

Geplante Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns
vom 09. Januar 2012 i. d. F. der Änderungsbeschlüsse vom 11. Oktober 2025

Die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns - Bekanntmachung vom 09. Januar 2012 i. d. F. der Änderungsbeschlüsse vom 11. Oktober 2025 (Bayerisches Ärzteblatt 12/ 2025, Seite 574), wird wie folgt geändert:

1. In § 7 Abs. 5 wird das Wort „Angehörige“ durch das Wort „Vertrauenspersonen“ ersetzt.
2. § 15 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Abs. 1 wird folgender neuer Abs. 2 eingefügt:

„(2) Ist bereits eine Beratung von ärztlichen Kolleginnen oder Kollegen gemäß Absatz 1 erfolgt, zeigen Ärztinnen und Ärzte ihre Beteiligung an dem Forschungsvorhaben unter Nachweis der erfolgten Beratung bei der für sie nach Landesrecht zuständigen Ethik-Kommission an.“
 - b) Die bisherigen Abs. 2 und 3 werden zu den Abs. 3 und 4.
 - c) Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Ärztinnen und Ärzte beachten bei der Forschung am Menschen nach § 15 Absatz 1 die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in der Fassung der 75. Generalversammlung 2024 in Helsinki niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.“
3. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) In Abs. 1 werden nach dem Wort „Tätigkeit“ die Wörter „auch in Form telemedizinischer Leistungen“ und nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt: „Der Arzt muss die Praxis persönlich ausüben.“
 - b) In Abs. 2 werden nach Satz 2 folgende Sätze 3 und 4 eingefügt:

„Auch bei einer telemedizinischen Leistungserbringung hat der Arzt eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten, auch bei Notfällen, sicherzustellen. § 2 Abs. 3 gilt entsprechend.“
 - c) Nach Abs. 3 wird folgender Abs. 3a eingefügt:

„(3a) Andere Personen als die in der Praxis ärztlich Tätigen, dürfen nicht am Gewinn der Praxis beteiligt sein, soweit nicht andere berufsrechtliche oder gesetzliche Regelungen eine gemeinsame Praxisführung erlauben.“
4. § 19 Abs. 1 Satz 1 wird gestrichen.
5. In Buchstabe D Nr. 1 In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer werden in Abs. 2 die Wörter „bei Einverständnis der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten“ gestrichen.

Diese Änderungen treten am 01. Januar 2027 in Kraft.

Erläuterungen:

Begründung:

Zu Nr. 1:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Zu Nr. 2:

Der neu eingefügte Absatz 2 führt die Pflicht ein, dass, soweit eine Beratung nach Absatz 1 von ärztlichen Kolleginnen oder Kollegen in Bezug auf ein bestimmtes Forschungsvorhaben erfolgt ist, Ärztinnen und Ärzte ihre Beteiligung an demselben Forschungsvorhaben der für sie nach Landesrecht zuständigen Ethik-Kommission anzuzeigen und den Nachweis der erfolgten Beratung zu erbringen haben.

Die generelle Beratungspflicht des Absatzes 1 dient als eine besonderen Gremien zugewiesene präventive Berufsaufsicht und damit dem Schutz der Rechte von Patientinnen und Patienten und Forscherinnen und Forschern. Durch die Beratung durch eine interdisziplinär zusammengesetzte, unabhängige Kommission sollen Patientinnen und Patienten vor rechtlich und ethisch bedenklicher Forschung geschützt und das ethische Bewusstsein von Ärztinnen und Ärzten geschärft werden. In diesem Sinne erlaubt die neue Anzeigepflicht den lokalen Ethik-Kommissionen, die selbst keine Beratung der in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden beteiligten Ärztinnen und Ärzte durchführen, nachvollziehen zu können, dass eine entsprechende Beratung für das Forschungsvorhaben stattgefunden hat.

