eindeutige Wortlaut des § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V sowie dessen Entstehungsgeschichte und Sinnzusammenhang entgegen.

13. Unzulässig ist die materielle Gründung von MVZ durch Personen, die zur Gründung nicht berechtigt sind. Dies ist der Fall, wenn die Befugnis zur Gründung eines zugelassenen Krankenhauses treuhänderisch zur Gründung durch eine andere Person missbraucht wird. Hiervon werden allerdings nur enge Ausnahmen wie Strohmannverhältnisse und stille Beteiligungsformen erfasst.

14. Die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V knüpft für die Bestimmung der Höchstversorgungsgrenzen an das einzelne Krankenhaus an. Hierdurch wird finanzstarken Investoren der Weg eröffnet, durch den Erwerb weiterer zugelassener Krankenhäuser auch in überversorgten Gebieten zahnärztliche MVZ zu gründen. Die Wirkung der Regelung ist deshalb auch im Hinblick auf die einzelnen Planungsbereiche stark begrenzt.

15. Die Zulassung zahnärztlicher MVZ bemisst sich im Grundsatz nach denselben Regelungen wie die Zulassung von Vertragszahnärzten. Die Konzeption des MVZ als Organisations- und Kooperationsform der vertragszahnärztlichen Versorgung führt dazu, dass die Zulassung an die Eintragung der Zahnärzte in das Zahnarztregister anknüpft, die in dem Versorgungszentrum tätig werden sollen.

16. Mit der Zulassung des zahnärztlichen MVZ zur vertragszahnärztlichen Versorgung wird es selbst zur Teilnahme an der Versorgung berechtigt und verpflichtet. Die angestellten Zahnärzte werden Mitglieder der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

17. Im Zulassungsverfahren wird nach den §§ 20 und 21 Zahnärzte-ZV die Eignung der Zahnärzte zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit geprüft. Gemäß § 1 Abs. 3 Zahnärzte-ZV finden diese Regelungen auf die Zulassung von MVZ entsprechende Anwendung. Daher ist hinsichtlich der einzelnen Regelungen zu prüfen, inwieweit sie auf MVZ angewendet werden können.

a) Der zeitliche Umfang anderer Tätigkeiten (§ 20 Abs. 1 Zahnärzte-ZV) ist kein Maßstab für die Eignung von MVZ. Die Regelung soll sicherstellen, dass Vertragszahnärzte in zeitlich ausreichendem Maß für die Behandlung von Versicherten zur Verfügung stehen. Da die Behandlung in einem MVZ durch natürliche Personen erbracht wird, lässt sich aus dem zeitlichen Umfang anderer Tätigkeiten der Trägergesellschaft keine Aussage für die Behandlung ableiten.

b) Die Regelung in § 20 Abs. 2 Zahnärzte-ZV im Hinblick auf andere zahnärztliche Tätigkeiten, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz nicht zu vereinbaren sind, ist anwendbar auf MVZ. Sie erfasst allerdings ausschließlich andere zahnärztliche Tätigkeiten.

c) § 21 Zahnärzte-ZV, demzufolge ein Zahnarzt für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ungeeignet ist, der aus in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragszahnärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben, ist grundsätzlich auf die MVZ-Trägersgesellschaft anwendbar. Ohne weitere Anhaltspunkte lassen sich jedoch aus der Struktur der MVZ-Trägersgesellschaft keine Rückschlüsse auf schwerwiegende Gründe ziehen, die der Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung entgegenstehen.

d) Für natürliche Personen bildet das in § 32 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV enthaltene Kriterium der Ausübung der Tätigkeit in freier Praxis eine Zulassungsvoraussetzung. Persönliche Abhängigkeit des Zahnarztes kann einen Hinderungsgrund im Sinne des § 21 Zahnärzte-ZV darstellen. Auf MVZ lässt sich diese Regelung jedoch nicht übertragen. MVZ sind strukturell von einem Träger abhängig, der aus gründungsberechtigten Personen gebildet wird. Die Vorschrift findet keine entsprechende Anwendung auf die Zulassung eines MVZ.

