

Aktuelle rechtliche Entwicklungen zum ärztlichen Leiter im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

I. Einführung

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind gemäß § 95 Abs. 1 S. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Der ärztliche Leiter ist damit zwingend erforderlich für die Zulassung und den Betrieb eines MVZ.

Trotz dieser zentralen Rolle hat es der Gesetzgeber bislang versäumt, die Position des ärztlichen Leiters konkret zu regeln. Insofern wird kritisiert, dass der Gesetzgeber die Funktion und die Rechte und Pflichten des ärztlichen Leiters bisher „nicht einmal ansatzweise beschrieben“ habe (Möller, MedR 2007, 263). Zwar erfolgte mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes mit Wirkung zum 01.01.2012, veranlasst durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG; vgl. Urteil vom 14.12.2011, Az.: B 6 KA 33/10 R), die Klarstellung, dass der ärztliche Leiter im MVZ selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein muss. Darüber hinaus verbleiben jedoch viele offene Fragen, welche von den Zulassungsausschüssen bundesweit teils sehr unterschiedlich beurteilt werden.

Einen Überblick über die Stellung des ärztlichen Leiters im MVZ wurde bereits in einem früheren Beitrag gegeben (vgl. Fortschr Röntgenstr 2021, S. 1237 ff.). Seitdem sind zwei aktuelle Urteile zum ärztlichen Leiter ergangen, die in diesem Beitrag untersucht werden sollen.

II. Bisherige Regelungslücken zum ärztlichen Leiter

Anknüpfend an den früheren Beitrag beschäftigt sich dieser Beitrag zunächst mit den bisher gesetzlich nicht geregelten allgemeinen Anforderungen in Bezug auf die Tätigkeit des ärztlichen Leiters im MVZ.

Anschließend erfolgt eine Darstellung und Auseinandersetzung mit den gerichtlichen Entscheidungen des BSG vom 13.12.2023 (Az.: B 6 KA 15/22 R) und des Sozialgerichts (SG) Marburg vom 03.05.2023 (Az.: S 17 KA 642/22). Ergänzend wird die unterschiedliche Handhabung der Zulassungsausschüsse zu den Tätigkeitsanforderungen dargestellt, die in erster Linie auf mündlichen Mitteilungen beruhen, jedoch nicht schriftlich abrufbar sind.

1. Tätigkeitsumfang

Im Gesetz ist nicht geregelt, welchen Umfang der Versorgungsauftrag eines ärztlichen Leiters nach der Bedarfsplanungsrichtlinie Ärzte (BPL-RL) haben muss. Es mangelt insbesondere an einer Regelung in Bezug auf den Tätigkeitsumfang des ärztlichen Leiters, das heißt, es ist nicht geregelt, welchen Anrechnungsfaktor und welchen Stundenumfang die Tätigkeit des ärztlichen Leiters im MVZ haben muss (zur Gesamtdarstellung: Scholz/Bartha, in: BeckOK Sozialrecht, Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching, Stand: 01.12.2023, § 95 SGB, Rn. 32). Nach der Rechtsprechung des BSG musste der ärztliche Leiter früher wenigstens halbtags im MVZ beschäftigt sein, damit er gemäß § 77 Abs. 3 S. 2 SGB V Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und insofern ihrer Disziplinargewalt unterworfen ist (vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2013, Az.: B 6 KA 39/12 R und Urteil vom 14.12.2011, Az.: B 6 KA 33/10 R). Nach § 77 Abs. 3 S. 2 SGB V setzt die Mitgliedschaft in der KV für angestellte Ärzte einen Beschäftigungsumfang von mindestens zehn Stunden pro Woche voraus. Daher müsste die Übernahme der ärztlichen Leitung nunmehr mit einer Tätigkeit von mindestens zehn Stunden pro Woche möglich sein. Unklar ist, ob eine „halbe Stelle“ bereits dann besetzt ist, wenn nach § 51 Abs. 1 BPL-RL mehr als zehn Wochenstunden geleistet werden oder ob eine arbeitsrechtliche Betrachtung mit mindestens 19,5 Wochenstunden geboten ist (SG Nürnberg, Urteil vom 09.04.2014, Az.: S 1 KA 2/14 – zehn Wochenstunden; BayLSG, Urteil vom 27.01.2016, Az.: L 12 KA 69/14 – mindestens halbtags – aber konkrete Stundenzahl ebenfalls offengelassen). Die Anforderungen in der Praxis sind entsprechend unterschiedlich. Nach den letzten



