

Etablierung und Betrieb von Primärversorgungszentren



Juristisches Kurzgutachten
im Auftrag der Bertelsmann Stiftung

Prof. Dr. Andreas Pitz

Autorenhinweis:

Prof. Dr. Andreas Pitz ist Professor für Sozialrecht, Gesundheitsrecht und Non-Profit-Recht an der Technischen Hochschule Mannheim und leitet dort das Institut für Gesundheits- und Life Sciences-Recht. Zuvor war er Richter an den Sozialgerichten Ulm und Mannheim. Seine Forschungsschwerpunkte liegen insbesondere im Sozial- und Gesundheitsrecht, mit einem Fokus auf Organisation und Finanzierung von Versorgungsstrukturen sowie dem Recht der Gesundheitseinrichtungen.

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS.....	3
A. AUFTRAG	4
B. PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN.....	4
C. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN.....	5
I. RECHTSFORMEN	5
1. <i>Einleitung</i>	5
2. <i>Grundlagen</i>	6
3. <i>Kooperation oder Gesellschaft?</i>	6
4. <i>Gesellschaftsformen</i>	8
II. ÄRZTLICHES BERUFSRECHT	9
1. <i>Einleitung</i>	9
2. <i>Anstellung</i>	9
3. <i>Gesellschaft</i>	9
4. <i>Zusammenfassung</i>	10
III. LEISTUNGSERBRINGUNG IM GKV-SYSTEM	11
1. <i>Einleitung</i>	11
2. <i>Zulassung zur Leistungserbringung</i>	11
a) Einleitung.....	11
b) Ärzte/Psychotherapeuten	11
c) Heilmittelerbringer.....	12
d) Hebammenhilfe.....	13
e) Zusammenfassung	13
3. <i>Integrierte Versorgung gem. § 140a SGB V</i>	14
4. <i>Hausarztzentrierte Versorgung</i>	15
IV. ZUWEISUNGSVERBOTE.....	17
V. GRUNDSATZ DER PERSÖNLICHEN LEISTUNGSERBRINGUNG	18
VI. SCHWEIGEPFLICHT.....	19
VII. DATENSCHUTZ.....	20
VIII. ARBEITSTEILUNG/HAFTUNG	20
D. LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN	21

A. Auftrag

Gegenstand des Kurzgutachtens ist die Darstellung der rechtlichen Fragen, die mit der Etablierung und dem Betrieb von Primärversorgungszentren in Deutschland einhergehen. Die Darstellung soll eine verständliche Übersicht liefern, die sich nicht in erster Linie an Fachjuristen richtet, sondern alle Personen anspricht, die sich mit Fragen der Sicherung der Gesundheitsversorgung beschäftigen.

B. Primärversorgungszentren

Unter Primärversorgungszentren (PVZ) werden nachfolgend Einrichtungen verstanden, die – angelehnt an die österreichische Entwicklung – eine umfassende Gesundheitsgrundversorgung der Bevölkerung gewährleisten sollen. PVZ bieten eine koordinierte und bedarfsorientierte Grundversorgung für die Bevölkerung. Sie sind multiprofessionell ausgerichtet und vereinen (haus-)ärztliche Versorgung mit weiteren gesundheitsbezogenen Leistungen, wie pflegerischen, therapeutischen und sozialen Diensten. Charakteristisch ist die Teamarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen, die auch akademisierte Gesundheits- und Pflegeberufe einbezieht. Diese Zentren agieren meist regional und kooperieren eng mit kommunalen Strukturen, um eine integrierte und patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten. Die bestehenden – einem PVZ nach diesem Verständnis ähnlichen – Einrichtungen leiden insbesondere an Finanzierungsproblemen (befristete Förderungen, Drittmittelabhängigkeit).

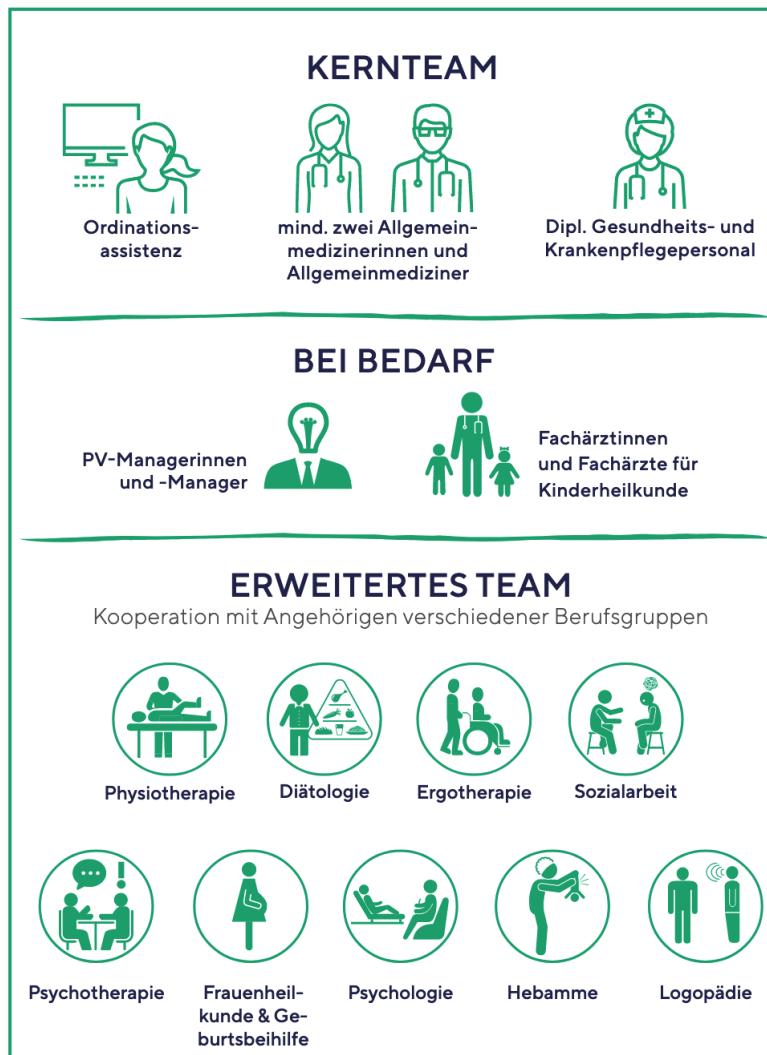


Abb. Österreichische Gesundheitskasse.