Sie ist daher das mildere Mittel im Vergleich zur Durchführung eines Beratungsverfahrens in jeder betroffenen Ärztekammer. Sie ist zudem angemessen, da sie im Verhältnis zu dem Schutz der Rechte der Patientinnen und Patienten und Forscherinnen und Forschern einen verhältnismäßig geringeren Aufwand darstellt. Der Nachweis kann z. B. durch Vorlage des Votums der zuständigen Ethik-Kommission erbracht werden.

Die Deklaration von Helsinki wurde am 19.10.2024 in der 75. Generalversammlung des Weltärztebundes in Helsinki revidiert. Im Fokus der aktuellen Revision standen ethisch begründete Aspekte zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für klinische Studien an vulnerablen Personen. Die Bundesärztekammer war an der Überarbeitung beteiligt und hat insbesondere eine Eingabe zur Stärkung der Unabhängigkeit der Ethik-Kommissionen vor einem möglichen Druck von außen eingebracht. Außerdem müssen die Ethik-Kommissionen über genügend Ressourcen verfügen und die Mitglieder adäquat ausgebildet und qualifiziert sein. In der Sitzung der Ständigen Konferenz der Geschäftsführungen und der Vorsitzenden der Ethik-Kommissionen der Landesärztekammern vom 01.10.2025 wurde die Anpassung des Verweises auf die revidierte Deklaration von Helsinki einhellig befürwortet. Entsprechend ist der Wortlaut des neuen § 15 Abs. 3 anzupassen.

Zu Nr. 3:

a.)

Übernahme aus der vom 130. Deutschen Ärztetag angepassten Fassung der Muster-Berufsordnung. Mit dem Aufkommen und der zunehmenden Bedeutung telemedizinischer Angebote hat sich gezeigt, dass Unsicherheit darüber besteht, ob telemedizinische Angebote unter den Niederlassungsbegriff fallen. Die Ergänzung des Wortlautes dient der Klarstellung, dass die ärztliche Berufsausübung auch in Form von telemedizinischen Leistungen vom Niederlassungsbegriff umfasst ist und entsprechend telemedizinische Angebote die Anforderungen des § 17 Abs. 1 BO zu erfüllen haben. Die deklaratorische Ergänzung ist notwendig, um die bestehende Rechtslage zu präzisieren und die einheitliche Anwendung des Gesetzes zu gewährleisten. Sie schafft keine neuen Rechte oder Pflichten, sondern dient ausschließlich der Klarstellung und Erhöhung der Rechtssicherheit im Bereich telemedizinischer Leistungen.

b.)

Übernahme aus der vom 130. Deutschen Ärztetag angepassten Fassung der Muster-Berufsordnung. Es besteht die Pflicht von Ärztinnen und Ärzten, ihren Beruf persönlich auszuüben und die Praxis persönlich zu leiten. Da dies unabhängig davon gilt, ob sie

Ärztinnen und Ärzte beschäftigen, wird die bisherige Regelung des § 19 Abs. 1 Satz 1 BO als Grundsatz unverändert in § 17 Abs. 1 Satz 3 BO übernommen.

c.)

Übernahme aus der vom 130. Deutschen Ärztetag angepassten Fassung der Muster-Berufsordnung. Durch die Einfügung eines neuen Absatzes 3a wird im Interesse der Reduktion von Einflussnahmen durch reine Kapitalinteressen geregelt, dass passive Investoren nicht am Gewinn der Praxis beteiligt sein dürfen, soweit nicht andere berufsrechtliche oder gesetzliche Regelungen eine gemeinsame Praxisführung erlauben. Nachteiligen Folgen von Kommerzialisierungstendenzen in der Medizin soll mit dieser Regelung entgegengewirkt werden.

Unionsrechtlich ist das Verbot der Beteiligung reiner Finanzinvestoren am Kapital einer Ärztegesellschaft zulässig (vgl. zu Rechtsanwaltsgesellschaften EuGH, Urteil vom 19.12.2024, C-295/23; zum Fremdbesitzverbot an Apotheken vgl. bereits EuGH, Urteil vom 19.05.2009, C-171/02 und C-172/07). Eine solche Beschränkung der Niederlassungs- und Kapitalverkehrsfreiheit ist auch im Hinblick auf Arztpraxen durch das Ziel gerechtfertigt, zu gewährleisten, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf unabhängig und unter Beachtung ihrer Berufspflichten ausüben können.