Erfahrungen wird beispielsweise in den Bezirken der KV Westfalen-Lippe und der KV Niedersachsen verlangt, dass der ärztliche Leiter mit mindestens 10 Stunden pro Woche im MVZ angestellt sein muss. Dagegen müssen in den Bezirken der KV Hamburg und der KV Bayern ärztliche Leiter mindestens in einem Umfang von 20 Wochenstunden im MVZ beschäftigt sein.

2. Tätigkeitsort

Ebenfalls ist in § 95 Abs. 1 SGB V nicht geregelt, ob der ärztliche Leiter die Tätigkeit zwingend vollständig oder zumindest zu einem bestimmten Teil am Vertragsarztsitz des MVZ erbringen muss oder ob es ausreicht, wenn er ausschließlich an einer Nebenbetriebsstätte des MVZ tätig wird. Im Bezirk der KV Schleswig-Holstein war es nicht ausreichend, dass der ärztliche Leiter ausschließlich an einer Nebenbetriebsstätte des MVZ tätig wird, während im Bezirk der KV Hamburg hingegen die Tätigkeit an einer Nebenbetriebsstätte ausreichte.

3. Mehrere ärztliche Leiter

Die Vorschrift des § 95 Abs. 1 S. 4 SGB V regelt zwar, dass auch eine kooperative Leitung möglich ist, wenn in einem MVZ Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen vertragsärztlich tätig sind. Aber auch dieses Merkmal wird von den Zulassungsausschüssen unterschiedlich aufgefasst. Beispielsweise reichten im Bezirk der KV Niedersachsen für eine kooperative Leitung bisher unterschiedliche ärztliche Fachrichtungen für eine kooperative Leitung aus, während hierfür im Bezirk der KV Schleswig-Holstein eine Tätigkeit von Ärzten und Psychotherapeuten erforderlich war. Im letzteren Fall schließt bereits das berufsrechtliche Verbot gemäß § 2 Abs. 4 Musterberufsordnung-Ärzte

(MBO-Ä), dass Ärzte hinsichtlich medizinischer Fragen Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen, aus, die Leitung in einem MVZ, in dem auch Ärzte tätig sind, allein einem psychologischen Psychotherapeuten zu übertragen.

Nicht geregelt ist, ob generell mehrere ärztliche Leiter benannt werden können, insbesondere derselben Fachgruppe. Im Bezirk der KV Hamburg war das zuletzt nicht möglich. Im Bezirk der KV Nordrhein kann ein stellvertretender ärztlicher Leiter benannt werden; im Bezirk der KV Schleswig-Holstein ebenfalls, jedoch zuletzt mit der Einschränkung, dass auch dieser überwiegend am Vertragsarztsitz tätig sein muss. Im Bezirk der KV Baden-Württemberg hingegen können und sollen sogar nach Möglichkeit mehrere ärztliche Leiter benannt werden.

4. Unterzeichnung der Sammelerklärung

Schließlich ist gesetzlich nicht geregelt, ob verlangt werden kann, dass der ärztliche Leiter die nach § 35 Abs. 2 S. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bei der KV einzureichende Abrechnungs-Sammelerklärung (mit unterschreibt und damit das Vorliegen einer fehlerfreien Abrechnung bestätigt. Die bisher nicht höchstrichterliche Rechtsprechung hat dies bejaht (Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 01.09.2021, Az.: L 11 KA 49/17; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 28.10.2020, Az.: L 5 KA 2789/17; SG München, Gerichtsbescheid vom 21.01.2021, Az.: S 38 KA 165/19). In dem Rechtsgutachten zum „Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ (Ladurner/Walter/Jochimsen, erstattet dem Bundesministerium für Gesundheit im November 2020, S. 124f.) wird unter anderem hierzu vorgeschlagen, eine gesetzliche Regelung einzuführen, welche die Unterzeichnung der Sammelklärung eines MVZ durch seinen ärztlichen Leiter vorsieht.