C. Rechtliche Rahmenbedingungen

I. Rechtsformen

1. Einleitung

Die Zusammenarbeit verschiedener unabhängiger Berufsgruppen im Rahmen eines PVZ kann grundsätzlich in verschiedenen Rechtsformen erfolgen, die jede für sich in der Folge verschiedene Fragen nach sich zieht. Schon an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass nicht die zivilrechtliche Konstruktion als solche ein Problem darstellt, sondern die an die zivilrechtliche Konstruktion anknüpfenden Fragen aus anderen Rechtsbereichen, wie des Sozialrechts, des Berufsrechts oder des Datenschutzrechts. Hierzu bedarf es des Verständnisses, dass aus rechtlicher Sicht als sogenannte Rechtssubjekte (Fähigkeit Träger von Rechten und Pflichten zu sein, § 1

BGB) sowohl Menschen (natürliche Personen) als auch juristische Personen (GmbH, Aktiengesellschaft etc.) oder Personengesellschaften in Betracht kommen. D. h. je nachdem welche zivilrechtliche Konstruktion gewählt wird, treten eine oder mehrere Rechtssubjekte auf, die dann – jeweils für sich – bestimmte Rechtspflichten erfüllen müssen.

2. Grundlagen

Das deutsche Zivilrecht hält im Hinblick auf die Gründung und den Betrieb von PVZ verschiedene Möglichkeiten bereit, dies gilt auch für öffentlich-rechtliche Rechtsformen, wie den Eigenbetrieb, wenn eine Kommune ein PVZ gründen will. Zunächst kann ein PVZ im Sinne einer Einzelpraxis mit einer „klassischen“ Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Konstruktion betrieben werden, bei der ein Arzt als Arbeitgeber weitere Berufsgruppen, wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegekräfte, Sozialarbeiter oder Psychologen als Arbeitnehmer anstellt. Das maßgebliche Rechtssubjekt ist in diesem Fall der anstellende Arzt, mit dem auch der Behandlungsvertrag abgeschlossen wird und der als einzelner Leistungserbringer auftritt. Alternativ kann die Anstellung auch durch eine Gesellschaft erfolgen, die dann sowohl Ärzte als auch andere Berufsgruppen bei sich anstellt. Maßgebliches Rechtssubjekt ist in diesem Fall die Gesellschaft. Daneben ist auch denkbar, dass Ärzte und andere Berufsgruppen ohne Anstellung bei einer Gesellschaft die Patientenbehandlung gemeinsam durchführen und dabei weitgehend eigenständig in Form einer losen Kooperation auftreten. In diesem Fall ist jeder Behandler als eigenständiges Rechtssubjekt anzusehen, mit dem jeweils ein eigener Behandlungsvertrag abgeschlossen wird. Es bleibt dann auch bei der eigenständigen Leistungserbringung durch die Person des Arztes, des Physiotherapeuten, des Psychologen etc.

3. Kooperation oder Gesellschaft?

Analysiert man verschiedene Konstruktionen, die in Deutschland einem Primärversorgungszentrum im obigen Sinne nahekommen, lassen sich zwei Konstruktionen unterscheiden: Einerseits eine ärztliche geleitete Gesellschaft (z. B. Berufsausübung-GbR, GmbH-MVZ) und andererseits eine lose Kooperation zwischen verschiedenen Berufsträgern (Arzt, Physiotherapeut etc.), bei der der Wunsch der Beteiligten deutlich wird, möglichst keine Gesellschaft und damit kein neues Rechtssubjekt entstehen zu lassen. In Anbetracht der noch darzustellenden Folgeprobleme im Bereich des Leistungserbringer- und Berufsrechts ist dies vordergründig „nachvollziehbar“. Dieser Wunsch, nur eine lose Kooperation einzugehen, wird sich – so viel sei vorweggenommen – aus rechtlicher Sicht allerdings häufig nicht erfüllen. Eine Kooperation zeichnet sich dadurch aus, dass die Zusammenarbeit so lose ist, dass sie sich unterhalb der

Schwelle des Entstehens einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) als Grundform jeder Gesellschaft bewegt. Damit hat eine Negativabgrenzung zu erfolgen: Immer dann, wenn (noch) keine GbR vorliegt, ist von einer Kooperation auszugehen.

Tatsächlich ist aber die Schwelle zur GbR schnell erreicht. Denn immer schon dann, wenn sich mehrere Personen zusammenfinden, um einen gemeinsamen Zweck zu verfolgen, entsteht eine GbR.¹ Das Entstehen der GbR setzt also nur voraus, dass sich mindestens zwei Gesellschafter darüber einigen, einen gemeinsamen Zweck zu verfolgen und zu fördern.² Die Einigung bedarf keiner bestimmten Form, insbesondere kann sie auch mündlich erfolgen.³ An die Qualität des verfolgten Zwecks werden ebenso keine besonderen Anforderungen gestellt. Es bedarf damit keines „wertigen“ Zwecks, sodass letztlich jeder Zweck als gemeinsamer in Betracht kommt.⁴ Die Rechtsfähigkeit und damit die Fähigkeit, Träger von Rechten und Pflichten zu sein⁵, erwirbt eine solche GbR gem. § 705 Abs. 2 BGB, wenn sie nach dem Willen der Gesellschafter am Rechtsverkehr teilnehmen soll. Wenn der Gegenstand der Gesellschaft der Betrieb eines Unternehmens unter einem gemeinschaftlichen Namen ist, stellt das Gesetz die Vermutung auf, dass die Teilnahme am Rechtsverkehr gewollt ist (§ 705 Abs. 3 BGB). Der Unternehmensbegriff des § 14 BGB⁶ erfasst auch freiberufliche Tätigkeiten⁷. Die Rechtsfähigkeit führt dazu, dass die GbR als eigenständiges Rechtssubjekt anzusehen ist.

Das Primärversorgungszentrum zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass es gegenüber dem Patienten unter einem eigenen Namen, z.B. PVZ XY, einheitlich auftritt. Es soll nach dem Willen der beteiligten Leistungserbringer eine einheitliche Gesundheitsdienstleistung unter einem Dach erbracht werden. Der Patient soll gerade nicht mehreren voneinander unabhängigen Behandlern gegenübertreten, sondern die erforderlichen Leistungen sollen bedarfsgerecht von unterschiedlichen Berufsgruppen aus einer Hand erbracht werden. Das Ziel der einheitlichen Gesundheitsdienstleistung stellt einen gemeinsamen Zweck dar, den verschiedene Personen gemeinsam verfolgen und fördern. Selbstverständlich machen sie dies nicht allein aus altruistischen Gründen, sondern verfolgen auch gemeinsame wirtschaftliche Interessen. Zusammenfassend schließt damit das Verständnis eines PVZ eine lose Kooperation verschiedener Leistungserbringer aus. Es entsteht vielmehr eine GbR. Die Entstehung einer Gesellschaft wird weder durch die

¹ *Servatius*, in: Gesellschaftsrecht, 6. Aufl. (2024), § 705 Rn. 2.

² *Schäfer*, in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Aufl. (2024), § 705 Rn. 5.

³ *Schäfer*, in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Aufl. (2024), § 705 Rn. 5.

⁴ *Schäfer*, in: Münchener Kommentar zum BGB, 9. Aufl. (2024), § 705 Rn. 6.

⁵ *Poseck*, in: BeckOK BGB, 74. Aufl. (2025), § 1 Rn. 10.

⁶ *Schöne*, in: BeckOK BGB, 74. Aufl. (2025), § 705 Rn. 48.