Die Einschätzung, dass reine Finanzinvestoren eine Gefahr für die Unabhängigkeit des Rechtsanwalts darstellen können, ist legitim und ebenso auf die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten übertragbar. Denn sie sind verpflichtet, Interessen Dritter nicht über das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten zu stellen und sie dürfen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. Eine zusätzliche Rechtfertigung der Regelung erfolgt darüber hinaus durch den Schutz der öffentlichen Gesundheit als unionsrechtlich verankerten Gemeinwohlbelang. Denn Regelungsziel ist es auch, eine sichere und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Zu Nr. 4:

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Nr. 5:

Die Streichung des Erfordernisses einer vorherigen Einwilligung der Patientinnen und Patienten zur Meldung pseudonymisierter Behandlungsdaten dient der Sicherstellung einer wirksamen Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin. Die derzeitige Regelung führt dazu, dass ein erheblicher Teil der relevanten Daten nicht an die AG QS ReproMed gemeldet wird und die Datengrundlage für die Qualitätssicherung unvollständig bleibt. Dadurch ist die Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe der Bayerischen Landesärztekammer zur Qualitätssicherung nur eingeschränkt möglich. Da ausschließlich pseudonymisierte Daten übermittelt werden und andere Landesärztekammern auf ein entsprechendes Einwilligungserfordernis bereits verzichten, ist die Änderung geeignet und erforderlich, um eine valide und aussagekräftige Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Zu II.

Diese Ziffer regelt das Inkrafttreten.

Verhältnismäßigkeitsprüfung:

a. Anlass der Verhältnismäßigkeitsprüfung

Art. 2 Abs. 5 Satz 1 Heilberufe-Kammergesetz (HKaG), § 6 Abs. 1 S. 1 Heilberufeverordnung (HeilBV) verpflichtet die Landesärztekammer vor dem Erlass oder der Änderung einer Regelung, die die Ausübung des ärztlichen Berufs beschränkt, eine Prüfung der Verhältnismäßigkeit nach den Vorgaben der Richtlinie (EU) 2018/958 vorzunehmen und in der Begründung der Regelung die Übereinstimmung mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nach den Kriterien des Art. 7 der Richtlinie (EU) 2018/958 zu erläutern. Nach Art. 4 Abs. 1 der Richtlinie (EU) 2018/958 ist vor der Einführung neuer oder der Änderung bestehender Rechtsvorschriften, die den Zugang zu reglementierten Berufen oder deren Ausübung beschränken, eine Prüfung der Verhältnismäßigkeit erforderlich. Reglementierter Beruf ist eine berufliche Tätigkeit oder eine Gruppe beruflicher Tätigkeiten, bei der die Aufnahme oder Ausübung oder eine der Arten der Ausübung direkt oder indirekt durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist.

Dies ist bei der (fach-)ärztlichen Tätigkeit der Fall. Bei der Berufsordnung der Landesärztekammern handelt es sich um öffentlich-rechtliche Satzungen, welche die Ausübung des ärztlichen Berufs beschränken können. Damit fällt die Berufsordnung grundsätzlich in den Regelungsbereich der Richtlinie (EU) 2018/958 in Verbindung mit der Richtlinie 2005/36/EG. Eine Beschränkung der Berufsausübung liegt nach der binnenmarktrechtlichen Rechtsprechung des EuGH in jeder Maßnahme, die geeignet ist, die grenzüberschreitende Mobilität von Selbständigen oder die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen unmittelbar oder mittelbar, tatsächlich oder potentiell zu beeinträchtigen.

Zu den einzelnen Vorschriften:

Zu Nr. 3 Buchstabe c)

Mit der Einfügung von § 17 Abs. 3a BO wird ein allgemeines Fremdbesitzverbot für Arztpraxen normiert, das bisher nur für Ärztesellschaften geregelt war. Die neue Regelung verbietet Beteiligungen von Personen, die nicht in der Praxis ärztlich tätig sind, am Gewinn der Praxis, soweit nicht andere berufsrechtliche oder gesetzliche Regelungen eine gemeinsame Praxisführung erlauben. Damit wird das Fremdbeteiligungsverbot systematisch als allgemeine Berufsausübungsregelung für alle Ärztinnen und Ärzte und alle Beteiligungsformen normiert.