18. Die gegenwärtigen Regelungen für die Gründung, die Zulassung und den Betrieb eines zahnärztlichen MVZ durch ein Krankenhaus berücksichtigen die Gefahren, welche von den Finanzinvestoren für die vertragszahnärztliche Versorgung ausgehen, weder für die Versorgungsqualität noch im Hinblick auf eine Kettenbildung adäquat.

a) Der für die Versorgungsqualität maßgeblichen investorenspezifischen Gefahr einer renditeorientierten Behandlung tragen die Vorschriften nicht Rechnung.

b) Die bestehende Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V berücksichtigt die Gefahr einer Kettenbildung von zahnärztlichen MVZ nicht. Sie knüpft an die einzelnen Planungsbereiche an, ohne übergeordnete Zusammenhänge in den Blick zu nehmen.

## Dritter Teil

### Erfassung und Berücksichtigung der Gefahren

19. Zur Erfassung investorenspezifischer Gefahren sowie zur Berücksichtigung dieser Gefahren zum Schutz der vertragszahnärztlichen Versorgung bieten sich die Schaffung von Transparenz und einer Regelung an, welche die Eignung der zahnärztlichen MVZ zur ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Versorgung berücksichtigt. Das Abstellen auf das Kriterium der Eignung ermöglicht im Rahmen des Zulassungsverfahrens die Berücksichtigung des Einzelfalls. Um investorenspezifischen Gefahren im Einzelfall Rechnung tragen zu können, sind Informationen auf der Ebene hinter den Krankenhäusern erforderlich.

20. Dem Bundesgesetzgeber steht für die Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Versorgung ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Dieser umfasst die Befugnis, Prognosen über das Bestehen von Gefahren und die Wirkung von Regelungen anzustellen, die gerichtlich nur eingeschränkt überprüft werden.

21. Begrenzt wird der Gestaltungsspielraum formell durch die Kompetenzregelungen des Grundgesetzes (Art. 70 ff. GG) sowie materiell durch Grundrechte, insbesondere den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

a) Der Bundesgesetzgeber hat die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) und die Zulassung zu ärztlichen Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Die Ausgestaltung der in der vertragszahnärztlichen Versorgung möglichen Formen der Leistungserbringung und die Normierung der Voraussetzungen für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung unterfallen dem Kompetenztitel der Sozialversicherung.

b) Regelungen, welche die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung betreffen, stellen regelmäßig Eingriffe in das durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Grundrecht der Berufsfreiheit dar. Diese bedürfen zur Rechtfertigung einer gesetzlichen Grundlage, die den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wahrt.

22. Zur Herstellung von Transparenz empfiehlt sich der Aufbau eines zahnärztlichen MVZ-Registers nach dem Vorbild des Zahnarztregisters. Die Herbeiführung von Transparenz könnte einen erheblichen Beitrag zur Abwehr investorenspezifischer Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung leisten.

23. Für die Erstellung eines zahnärztlichen MVZ-Registers besteht ein Bedürfnis. Bereits existierende Register wie das Handelsregister oder das Transparenzregister sind zur Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie zur Beurteilung investorenspezifischer Gefahren nicht geeignet.

a) Das Handelsregister enthält spezifisch handelsrechtliche Angaben über die registerpflichtigen Gesellschaften. Aussagen zu investorenspezifischen Gefahren lassen sich aus dem Registerauszug zu einer MVZ-Trägergesellschaft nicht ableiten. Insbesondere bei verschachtelten gesellschaftsrechtlichen Konstruktionen oberhalb der Krankenhausträgergesellschaft stellt die Einsichtnahme in das Handelsregister ein zeitaufwendiges und gebührenpflichtiges Unterfangen dar.

b) Maßgebliches Ziel des als Auffangregister konzipierten Transparenzregisters ist es, zum Zwecke der Bekämpfung von Geldwäsche und der Finanzierung von Terrorismus die wirtschaftlich berechtigten, natürlichen Personen kenntlich zu machen, die sich hinter gesellschaftsrechtlichen Konstruktionen verbergen. Die gebührenpflichtige, jedermann mögliche Einsichtnahme in das Register knüpft an einzelne Vereinigungen oder Rechtsgestaltungen an. Aus den Registerangaben lässt sich nicht auf investorenspezifische Gefahren schließen.