⁷ *Martens*, in: BeckOK BGB, 74. Aufl. (2025), § 14 Rn. 35.

Vereinbarung getrennter Beschaffungen noch die Nichteinbringung von Vermögensgegenständen, wie medizinischem Gerät, verhindert, da für die Entstehung einer GbR die Bildung von Gesellschaftsvermögen nicht erforderlich ist. Gleichermaßen gilt für den Fall, dass kein gemeinsames Personal beschäftigt werden soll, da auch die Beschäftigung von Personal nicht zum Entstehen einer GbR erforderlich ist. Das PVZ ist damit in jedem Fall ein rechtsfähiges Rechtssubjekt und damit Träger von Rechten und Pflichten in allen Rechtsbereichen. Dies gilt auch für den Fall, dass einer der Beteiligten selbst eine Gesellschaft ist. „Kooperiert“ bspw. eine MVZ-GmbH mit einem Physiotherapeuten, entsteht eine GbR, deren Gesellschafter die MVZ-GmbH und der Physiotherapeut als natürliche Person sind.

4. Gesellschaftsformen

Nachdem ein PVZ, wenn die Anstellung der übrigen Berufsträger nicht bei einem vorhandenen Rechtssubjekt (Einzelpraxis, BAG, MVZ etc.) erfolgen soll, mit der Gründung einer Gesellschaft einhergeht, stellt sich die Frage, ob die GbR als Grundform einer Gesellschaft die geeignete Gesellschaftsform für den Betrieb eines PVZ ist. Zunächst hat die GbR den Nachteil, dass es sich um eine Personengesellschaft handelt und damit die Geschäftsführung durch die Gesellschafter selbst und gemeinsam erfolgt (§ 715 Abs. 1, 3 BGB). Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Gesellschaftsvertrag keine abweichende Regelung trifft. Der bedeutendste Nachteil einer GbR ist sicherlich die persönliche Haftung der Gesellschafter und die fehlende Haftungsbegrenzung. So bestimmt § 721 BGB, dass die Gesellschafter für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft den Gläubigern gegenüber persönlich als Gesamtschuldner haften. Jeder Gesellschafter haftet also mit seinem gesamten Privatvermögen für alle Verbindlichkeiten der Gesellschaft ohne eine Form der Haftungsbegrenzung. Daneben verbietet das Kommunalrecht den Kommunen eine Beteiligung an einer Gesellschaft ohne Haftungsbegrenzung, sodass ein PVZ unter Beteiligung einer Kommune in keinem Fall in Form einer GbR betrieben werden kann.⁸ Damit liegt es auf der Hand, dass nach einer anderen Gesellschaftsform zu suchen ist. Hier kommt zuvorderst die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) in Betracht, die im Bereich der Medizinischen Versorgungszentren gem. § 95 Abs. 1a SGB V mit etwa 55 % die meistgewählte Rechtsform darstellt.⁹ Denkbar ist aber auch die Rechtsform einer Genossenschaft oder einer Partnerschaftsgesellschaft (ggf. mit beschränkter Berufshaftung). Die Entscheidung für eine

⁸ z.B. § 103 Abs. 1 Nr. 4 Gemeindeordnung Baden-Württemberg.

⁹ Clemens, in: Medizinrecht, 4. Aufl. (2018), § 17 Rn. 36.

bestimmte Gesellschaftsform hängt wesentlich vom Willen und den strategischen Zielen der Gesellschafter ab, sodass eine Bewertung im Einzelfall erforderlich ist.

II. Ärztliches Berufsrecht

1. Einleitung

Das ärztliche Berufsrecht ergibt sich aus den verschiedenen Berufsordnungen der Landesärztekammern, die sich jedoch an der sogenannten Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ä) orientieren, sodass nachfolgend aus Gründen der besseren Darstellbarkeit auf die Regelungen der MBO-Ä abgestellt wird.

2. Anstellung

Bei der Anstellung von nicht ärztlichen Berufsträgern muss der Arzt darauf achten, dass die von diesen erbrachten Dienstleistungen nicht gewerblicher Art und Bestandteil der ärztlichen Therapie sind. Denn Ärzte dürfen gem. § 3 Abs. 2 MBO-Ä nur Dienstleistungen erbringen, soweit diese (notwendiger) Bestandteil der ärztlichen Therapie sind. Dies ist im Zusammenhang mit einem PVZ unproblematisch, solange es sich bei den Angestellten um medizinisches Fachpersonal handelt, da es sich bei deren Dienstleistungen um keine gewerbliche Tätigkeit handelt und ausschließlich die ärztliche Therapie im Vordergrund steht. Aber auch die Anstellung von Sozialarbeitern zum Zwecke des Case-Managements oder der weitergehenden Patientenbetreuung ist möglich, da deren Tätigkeit in einem PVZ nicht gewerblich ist und in einem so engen Zusammenhang zur ärztlichen Therapie steht, dass kein Verstoß gegen § 3 Abs. 2 MBO-Ä vorliegt. Damit ist die Anstellung verschiedener Berufsträger zum Zwecke des Betriebs eines PVZ aus Sicht des Berufsrechts möglich.

3. Gesellschaft

Das ärztliche Berufsrecht stellt für die gemeinsame Patientenversorgung von Ärzten und nicht ärztlichen Heilberufen unter dem Dach einer eigenständigen Gesellschaft Grenzen auf. So regelt § 23b MBO-Ä die Medizinische Kooperationsgemeinschaft. Der Begriff Kooperation wird hier allerdings nicht im oben dargestellten gesellschaftsrechtlichen Sinne verstanden. Vielmehr ermöglicht § 23b MBO-Ä grundsätzlich den Zusammenschluss von Ärzten mit anderen akademischen Heilberufen oder staatlichen Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlern und Angehörigen sozialpädagogischer Berufe zum Zwecke der kooperativen Berufsausübung in der Rechtsform einer Partnerschaftsgesellschaft oder einer GbR. Die weiteren Voraussetzungen des Berufsrechts für eine Medizinische Kooperationsgemeinschaft

sehen zunächst vor, dass eine solche nur zulässig ist, „*wenn sichergestellt ist, dass die kooperierenden Berufsgruppen in ihrer Verbindung einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung auch auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken anstreben.*“¹⁰ Dieses Kriterium liegt beim Betrieb eines PVZ regelmäßig vor. Ferner müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- die eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung des Arztes muss gewahrt sein,
- die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten müssen getrennt bleiben,
- medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich die Ärztin oder der Arzt trifft, sofern nicht die Ärztin oder der Arzt nach ihrem oder seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbstständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf;
- der Grundsatz der freien Arztwahl muss gewahrt bleiben,
- der behandelnde Arzt kann zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen

Soll das PVZ nicht als Partnerschaftsgesellschaft oder GbR betrieben werden, müssen bei einem Betrieb in der Form einer juristischen Person des Privatrechts, also z. B. einer GmbH, die weiteren Voraussetzungen des § 23a MBO-Ä beachtet werden. Hiernach können die in § 23b MBO-Ä genannten Berufsgruppen zwar Gesellschafter sein, allerdings muss die Gesellschaft u. a. ärztlich geleitet werden, in der Geschäftsführung müssen mehrheitlich Ärzte tätig sein, die ärztlichen Gesellschafter müssen die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und Stimmrechte halten und Dritte dürfen nicht am Gewinn beteiligt sein.