Nach der Richtlinie (EU) 2018/958 müssen Vorschriften, die den Berufszugang oder die Berufsausübung beschränken, durch Ziele des Allgemeininteresses gerechtfertigt sein und auf ihre Verhältnismäßigkeit geprüft werden (Art. 6 und Art. 7 der Richtlinie). Die Einführung des allgemeinen Fremdbeteiligungsverbots in § 17 Abs. 3a BO hält der Verhältnismäßigkeitsprüfung stand.

Die geänderte Regelung ist nicht diskriminierend (Art. 5 der Richtlinie), durch Ziele des Allgemeininteresses gerechtfertigt (Art. 6 der Richtlinie) und verhältnismäßig im Sinne des Art. 7 der Richtlinie.

Sie ist nicht diskriminierend, denn das Verbot gilt unabhängig von der Staatsangehörigkeit oder dem Wohnsitz der Kammerangehörigen für alle Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen und unterschiedslos. Es betrifft inländische und unionsangehörige Ärztinnen und Ärzte in gleicher Weise. Das Fremdbeteiligungsverbot ist zudem durch Ziele des Allgemeininteresses gerechtfertigt. Es bezweckt primär, die Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung gegen

berufsfremde Einflussnahmen zu schützen und eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen. Damit dient es dem Schutz der öffentlichen Gesundheit, der nach Art. 6 Abs. 2 der Richtlinie sowie nach ständiger Rechtsprechung des EuGH einen legitimen und zwingenden Grund des Allgemeininteresses darstellt, der Beschränkungen der unionsrechtlich verbürgten Grundfreiheiten, insbesondere der Niederlassungs- und Kapitalverkehrsfreiheit, rechtfertigen kann. Dies hat der EuGH für vergleichbare Fremdbeteiligungsverbot ausdrücklich anerkannt, etwa für Rechtsanwaltsgesellschaften (Urteil vom 19.12.2024, C-295/23) sowie für das Fremdbesitzverbot an Apotheken (Urteil vom 19.05.2009, C-171/07 und C-172/07).

Die Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung ist von zentraler Bedeutung für die Gewährleistung einer am Patientenwohl orientierten Medizin. Ärztinnen und Ärzte sind gemäß § 2 Abs. 2 Satz 3 BO verpflichtet, Interessen Dritter nicht über das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten zu stellen. Zudem dürfen sie gemäß § 2 Abs. 4 BO keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. Diese Berufspflichten werden konterkariert, wenn rein kapitalorientierte Investoren entscheidenden Einfluss auf die Praxisstruktur und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit nehmen. Das Fremdbesitzverbot stellt sicher, dass ärztliche Entscheidungen nicht von reinen Kapitalinteressen beeinflusst werden und dass der Arzt nicht in einen Interessenkonflikt zwischen seinen Patienten und nichtärztlichen Anteilseignern gerät.

Das Verbot dient zudem dem Schutz der Patienten vor den nachteiligen Folgen von Kommerzialisierungstendenzen in der Medizin. Aufgrund der typischerweise bestehenden Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient können Patientinnen und Patienten nicht erkennen, ob eine ärztliche Entscheidung medizinisch begründet oder durch wirtschaftliche Interessen Dritter motiviert ist. Das Vertrauen der Bevölkerung in die Unabhängigkeit und Integrität der ärztlichen Profession ist eine wesentliche Voraussetzung für eine funktionierende medizinische Versorgung. Würde dieses Vertrauen durch das Eindringen rein kapitalorientierter Interessen in die ärztliche Praxis erschüttert, könnte dies die Bereitschaft der Patienten, sich ärztlicher Behandlung anzuvertrauen, nachhaltig beeinträchtigen.