III. Tätigkeitsort einer ärztlichen Leitung eines MVZ (SG Marburg, Urteil vom 03.05.2023)

Das SG Marburg hat mit Urteil vom 03.05.2023 (Az.: S 17 KA 642/22) entschieden, dass der Tätigkeitsort einer ärztlichen

Leitung eines MVZ auch eine Nebenbetriebsstätte des MVZ sein kann, sofern der Gesamtverantwortung im Einzelfall dadurch hinreichend Rechnung getragen wird. Dies sei nach dem SG Marburg regelmäßig der Fall, wenn zwischen Nebenbetriebs- und Hauptbetriebsstätte eine Distanz liege, die in weniger als 30 Minuten zu überbrücken ist.

In dem zugrunde liegenden Fall lehnte der Zulassungsausschuss (ZA) den Antrag des MVZ ab, die in der Nebenbetriebsstätte angestellte Fachärztin als ärztliche Leiterin des MVZ anzuerkennen. Der ZA begründete dies damit, dass der ärztliche Leiter eines MVZ an der Hauptbetriebsstätte des MVZ angestellt sein müsse, da er nur dann seine gesetzliche vorgeschriebene Funktion ausüben könne. Aus dem Wortlaut des § 95 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB V ergebe sich, dass die Funktion der ärztlichen Leitung durch im MVZ selbst angestellte oder als Vertragsarzt tätige Ärzte ausgeübt werden solle. Gegen den Beschluss legte das MVZ Widerspruch ein, dem der Berufungsausschuss stattgab. Er begründete dies damit, dass die ärztliche Leitung ohne Schwierigkeiten auch an der Nebenbetriebsstätte übernommen werden könne und zudem keine gesetzliche Vorgabe existiere, wonach die ärztliche Leitung in der Hauptbetriebsstätte angesiedelt sein müsse. Der ZA erhob hiergegen Klage.

Das SG Marburg wies die Klage zurück. Nach Auffassung des SG existiere kein generelles Verbot, wonach die ärztliche Leitung eines MVZ nicht auch an einer Nebenbetriebsstätte angesiedelt sein dürfe. § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V regule lediglich, dass der ärztliche Leiter in dem MVZ selbst ärztlich tätig und angestellt sein oder selber den Status als Vertragsarzt besitzen müsse. Die vollständige und umfassende Kontrolle und Steuerung des MVZ dürfte in aller Regel durch persönliche Besprechungen, Telefonate, Emails und Nutzung moderner Kommunikationsmittel ohne weiteres zu bewältigen sein. Für die Ausübung einer effektiven Leitung sei stets erforderlich, dass in besonderen Situationen auch kurzfristig eine persönliche Präsenz der ärztlichen Leitung sowohl in der Hauptbetriebs-, als auch in der Nebenbetriebsstätte sichergestellt sein müsse. Diesen Maßstäben werde bei einer üblichen Erreichbarkeit der Hauptbetriebsstätte innerhalb von 30 Minuten hinreichend Rechnung getragen.

IV. Unterzeichnung der Sammelklärung (BSG, Urteil vom 13.12.2023)

Das BSG hat am 13.12.2023 (Az. B 6 KA 15/22 R) entschieden, dass die KV Nordrhein Honorarbescheide eines MVZ im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu treffend mit Wirkung für die Vergangenheit aufheben und das gewährte Honorar vollständig zurückfordern durfte, da die eingereichten Sammelklärungen zu den Abrechnungen nicht von einem ärztlichen Leiter des MVZ unterzeichnet waren (Terminbericht Nummer 49/23 vom 13.12.2023, die Urteilsbegründung liegt noch nicht vor). Die entsprechende Vorgabe im Honorarverteilungsmaßstab der KV Nordrhein sei von der Ermächtigungsgrundlage des § 87b Abs. 1 S. 2 SGB V gedeckt und verstoße nicht gegen höherrangiges Recht.