4. Zusammenfassung

Aus dem Gesagten folgt zunächst, dass auch das ärztliche Berufsrecht davon ausgeht, dass bei einer gemeinsamen Patientenversorgung regelmäßig eine Gesellschaft entsteht. In Abhängigkeit von der gewählten Gesellschaftsform sind dann spezifische berufsrechtliche Voraussetzungen zu erfüllen, die vordergründig auf die Sicherstellung der ärztlichen Unabhängigkeit

¹⁰ Wollersheim, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 6 Rn. 318.

abzielen, in ihrer Reichweite jedoch über dieses Ziel hinausgehen. Dies gilt umso mehr, wenn man bedenkt, dass für Krankenhäuser keine so weitgehenden Voraussetzungen, insbesondere im Hinblick auf die Rechtsform und die Gesellschafter- und Geschäftsführungsstruktur, bestehen. Insoweit stellt das ärztliche Berufsrecht eine Hürde für die Gründung und den Betrieb eines PVZ in der Rechtsform einer GmbH dar, an der neben Ärzten auch andere nicht ärztliche Berufsträger beteiligt sein sollen.

III. Leistungserbringung im GKV-System

1. Einleitung

Die Möglichkeit der Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung und ggf. der sozialen Pflegeversicherung ist zwingende Voraussetzung für den Betrieb eines PVZ, da nur so eine realistische Finanzierung möglich ist, da ca. 90 % der Bevölkerung gesetzlich versichert sind.¹¹ Dies wiederum setzt voraus, dass alle in einem PVZ erbrachten Leistungen auch grundsätzlich vergütungsfähig sind. Das derzeitige Leistungserbringerrecht des SGB V geht jedoch im Kern von einer getrennten Leistungserbringung der einzelnen Berufsgruppen aus.

2. Zulassung zur Leistungserbringung

a) Einleitung

Wesentliche Voraussetzung für die Leistungserbringung im System des SGB V – und damit die Vergütung der erbrachten Leistungen – ist die Zulassung zur Leistungserbringung des jeweiligen Leistungserbringers. Die Zulassung ist je nach Leistungsbereich unterschiedlich ausgestaltet. Das SGB V kennt die Konstruktion eines PVZ nicht, sodass zu prüfen ist, in welcher Form eine Zulassung zur Erbringung aller Leistungen eines PVZ erfolgen kann. Insbesondere ist zu prüfen, ob im SGB V vorgesehene Zulassungen um die für PVZ relevanten Leistungsbereiche erweitert werden können.

b) Ärzte/Psychotherapeuten

Die Regelungen zur Zulassung zur Erbringung von vertragsärztlichen Leistungen finden sich in den §§ 95 ff. SGB V. Hiernach kann neben dem einzelnen Arzt grundsätzlich nur ein MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden.¹² MVZ sind nach § 95 Abs. 1 Satz 2

¹¹ [Anzahl der GKV-Versicherten, Stand 1.1.2025 \(75 Mio.\)](#)

¹² Bördner, KrV 2019, 193, 194.

SGB V ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Gründer und Gesellschafter eines MVZ können nur Ärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, anerkannte Praxisnetze und bestimmte gemeinnützige Träger bzw. Kommunen sein. Berufsträger nicht ärztlicher Berufe kommen nicht als Gründer oder Gesellschafter in Betracht.¹³ Damit scheidet die Möglichkeit aus, dass eine Gesellschaft eine PVZ betreibt, an der neben Ärzten auch weitere nicht ärztliche Berufsträger beteiligt sind. Daneben berechtigt das MVZ nur zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen. Leistungen anderer Leistungsbereiche (z. B. Heilmittelerbringung) sind nicht abrechnungsfähig.

c) Heilmittelerbringer

Für den Bereich der Heilmittelerbringung (insbes. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie etc.) regelt § 124 SGB V die Zulassung zur Leistungserbringung. Auch hier kann zunächst der einzelne Heilmittelerbringer eine Zulassung persönlich erhalten. Die Rechtsprechung lässt unter bestimmten Voraussetzungen auch die Zulassung einer juristischen Person zur Leistungserbringung zu. Hiernach ist es die Zulassung einer GmbH möglich, wenn der angestellte verantwortliche Betriebsleiter die Zulassung zur Führung des erforderlichen Befähigungsnachweises besitzt¹⁴ und in der fachlichen Leitung der GmbH nicht eingeschränkt ist.¹⁵ Dies gilt auch dann, wenn die (Mehrheits)Gesellschafter diese Zulassung nicht haben.¹⁶ Erforderlich ist, dass der Schwerpunkt der juristischen Person die Erbringung ambulanter Leistungen ist und eine Heranziehung zur stationären Leistungserbringung allenfalls im Einzelfall erfolgt.¹⁷ Zusammenfassend wäre es nicht möglich, dass ein Arzt neben seiner vertragsärztlichen Zulassung eine Zulassung nach § 124 SGB V erhält. Grundsätzlich möglich wäre jedoch, dass ein MVZ eine Zulassung nach § 124 SGB V erhält. Indes führen die gegenläufigen Erfordernisse in der Leitung (MVZ: ärztliche Leitung; Heilmittel-GmbH: Leitung durch „Heilmittel“-Berufsträger) zu einer faktischen Unmöglichkeit.

¹³ Nicht nur der Gründer- und Gesellschafterkreis, sondern auch der Kreis der zulässigen Rechtsformen ist beschränkt. So kommen nur die Personengesellschaft, die eingetragene Genossenschaft oder die Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder eine öffentlich-rechtliche Rechtsform in Betracht.

¹⁴ Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut, Logopäde etc.

¹⁵ BSG, Urt. v. 29. 11. 1995 – 3 RK 36/94 - Rn. 26.

¹⁶ BSG, Urt. v. 29. 11. 1995 – 3 RK 36/94 - Rn. 30.