Die Regelung ist geeignet, das Ziel einer qualitativ hochwertigen und unabhängigen Patientenversorgung in kohärenter und systematischer Weise zu erreichen. Sie verhindert strukturelle Anreize, die dazu führen könnten, dass medizinische Entscheidungen primär nach Rentabilitäts Gesichtspunkten und nicht nach medizinischer Notwendigkeit getroffen werden. Eine zunehmende Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung kann mit Qualitätsverlusten und einer Verschlechterung der Patientenversorgung einhergehen. Das Fremdbesitzverbot wirkt diesen Tendenzen entgegen.

Es sind keine mildereren, gleichermaßen effektiven Maßnahmen ersichtlich, die das angestrebte Ziel mit gleichem Wirkungsgrad erreichen könnten. Alternative Instrumente wie bloße Informationspflichten oder Transparenzregelungen wären unzureichend, da sie den grundlegenden Interessenkonflikt zwischen medizinischer Indikation und Profitmaximierung nicht lösen, sondern lediglich offenlegen würden. Auch eine rein nachträgliche Kontrolle durch Berufsgerichte wäre unzulänglich, da Schäden für die Patientenversorgung bereits eingetreten wären, bevor eine Sanktionierung erfolgen könnte. Das Verbot der Gewinnbeteiligung verhindert den Interessenkonflikt präventiv und strukturell.

Die Eingriffsintensität ist angemessen und steht in einem ausgewogenen Verhältnis zum verfolgten Allgemeininteresse. Das Verbot beschränkt sich auf passive Investoren, die nicht in der Praxis ärztlich tätig sind. Ärztinnen und Ärzte können weiterhin mit anderen ärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen gemeinsam eine Praxis führen und sich an dieser beteiligen. Auch berufsrechtliche oder gesetzliche Sonderregelungen, die eine gemeinsame Praxisführung erlauben, bleiben unberührt. Damit werden der Zugang zum Beruf und die

Berufsausübung nicht übermäßig eingeschränkt. Vielmehr wird ein bereits für Ärztegesellschaften geltendes Prinzip systematisch auf alle Praxisformen erstreckt, um eine einheitliche und lückenlose Regelung zu gewährleisten.

Die Regelung trägt der „Essener Resolution für Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession“ (Beschluss des 127. Deutschen Ärztetages 2023) Rechnung, welche die zunehmende Kommerzialisierung in der Medizin feststellte und die Gemeinwohlorientierung der ärztlichen Tätigkeit hervorhob. Sie entspricht zudem dem in Art. 168 Abs. 1 AEUV verankerten Ziel, ein hohes Gesundheitsschutzniveau bei der Festlegung und Durchführung aller Unionspolitiken und Maßnahmen sicherzustellen.

Die Anforderungen stehen im Einklang mit den Vorgaben der Richtlinie (EU) 2018/958 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 28. Juni 2018 über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen.

Zu Nr. 1, 2, 3 Buchstabe a) und b), 4 & 5

Eine Verhältnismäßigkeitsprüfung nach der Richtlinie (EU) 2018/958 ist für die weiteren Änderungen der BO nicht erforderlich, da sie den Zugang zum Arztberuf oder dessen Ausübung nicht beschränken, sondern lediglich redaktionelle, klarstellende oder dokumentationsbezogene Anpassungen enthalten.

b. Öffentlichkeitsbeteiligung

Zudem muss nach Art. 2 Abs. 5 Satz 2 HKaG i.V.m. § 8 S. 1 HeilBV mindestens 2 Wochen vor Beschlussfassung durch die satzungsgebende Versammlung der Regelungsentwurf auf der Internetseite der Landesärztekammer veröffentlicht und Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Der Entwurf der neuen Weiterbildungsordnung ist vom 09. Oktober 2025 bis zum 23. Oktober 2026 auf der Homepage der Landesärztekammer veröffentlicht. Damit erhalten u. a. Bürger, Dienstleistungsempfänger und andere Interessenträger Informationen über das Regelungsvorhaben. Die unmittelbar betroffenen Kreise wurden im Rahmen des Normerlasses eingebunden.