Die Regelung in § 1 Abs. 4 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der KV Nordrhein, gültig ab dem 01.01.2024 hat folgenden Wortlaut (abrufbar unter: <https://www.kvno.de/praxis/abrechnung-honorar/hvm>):

„Voraussetzung der Abrechnung ist, dass alle Leistungserbringer die vom Vorstand der KV Nordrhein für die Abrechnung festgesetzten Erklärung(en) auf Vordruck (Sammelklärung) ordnungsgemäß und vollständig abgeben. Dabei sind von den Leistungserbringern die für das jeweilige Quartal von der KV Nordrhein zur Verfügung gestellten Vordrucke zu benutzen. In der Sammelklärung ist durch Unterschrift zu bestätigen, dass der Unterzeichner die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trägt, weil er sie selbst erfüllt oder sich von deren Erfüllung persönlich überzeugt hat. Im letzten Fall genügt bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die Unterschrift eines Partners. Bei einem MVZ und bei Krankenhäusern ist die Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw. Leitenden Arztes erforderlich. Im Falle dessen kurzfristiger Verhinderung ist die Unterzeichnung durch einen stellvertretenden ärztlichen Leiter im Einzelfall zulässig, wenn dieser bereits im Vorfeld durch den Betreiber des MVZ gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der KV Nordrhein schriftlich benannt worden ist. Im Falle einer kooperativen Leitung des MVZ gilt Satz 4 entsprechend. [...]“

Nach Ansicht des BSG handelt es sich bei der Regelung nicht um ein bloßes Formerfordernis. Vielmehr lasse die ordnungsgemäße Abrechnungs-Sammelerklärung erst den Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen entstehen. Angesichts der Verantwortung des ärztlichen Leiters für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe sowie seiner Gesamtverantwortung gegenüber der KV begegne es keinen Bedenken, wenn der Honorarverteilungsmaßstab die Unterschrift des ärztlichen Leiters unter die Sammelerklärung verlange. Grundsätzlich sei das MVZ als Träger der Zulassung für die Abgabe einer ordnungsgemäßen Sammelerklärung verantwortlich. Da es als Einrichtung aber nicht selbst handeln könne, ersetze die Unterzeichnung durch den ärztlichen Leiter die in einer Einzelpraxis von dem Vertragsarzt zu leistende Unterschrift. Der ärztliche Leiter verfüge – anders als der nicht ärztliche Geschäftsführer eines MVZ – über die erforderliche medizinische Fachkompetenz, um beurteilen zu können, ob die von den einzelnen Ärzten angegebenen Behandlungsvorgänge Grundlage für eine korrekte Quartalsabrechnung seien. Auch sei durch die eigene ärztliche Tätigkeit des ärztlichen Leiters im MVZ gewährleistet, dass er hinreichend in dessen Strukturen und Arbeitsabläufe eingebunden sei und das Verhalten der Mitarbeiter aus eigener Anschauung beurteilen könne. Die Vertretungsbefugnis des Geschäftsführers aus § 35 Abs. 1 S. 1 GmbH-Gesetz werde durch das Unterschriftserfordernis im Honorarverteilungsmaßstab nicht berührt. Dieses stelle schon keine gesellschaftsrechtliche Vertretungsregelung dar.

Es liege auch kein unverhältnismäßiger Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Recht des MVZ auf Honorierung seiner Leistungen vor. Bei zeitweiser Verhinderung des ärztlichen Leiters könne etwa ein Vertreter bestellt oder die Sammelerklärung innerhalb der im Honorarverteilungsmaßstab bestimmten Jahresfrist nachgereicht werden. Von diesen Möglichkeiten habe das MVZ keinen Gebrauch gemacht, sondern die Unterschrift allein durch ihren Geschäftsführer für ausreichend gehalten. Es bestehe auch kein Wertungswiderspruch zwischen dem Unterschriftserfordernis und den Regelungen zur Entziehung der Zulassung bei einem MVZ nach § 95 Abs. 6 S. 3

SGB V. Denn diese Norm sehe für den Fall, dass dem MVZ eine ärztliche Leitung fehlt, gerade keine „Schonfrist“ von sechs Monaten vor.

Nach Ansicht des BSG durfte die KV Nordrhein das gesamte Honorar der streitigen Quartale zurückfordern. Für die Rechtsprechung des BSG zum Schätzungsermessen wegen vorsätzlich oder grob fahrlässig falscher Angaben in der Abrechnungs-Sammelerklärung sei kein Raum, weil das MVZ ohne eine vom ärztlichen Leiter unterschriebene Erklärung bereits keinen Anspruch auf Honorar habe.