¹⁷ BSG, Urt. v. 19. 9. 2013 – B 3 KR 8/12 R - Rn. 32.

d) Hebammenhilfe

Im Bereich der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die durch Hebammen erbracht werden, gilt § 134a SGB V. Die Zulassung zur Leistungserbringung für diese Leistungen findet dort durch den Beitritt der freiberuflichen tätigen Hebamme zu einem Vertrag nach § 134a SGB V statt. Neben den freiberuflich tätigen Hebammen sieht der Vertrag nach § 134a Abs. 1 SGB V nur noch „von Hebammen geleitete Einrichtungen“, sogenannte HgE, als mögliche Leistungserbringer an. Nach § 3 Abs. 1 des Ergänzungsvertrags nach § 134a Abs. 1 SGB V¹⁸ können HgE als Einzelunternehmen, GbR, PartG, GmbH, UG oder als Teil eines Vereins geführt werden, wobei allerdings sicherzustellen ist, dass die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Hebammen zustehen und Dritte, die nicht Gesellschafter sind, nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind. § 3 Abs. 3 des Ergänzungsvertrags erfordert daneben die verantwortliche Führung der Geschäfte durch eine Hebamme. Zusammenfassend führen die sehr weitgehenden Einschränkungen im Ergänzungsvertrag dazu, dass weder ein Arzt noch ein MVZ oder eine Heilmittel-GmbH sein Leistungsspektrum um Leistungen der Hebammenhilfe erweitern kann, auch wenn eine oder mehrere Hebammen angestellt tätig wären.

e) Zusammenfassung

Es fehlt an einer Regelung zur Zulassung eines PVZ als eigenständiger Leistungserbringer im SGB V. Die vorhandenen Regelungen zur Zulassung sind je nach Leistungsbereich sehr unterschiedlich ausgestaltet und nicht darauf ausgelegt oder abgestimmt, dass Leistungserbringer aus verschiedenen Leistungsbereichen gemeinsam ihre Leistungen unter einem Dach erbringen. Hierbei schließen sich sozialrechtliche Voraussetzungen gegenseitig aus. Ein MVZ muss nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V ärztlich geleitet sein, während die Zulassung einer juristischen Person zur Heilmittelerbringung davon abhängig ist, dass die Leitung in der Hand eines zur Heilmittelerbringung zugelassenen Berufsträgers liegt (z. B. einem Physiotherapeuten). Gleiches gilt im Übrigen, wenn man daneben das Berufsrecht in den Blick nimmt. So können die Mehrheitsverhältnisse in einer Gesellschaft entweder so ausgestaltet sein, dass die Ärzte die Mehrheit haben (§ 23a MBO-Ä) oder die Hebammen (§ 3 Abs. 1 des Ergänzungsvertrags nach § 134a SGB V). Beides gleichzeitig ist nicht möglich. Damit scheitert eine Finanzierung eines PVZ im „normalen“ SGB V-Leistungssystem schon daran, dass die gemeinsame multiprofessionelle Leistungserbringung unter einem Dach faktisch nur in einem Leistungsbereich zugelassen werden kann. Hierdurch kann jedoch keine ausreichende Finanzierung sichergestellt werden, da

¹⁸ [Ergänzungsvertrag nach § 134a SGB V](#)

bspw. ein MVZ nur vertragsärztliche Leistungen, nicht aber Leistungen der Physiotherapie abrechnen kann. Daneben bleibt festzuhalten, dass Betreuungsleistungen von Sozialarbeitern nicht vergütungsfähig sind, da sie derzeit in keinem potenziellen Leistungsbereich eines PVZ als Leistung vorgesehen sind.¹⁹

3. Integrierte Versorgung gem. § 140a SGB V

Das SGB V kennt jedoch außerhalb der klassischen Zulassungsmöglichkeiten Regelungen für die gemeinsame multiprofessionelle Leistungserbringung im Falle besonderer Patientenbedarfe, wie die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V. Eine entsprechende Regelung speziell für PVZ existiert jedoch nicht. Daneben besteht allerdings noch eine allgemeine Vorschrift, die die Möglichkeit einer fachübergreifenden und interdisziplinären Leistungserbringung ermöglicht. Die sogenannte integrierte Versorgung nach § 140a SGB V ermöglicht einerseits eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung (§ 140a Abs. 1 Satz 2 1. Alt. SGB V) und andererseits eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung (§ 140a Abs. 1 Satz 2 2. Alt SGB V), wobei Überschneidungen zulässig sind.²⁰ Das Bundessozialgericht (BSG) versteht den Begriff „Leistungssektor“ funktional, sodass bspw. die vertragsärztliche Versorgung ebenso einen eigenständigen Leistungssektor darstellt, wie die Versorgung mit Heilmitteln, die Versorgung mit Leistungen bei Schwangerschaft oder die Versorgung mit Leistungen der Soziotherapie.²¹ Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung liegt nach Auffassung des BSG dann vor, wenn Hausärzte mit Fachärzten oder Fachärzte verschiedener Facharztgruppen kooperieren.²² Die multiprofessionelle Zusammenarbeit ist von § 140a Abs. 1 Satz 2 2. Alt. SGB V nicht erfasst. Die Regelung des § 140a Abs. 2 Sätze 8 und 9 SGB V ermöglicht es, dass der Vertragspartner einer integrierten Versorgung auch sogenannte Managementverträge abschließen kann. Diese können dann andere Leistungserbringer oder Dritte damit beauftragen, Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen zur Versorgung der Versicherten durchzuführen.²³ Der Gesetzgeber nennt in der Gesetzesbegründung selbst das Beispiel der Einbindung von Sozialarbeitern im Rahmen der Beratung.²⁴ Damit stellt die Regelung des § 140a SGB V eigentlich eine gute Ausgangsbasis für den Betrieb eines PVZ dar, zumal § 140a SGB V – anders als die Regelung des § 95 Abs. 1a SGB V zu den MVZ

¹⁹ Eine Ausnahme könnte hier lediglich die sozialmedizinische Nachsorge gem. § 43 Abs. 2 SGB V darstellen, wenn das PVZ zusätzlich einen Vertrag nach § 132c SGB V mit den Krankenkassen abschließt.

²⁰ Matthäus, in: jurisPK-SGB V, 5. Auflage 2025, § 140a Rn. 26.

²¹ BSG, Urt. v. 6. 2. 2008 – B 6 KA 27/07 R - juris Rn. 18; Matthäus, in: jurisPK-SGB V, 5. Auflage 2025, § 140a Rn. 53.

²² BSG, Urt. v. 6. 2. 2008 – B 6 KA 6/07 R – juris Rn. 17.

²³ Matthäus, in: jurisPK-SGB V, 5. Auflage 2025, § 140a Rn. 129.

²⁴ BT-Drucks. 19/23483, S. 32.

- keine Begrenzung auf eine bestimmte Gesellschaftsform kennt.²⁵ Limitationen ergeben sich dann lediglich aus dem (ärztlichen) Berufsrecht.