24. Das zahnärztliche MVZ-Register sollte sowohl Aussagen über die Eignung von MVZ für eine ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ermöglichen als auch für die Planung und die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung herangezogen werden können. Für die Einbindung in das Zulassungsverfahren wäre maßgeblich, dass eine Pflicht zur Eintragung in das Register begründet würde, die wie für Zahnärzte als Voraussetzung für die Bewerbung um die Zulassung ausgestaltet sein könnte. Der in das Register aufzunehmende Datenkranz würde sich nach den Zwecken des Registers bemessen. Über die im Rahmen des Zulassungsverfahrens bisher vorgelegten Informationen hinaus sollte das Register Angaben über die Ebenen hinter den Krankenhausträgergesellschaften und damit Auskunft über die Beteiligung von Investoren sowie deren Absichten ermöglichen.

25. Es besteht kein Bedürfnis für die Aufnahme von Berufsausübungsgemeinschaften in das MVZ-Register. Deren Situation weicht entscheidend von derjenigen von MVZ ab und begründet keine Gefahr durch Investorenaktivitäten für die Versorgungsqualität sowie die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

26. Analog zum Zahnarztregister liegen die Führung von MVZ-Registern durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Führung eines MVZ-Bundesregisters durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung nahe. Die

Vorschriften zur Registerführung sollten einen Koordinierungsprozess vorsehen, der Auswirkungen von Registereintragungen auf Register in anderen Bezirken regelt, um die Register insgesamt auf demselben Stand zu halten. Dies könnte horizontal auf der Ebene der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder vertikal über die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung erfolgen.

27. Aus dem Ersten Buch und dem Zehnten Buch des Sozialgesetzbuchs sowie aus § 285 Abs. 1, 3 und 4 SGB V ergeben sich Anforderungen an die Verarbeitung von Sozialdaten. Sozialdaten sind personenbezogene Daten, die von bestimmten, in § 35 SGB I aufgeführten Stellen verarbeitet werden. § 285 Abs. 1 und 3 SGB V sehen für die Speicherung und Verarbeitung von Sozialdaten von Zahnärzten einen Bezug zu bestimmten Aufgaben sowie die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung voraus. Die Erhebung von Sozialdaten anderer Personen knüpft an die Erforderlichkeit zur Erfüllung einer gesetzlich zugewiesenen Aufgabe an. Die weitere Verwendung der erhobenen Daten orientiert sich darüber hinaus an der Einhaltung des Erhebungszwecks.

28. Die datenschutzrechtliche Zulässigkeit des Aufbaus eines MVZ-Registers bemisst sich maßgeblich danach, ob den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Führung des Registers als Aufgabe übertragen würde. Für Sozialdaten von Zahnärzten wäre eine Erweiterung von § 285 Abs. 1 Nr. 1 SGB V um die Führung des Registers erforderlich. Soweit es zur Aufnahme von Sozialdaten anderer natürlicher Personen in das MVZ-Register käme, sollte entweder die Erhebung der Daten bei den MVZ ausdrücklich zugelassen oder eine Übermittlung der Daten auch der Investorenebene durch die Antragsteller vorgeschrieben werden.

29. Aus verfassungsrechtlicher Perspektive würde der Aufbau eines zahnärztlichen MVZ-Registers auf keine besonderen Hürden stoßen. Die auf einer gesetzlichen Grundlage erfolgende Erhebung und Speicherung der Angaben auf den Ebenen der MVZ, der Gründer sowie gegebenenfalls dahinterstehender Investoren wäre formell und materiell verfassungsgemäß.

30. Die Berücksichtigung der Eignung von MVZ-Trägersgesellschaften im Rahmen des Zulassungsverfahrens ist möglich. Aus der Zulässigkeit der Wahl der Rechtsform der GmbH und der Möglichkeit für zugelassene Krankenhäuser, zahnärztliche MVZ zu gründen, folgt keine uneingeschränkte Eignung solcher MVZ für die ordnungsgemäße vertragszahnärztliche Versorgung. Wie für Vertragszahnärzte ist jedoch davon auszugehen, dass eine GmbH als Trägersgesellschaft einer ordnungsgemäßen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit regelmäßig nicht entgegensteht.