Tatsächlich verhindert die normative Ausgestaltung der integrierten Versorgung allerdings weitgehend die Anwendung in der Praxis. Ausgangspunkt ist der Umstand, dass die kollektivrechtlichen Vereinbarungen durch einzelvertragliche Vereinbarungen zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse ersetzt werden. Der Vertrag muss deshalb zwischen jeder einzelnen Krankenkasse mit einem der in § 140a Abs. 3 SGB V genannten Vertragspartner abgeschlossen werden.²⁶ Die Krankenkassen können sich zwar theoretisch zusammenschließen oder ihre Landesverbände – soweit vorhanden – mit dem Vertragsschluss beauftragen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass nur die Versicherten Zugang zu der konkreten integrierten Versorgung haben, die auch Mitglied der entsprechenden Krankenkasse sind oder über diese ihren Leistunganspruch herleiten. Im Einzelvertrag sind auch Regelungen zur Vergütung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit aufzunehmen und damit auszuverhandeln, da die entsprechenden Regelungen, die auf den Kollektivverträgen basieren, nicht anwendbar sind. Des Weiteren muss die integrierte Versorgung ausgeschrieben werden, da es sich um einen öffentlichen Dienstleistungsauftrag handelt.²⁷ Aus Sicht der Krankenkasse ist zu beachten, dass in deren Satzung zwingend besondere Wahltarife für die Teilnahme an einer integrierten Versorgung vorzusehen sind (§ 53 Abs. 3 SGB V). Daneben hat unter den Voraussetzungen von § 140a Abs. 6 SGB V eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs zu erfolgen, um zu verhindern, dass es zu Doppelleistungen kommt (Gesamtvergütung und Einzelvertrag). Diese Voraussetzungen verursachen nicht nur einen erheblichen Aufwand (Ausschreibung, Verhandlung der Vergütung etc.), sondern sind im Hinblick darauf, dass der Kreis der teilnahmeberechtigten Patienten durch die Anzahl der beteiligten Krankenkassen limitiert wird, vollkommen unattraktiv. Dies gilt umso mehr, als dass die alternative Leistungserbringung an Versicherte anderer Krankenkassen aufgrund außerhalb der integrierten Versorgung erteilter Zulassungen nicht möglich ist. Denn die Leistungserbringer treten im PVZ nicht mehr als eigenständige zugelassene Leistungserbringer auf, sondern im Rahmen der Gesellschaft, die die Gesundheitsdienstleistung erbringt.

4. Hausarztzentrierte Versorgung

Am 26.05.2025 berichtete der Häusärztinnnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg vom Abschluss eines Vertrags über die hausarztzentrierte Versorgung (HZV-Vertrag) mit der

²⁵ Matthäus, in: jurisPK-SGB V, 5. Auflage 2025, § 140a Rn. 83.

²⁶ Matthäus, in: jurisPK-SGB V, 5. Auflage 2025, § 140a Rn. 21.

²⁷ Matthäus, in: jurisPK-SGB V, 5. Auflage 2025, § 140a Rn. 138 ff.

AOK Baden-Württemberg für das sogenannte HÄPPI-Konzept (Hausärztliches Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung Interprofessionell).²⁸ Der Vertrag soll zum 1. Oktober 2025 in Kraft treten und folgende Vergütungsregelungen vorsehen:

- 20 Euro pro eingeschriebenem AOK-HZV-Versicherten und Teilnahmejahr als HÄPPI-Basispauschale auf die P1 – für die Erfüllung aller Teilnahmevoraussetzungen, regelmäßige Prozessevaluation und Fortbildungen.
- 10 Euro pro AOK-HZV-Versichertem und Teilnahmejahr als Transformationszuschlag auf die P1 – zur Unterstützung des Aufbaus der HÄPPI-Infrastruktur in den ersten vier Startquartalen. Der Zuschlag ist befristet bis zum 30.09.2027.
- Zusätzlicher Zuschlag für den Einsatz akademischer nichtärztlicher Gesundheitsberufe (z. B. Primary Care Manager, Physician Assistant), gestaffelt nach Stundenumfang und Anzahl der eingesetzten Fachkräfte (5 bis 15 Euro je Teilnahmejahr). Werden mehr als 1,5 Vollzeitkräfte beschäftigt, zahlt die AOK pro Gesundheitsberufsangehörigen 15 Euro Zuschlag.

Die Vertragsparteien haben in diesem Fall von ihrem weiten Gestaltungsermessen bei den Regelungen über die Vergütung der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V Gebrauch gemacht.²⁹ Aufgrund der Tatsache, dass die hausarztzentrierte Versorgung auf der vertragsärztlichen Versorgung basiert, kommen – anders als bei der integrierten Versorgung gem. § 140a SGB V – außer den Leistungserbringern des § 95 Abs. 1 SGB V (Ärzte, MVZ) keine neuen Kooperationsformen für die Leistungserbringung in Betracht. Wie bei § 140a SGB V kann die Leistungserbringung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nur den Versicherten gegenüber erfolgen, die erstens Mitglied einer Vertragskrankenkasse sind und zweitens sich freiwillig in die hausarztzentrierte Versorgung einschreiben, wobei die Einschreibung dazu führt, dass zugleich auf das Recht zur freien Arztwahl verzichtet wird.³⁰ Im Gegenzug muss dem Versicherten wie bei der integrierten Versorgung in der Satzung der Krankenkasse ein eigenständiger Tarif angeboten werden (§ 53 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Das Modell der hausarztzentrierten Versorgung ist damit eher eine „Notlösung“, um ein PVZ-Konzept in irgendeiner Form vergütet zu bekommen. Die Limitationen sind der integrierten

²⁸ [Pressemitteilung Hausärztinnen- und Hausärzteverband Baden-Württemberg](#).

²⁹ Matthäus, in: jurisPK-SGB V, 5. Auflage 2025, § 73b Rn. 108.

³⁰ Der Versicherte kann dann nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte gewählten Hausarzt in Anspruch nehmen und ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung hin in Anspruch nehmen.

Versorgung ähnlich: Begrenzte Anzahl von Teilnehmern, komplexer Aushandlungsprozess der Vergütung, Abhängigkeit von der Vertragsbereitschaft der Krankenkassen. Die fehlenden Beteiligungsmöglichkeiten nicht ärztlicher Berufsgruppen an eine MVZ limitiert die verantwortliche Einbindung anderer Berufsgruppen.

IV. Zuweisungsverbote

Neben den genannten organisatorischen Grenzen der Zusammenarbeit reguliert das Berufs- und Sozialrecht bestimmte Formen der Zusammenarbeit von Ärzten, Leistungserbringern und anderen Akteuren bei der Versorgung von Patienten. So sieht § 31 Abs. 1 MBO-Ä ein sogenanntes Zuweisungsgebot vor. Hiernach dürfen Ärzte für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten kein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst versprechen oder gewähren. Daneben dürfen Ärzte gem. § 31 Abs. 2 MBO-Ä ihren Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen. Schon das Auslegen von Flyern oder Visitenkarten eines bestimmten Anbieters ist hiervon erfasst.³¹

§§ 31 Abs. 1, 33 Abs. 6, 33a Abs. 5, 73 Abs. 7, 128 SGB V enthalten im Kern ähnliche Regelungen wie § 31 Abs. 1 MBO-Ä für Vertragsärzte bei der Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. § 128 Abs. 2, Abs. 5b SGB V regeln das Verbot einer Beteiligung von Ärzten an der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln gegen Entgelt oder für die Gewährung wirtschaftlicher Vorteile. Gem. § 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V fallen unter den Begriff der unzulässigen Zuwendung u. a. die Einkünfte an Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnung- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können.

Neben den berufsrechtlichen und vertragsärztlichen Vorgaben bestehen auch strafrechtliche Regelungen zur Verhinderung von Korruption im Gesundheitswesen (§§ 299a, 299b StGB). Gemäß § 299a Alt. 3 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer z. B. als Arzt durch die Berufsausübung einen Vorteil, für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial einen anderen im inländischen oder ausländischen

³¹ Möller, GesR 2018, S. 152, 158; BGH NJW 2011, 2211 – Hörgeräteversorgung II.

Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt. Der den korruptiven Vorteil Anbietende, Versprechende oder Gewährende wiederum wird gem. § 299b StGB ebenfalls mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. § 300 StGB sieht Strafverschärfungen für besonders schwere Fälle vor.

Soweit allerdings entsprechende Zuführungen bzw. Zuweisungen in einer gesetzlich vorgesehenen Kooperationsform erfolgen und diese auch nicht nur der Umgehung des Zuweisungsverbots dienen, verstößt dies weder gegen das Berufsrecht noch das Vertragsarztrecht noch erfüllt es den Tatbestand der §§ 299a, 299b StGB. Das bedeutet, dass zunächst die Zuführungen bzw. Zuweisungen innerhalb der im SGB V geregelten Kooperationsformen, wie der speziellen ambulanten Palliativversorgung gem. § 37b SGB V oder der integrierten Versorgung gem. § 140a SGB V (ausführlich unter C. III) unproblematisch sind. Daneben sind aber auch Zuweisungen bzw. Zuführungen in den berufsrechtlich zulässigen Kooperationsmöglichkeiten nach §§ 23a, 23b MBO-Ä nicht verboten.³²

Die vorgenannten Regelungen spiegeln letztlich den oben dargestellten Grundsatz der getrennten Leistungserbringung wider. Aufgrund der durch die ärztliche Verordnung ausgelösten Leistungsberechtigung des nicht ärztlichen Leistungserbringers haben Ärzte einen unmittelbaren Einfluss auf deren wirtschaftliche Situation. Dem Patienten respektive Versicherten soll jedoch im getrennten Leistungserbringungssystem eine Wahlfreiheit eingeräumt werden, die durch eine wirtschaftliche Verknüpfung zwischen Arzt und nicht ärztlichen potenziell nicht mehr gewährleistet wäre. Aus dieser Struktur folgt für den Betrieb von PVZ zweierlei: Zunächst stehen PVZ, die als lose Kooperationen organisiert sind, in einem latenten Konflikt mit den vorgenannten Regelungen, da der Arzt eine eigentlich gewollte gemeinsame Leistungserbringung in keiner Weise befördern darf. Ansonsten hat er berufsrechtliche wie vertragsarztrechtliche Folgen zu befürchten. Des Weiteren bedarf es Regelungen für die Kooperation verschiedener Berufsgruppen im Berufs- bzw. Sozialrecht zur gemeinsamen Patientenversorgung in einem PVZ, da nur so Probleme mit den Zuweisungsverboten vermieden werden können.

V. Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung

Arbeiten Ärzte im Rahmen eines PVZ mit anderen Berufsgruppen zusammen, ist fraglich, ob der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung gem. § 613 Satz 1 BGB die Zusammenarbeit limitiert. Er verlangt vom Arzt, die wesentlichen Leistungen selbst zu erbringen, sich also

³² Hohmann, in: Münchener Kommentar zum StGB, 4. Aufl. 2022, § 299a Rn. 37.

insbesondere vom Zustand des Patienten selbst ein Bild zu machen.³³ Dieser Grundsatz findet anerkanntermaßen weder Anwendung im Rahmen eines MVZ noch bei der stationären Versorgung, da hier der maßgebliche Behandlungsvertrag nicht mit dem Behandler selbst, sondern mit dem MVZ oder dem Krankenhaus, konkret mit der betreffenden Gesellschaft, abgeschlossen wird und deswegen auch keine „persönliche“ Leistungserbringung geschuldet ist.³⁴ Nichts anderes gilt dann auch im Rahmen der Behandlung durch ein PVZ, das in einer Gesellschaft geführt wird, sodass mögliche Probleme nur bei einer losen Kooperation der Behandler entstehen, da in diesem Fall mit jedem Leistungserbringer „in Person“ ein Behandlungsvertrag abgeschlossen wird, sodass der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung vollumfänglich Anwendung findet und Abweichungen nur im Rahmen zulässiger Delegation möglich sind.

VI. Schweigepflicht

Werden Behandler in einem PVZ gemeinsam tätig, sind Fragen des Datenschutzes und der Schweigepflicht in den Blick zu nehmen. Die Schweigepflicht des Arztes, die im Strafrecht unter die Strafbarkeit der Verletzung von Privatgeheimnissen gem. § 203 StGB fällt, schützt den Patienten vor der unbefugten Offenbarung eines Geheimnisses durch den Arzt. Als Geheimnis im Sinne des § 203 StGB gelten alle Erkenntnisse, die sich aus der ärztlichen Behandlung ergeben und bezieht sich auf alle Umstände, die der Arzt im Rahmen der Behandlung erfahren hat.³⁵ Ebenso zählt hierzu der Inhalt einer konkreten Abrechnung und schon das Bestehen einer Vertragsbeziehung zwischen dem Arzt und einem konkreten Patienten.³⁶ § 203 Abs. 3 StGB schwächt den Geheimnisschutz ab, indem es nicht als Offenbarung eines Geheimnisses gilt, wenn ein Geheimnis den „bei einem Arzt tätigen Gehilfen oder den bei ihm zur Vorbereitung auf den Beruf tätigen Personen“ zugänglich gemacht wird. Ferner ist es für den Arzt nach § 203 Abs. 3 Satz 2 StGB zulässig, fremde Geheimnisse gegenüber „sonstigen Personen“ zu offenbaren, die an dessen beruflicher oder dienstlicher Tätigkeit mitwirken, soweit dies für die Inanspruchnahme der Tätigkeit der sonstigen mitwirkenden Personen erforderlich ist. Die Regelung des § 203 Abs. 3 StGB ermöglicht es damit dem Arzt, den bei ihm beschäftigten Personen, Patientengeheimnisse zu offenbaren. Zu diesem Personenkreis gehören alle Personen, die in einem „inneren Zusammenhang“ mit der ärztlichen Tätigkeit stehen. Hierzu zählt nicht nur das medizinische Personal, sondern auch Bürokräfte. Reinigungspersonal gehört

³³ Lipp, in: Arztrecht, 8. Aufl. 2021, D. III. Rn. 39.

³⁴ Clausen, in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 8 Rn. 37 f.

³⁵ Weidemann, in: BeckOK StGB, 65. Aufl. 2025, § 203 Rn. 6.2.