31. Die Nichteignung für die ordnungsgemäße Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit dürfte bei begründeten Anhaltspunkten für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen in einem zahnärztlichen MVZ hinreichend dargelegt sein.

a) Grundlage für die Anwendung von konkreten Kriterien ist (1.) das Vorliegen eines zahnärztlichen MVZ, das (2.) von einer GmbH oder einer GbR getragen wird, die (3.) in der Kontrolle einer Krankenhausträgergesellschaft steht oder mit dieser personenidentisch ist. Für ein MVZ, das durch eine GbR getragen wird, spiegelt sich die Kontrolle durch die Beteiligung einer Krankenhausträgergesellschaft oder von ihr beherrschten Gesellschaft wider. Notwendig ist darüber hinaus (4.) die Feststellung, dass die Krankenhausträgergesellschaft unter der Kontrolle eines Investors steht, aus dessen Zielsetzung sich (5.) Hinweise auf eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen in dem MVZ oder (6.) Anhaltspunkte für eine Verkettung mehrerer zahnärztlicher MVZ ergeben.

b) Als Anhaltspunkte für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlungen ließen sich auf der Ebene des Versorgungszentrums die Abführung erwirtschafteter Gewinne, übermäßige Renditeziele sowie nachweisbare Versuche der Einflussnahme auf Zahnärzte ausmachen; auf der Ebene des Investors könnten bisherige Erfahrungen mit dem Investor im Inland, das Fehlverhalten verketteter MVZ sowie die anvisierte Dauer der Beteiligung herangezogen werden.

c) Anhaltspunkte für eine Verkettung zahnärztlicher MVZ ergeben sich, wenn auf der Ebene der Investoren das Verhältnis zwischen der Anzahl der betriebenen Krankenhäuser und der zahnärztlichen MVZ gebildet würde.

d) Je mehr Anhaltspunkte im Einzelfall für eine renditeorientierte Ausrichtung der Behandlung sprechen, desto sicherer ließe sich die Eignung des Zulassungsbewerbers anzweifeln.

32. Eine für den Fall der Nichteignung zulassungsbeschränkende Regelung würde legitime Zwecke verfolgen und wäre zur Erreichung dieser Zwecke geeignet und erforderlich. Die dadurch geschützten Rechtsgüter würden die Schwere des Eingriffs in das Grundrecht der Berufsfreiheit überwiegen, so dass die Maßnahme angemessen wäre. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit läge demnach *nicht* vor. Die Regelung ließe sich in formeller sowie materieller Hinsicht mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbaren und wäre damit verfassungsrechtlich gerechtfertigt.

33. Die Gründung von zahnärztlichen MVZ durch Krankenhäuser könnte von einem räumlich-fachlichen Bezug des Krankenhauses zum MVZ abhängig

gemacht werden. Die Begrenzung der Gründungsbefugnis privater Krankenhäuser wäre mit der Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar. Aus dem Grundrecht der Eigentumsfreiheit folgt jedoch eine besondere Ausprägung des Vertrauensschutzes, der zumindest angemessene Übergangsfristen für Neuregelungen der Betriebsvoraussetzungen bestehender zahnärztlicher MVZ erfordern würde.

34. Die Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V könnte durch die Anpassung der Versorgungsanteile sowohl in insbesondere urbanen Gebieten, in denen sich investorenbetriebene zahnärztliche MVZ bevorzugt ansiedeln, sowie durch die Anknüpfung der Höchstversorgungsgrenzen an den Krankenhausträger weiterentwickelt werden. Hierdurch könnte die Wirkung der Regelung verstärkt werden. Die Fortentwicklung ließe sich mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit privater Krankenhausträgergesellschaften vereinbaren.

Berlin, am 29. Oktober 2020      *Universitätsprofessor Dr. Helge Sodan*