³⁶ OLG Stuttgart, Urt. v. 3. 2. 2009 – 1 U 107/08.

hingegen nicht dazu.³⁷ Daneben ist eine Offenbarung auch gegenüber sonstigem an der ärztlichen Behandlung mitwirkendem Personal, das nicht beim Arzt angestellt ist, zulässig. Unter diese Variante fällt auch arbeitsteiliges Zusammenwirken an der medizinischen Behandlung durch andere Berufsgruppen, wie Physiotherapeuten, Pflegekräfte oder Sozialarbeiter.³⁸ Bei letzteren ist darauf hinzuweisen, dass das Problem des fehlenden Zeugnisverweigerungsrechts³⁹, also des Rechts zur Verweigerung der Aussage gegenüber einem Gericht, bei der Einbindung in eine medizinische Behandlung kein Problem darstellt, da sich für diesen Fall das Zeugnisverweigerungsrecht aus § 53a StPO ergibt.

VII. Datenschutz

Aus datenschutzrechtlicher Sicht sind als Verantwortliche für die Datenverarbeitung u. a. alle natürlichen und juristischen Personen anzusehen, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung personenbezogener Daten entscheiden (Art. 4 Nr. 7 DSGVO). Legen zwei oder mehr Verantwortliche gemeinsam die Zwecke der und die Mittel zur Verarbeitung fest, so sind sie gemeinsam Verantwortliche (Art. 26 Abs. 1 Satz 1 DSGVO). Sie sind verpflichtet, in einer Vereinbarung in transparenter Form festzulegen, wer von ihnen welche Verpflichtungen der DSGVO erfüllt. Bei einem PVZ in loser Kooperation verschiedener unabhängig voneinander tätiger Berufsgruppen ist jeder Behandler als Verantwortlicher im Sinne des Datenschutzrechts anzusehen. Sollen die Daten auf einer gemeinsamen IT-Plattform zusammengeführt werden, sind die Behandler gemeinsam Verantwortliche im Sinne des Art. 26 DSGVO, sodass „nur“ die Einholung einzelner Einwilligungen nicht ausreichend ist.⁴⁰ Tritt das PVZ als eigenständige Gesellschaft dem Patienten gegenüber, ist die Gesellschaft allein Verantwortliche im Sinne des Datenschutzrechts.

VIII. Arbeitsteilung/Haftung

Die Erbringung medizinischer Leistungen in einem PVZ – unabhängig von der Organisationsform – erfolgt im arbeitsteiligen Zusammenwirken. Hierbei muss aus Gründen des Berufsrechts sichergestellt werden, dass die unabhängige, eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung des Arztes gewahrt wird (§§ 23b, 30 MBO-Ä) und die entsprechenden Verantwortungsbereiche gegenüber dem Patienten getrennt bleiben (§§ 23b, 29a MBO-Ä). Die medizinischen Entscheidungen müssen nur insoweit dem Arzt vorbehalten bleiben, als er diese nicht

³⁷ Weidemann, in: BeckOK StGB, 65. Aufl. 2025, § 203 Rn. 30.

³⁸ Weidemann, in: BeckOK StGB, 65. Aufl. 2025, § 203 Rn. 32.

³⁹ AG Karlsruhe, Urt. v. 28. 10. 2024 – 17 Cs 530 Js 45512/23.

⁴⁰ Kemper, Wege Zur Sozialversicherung 2024, 295, 298 f.

einem Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs überlassen darf (§ 23a Abs. 1 lit c MBO-Ä). Eine eindeutige Abgrenzung der Kompetenzbereiche ermöglichen lediglich die wenigen im deutschen Gesundheitsrecht vorhandenen Arztvorbehalte, die ein eigenverantwortliches Tätigwerden von nicht ärztlichem Gesundheitsfachpersonal verbieten. Im Übrigen bemisst sich die Zulässigkeit der Durchführung medizinischer Heilbehandlungsmaßnahmen durch die Gesundheitsfachberufe durch die Zulässigkeit der Delegation und den Vorschriften des Heilpraktiker-gesetzes (HeilprG). Aufgrund der Reichweite der delegationsfähigen Maßnahmen entstehen immer dann wenige Probleme, wenn die Versorgung „arztnah“ – wie in einem PVZ – erfolgt und der Arzt den erforderlichen Überwachungspflichten nachkommen kann. Der Arzt haftet dann für die richtigen Anordnungen, während das medizinische Fachpersonal für die ordnungsgemäße Durchführung haftet. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass je besser das medizinische Fachpersonal ausgebildet ist, umso mehr Maßnahmen vom Arzt delegiert werden können. Die Grundsätze des arbeitsteiligen Zusammenwirkens und des Haftungsrechts stellen daher keine Hürden für den Betrieb eines PVZ dar, vielmehr lassen sie die Patientenbehandlung im arbeits-teiligen Zusammenwirken zu.

D. Lösungsmöglichkeiten

Die vorstehenden Ausführungen konnten zeigen, dass die limitierenden Faktoren für den Betrieb eines PVZ im ärztlichen Berufsrecht und der Systematik der getrennten Leistungserbringung im SGB V zu suchen sind. Der Versuch, die Probleme dieser Systematik durch ein PVZ in loser Kooperation zu umgehen, ist mit erheblichen Risiken behaftet. Angesichts dessen empfiehlt es sich, die zu weitreichenden Restriktionen des ärztlichen Berufsrechts im Hinblick auf die Kooperation von Ärzten und anderen nicht ärztlichen Berufsträgern in der Rechtsform einer juristischen Person, wie der GmbH, zu lockern. Zugleich sollte im SGB V die Regelung des § 140a SGB V in Richtung der Versorgung von Patienten in einem PVZ fortentwickelt werden. Hierbei ist die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen eines PVZ für alle gesetzlich Krankenversicherten eine Grundvoraussetzung. Des Weiteren müsste eine einheitliche Vergütungssystematik für die Leistungen eines PVZ entwickelt werden, die sich an den bestehenden Vergütungssystemen orientiert und zugleich weitere Leistungen, wie das Case Management durch Sozialarbeiter, gesondert berücksichtigt. Während die Lockerung der Vorgaben im ärztlichen Berufsrecht im Wesentlichen den berufspolitischen Willen des ärztlichen Berufsstands voraussetzt, wäre der Eingriff in die Systematik des SGB V zur Implementierung von PVZ regulatorisch deutlich herausfordernder.

Impressum

Mannheim, Juli 2025

Autor

Prof. Dr. Andreas Pitz
Institut für Gesundheits- und Life Sciences Recht
der Technischen Hochschule Mannheim
Paul-Wittsack-Str. 10, 68163 Mannheim
E-Mail: pitz@helsi-ma.de

Auftraggeber

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Uwe Schwenk
Director Programm Gesundheit
uwe.schwenk@bertelsmann-stiftung.de

Zitierhinweis

Pitz, Andreas, 2025: Etablierung und Betrieb von Primärversorgungszentren; Juristisches Kurzgutachten im Auftrag der Bertelsmann Stiftung

Download: [Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit zum Thema Second Victims](#)

Hinweis

Für den Inhalt ist allein der Autor verantwortlich. Gemäß ständiger Gutachtenpraxis ist die Haftung für Fehler und Unvollständigkeiten ausgeschlossen, soweit diese nicht auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit beruhen.

Titelfoto: © Robert Poorten - stock.adobe.com