V. Einordnung der Urteile für die Praxis

Das Urteil des SG Marburg führt nicht dazu, dass die Frage des Tätigkeitsortes des ärztlichen Leiters als abschließend beantwortet betrachtet werden kann, da es sich um ein erstinstanzliches Urteil handelt. Gleichwohl dürfte es aufgrund der nachvollziehbaren rechtlichen Begründung eine erhebliche Indizwirkung haben und die Zulassungsausschüsse hoffentlich dazu bewegen, die Tätigkeit des ärztlichen Leiters an einer Nebenbetriebsstätte nicht zu versagen.

Durch das Urteil des BSG ist entschieden worden, dass der ärztliche Leiter die Sammelerklärung unterschreiben muss, sofern der jeweils geltende Honorarverteilungsmaßstab dies vorschreibt. Die bisher vorliegende Begründung überzeugt jedoch nicht.

Die Argumentation, dass nur der ärztliche Leiter die Abrechnungssammelerklärung unterzeichnen könne, da er über die medizinische Fachkompetenz verfüge, um beurteilen zu können, ob die von den einzelnen Ärzten angegebenen Behandlungsvorgänge Grundlage für eine korrekte Quartalsabrechnung seien können, geht bereits deshalb fehl, weil in § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V nur ein ärztlicher Leiter vorgesehen und je nach Bezirk auch nur einer möglich ist. In der Folge muss ein ärztlicher Leiter mitunter auch Sammelerklärungen unterzeichnen, deren Leistungsinhalte er nicht kennt und auch nicht überprüfen kann. Ohne Frage hat er zwar den größeren medizinischen Sachverstand als ein durchschnittlicher medizinischer Laie, ob er jedoch eine größere

Kenntnis von den Abrechnungsvoraussetzungen und Gebührensätzen des EBM gegenüber einem Geschäftsführer eines MVZ mit einer entsprechenden Schulung besitzt, kann bezweifelt werden. Es ist nicht verständlich, warum der Gesetzgeber oder nun zumindest das BSG keine Abgrenzung der Verantwortlichkeiten zwischen dem Rechtsträger des MVZ, insbesondere einer Träger-GmbH bzw. in persona deren Geschäftsführer, und dem ärztlichen Leiter vorgenommen hat. Eine derartige Unterscheidung besteht beispielsweise zwischen dem Strahlenschutzverantwortlichen nach § 69 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und dem Strahlenschutzbeauftragten nach § 70 StrlSchG, bei denen also die Organisation und die Verantwortlichkeit auf der einen Seite und die Fachkunde auf der anderen Seite geregelt ist. Weiterhin bliebe es dem Gesetzgeber unbenommen, eine solche klare Abgrenzung vorzunehmen.

Inwieweit die Pflicht zur Unterzeichnung der Sammelerklärung durch den ärztlichen Leiter keine Vertretungsregelung sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Die Unterzeichnung der Sammelerklärung hat im Praxisalltag durch Nichthonorierung der Leistungen die weitreichendsten Folgen für das MVZ, aber soll keine Vertretung des MVZ darstellen.

Ob durch die Verpflichtung zur Unterzeichnung der Sammelerklärung durch den ärztlichen Leiter ein noch verhältnismäßiger Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Recht des MVZ auf Honorierung seiner Leistungen vorliegt, dürfte insbesondere anhand der Maßstäbe von Art. 12 Abs. 1 S. 2 Grundgesetz (GG) und möglicherweise auch Art. 14 Abs. 1 S. 2 GG zu beurteilen sein. Auch das erscheint fernliegend. Der Hinweis auf eine Stellvertretung oder die mögliche Nachreichung binnen Jahresfrist im Bereich der KV Nordrhein ist nicht überzeugend, da eine Stellvertretung teilweise gar nicht zugelassen wird. Außerdem kann beispielsweise nach § 20 Abs. 1 S. 2 des Honorarverteilungsmaßstabes der KV Niedersachsen, bei Vorliegen eines besonderen, durch den Arzt nicht zu verantwortenden Grundes, auf Antrag eine Fristverlängerung längstens bis zum 15. des zweiten auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats gewährt werden, so dass dort die Frist also gerade einmal etwa sechs

Wochen beträgt und nicht ein Jahr, wie im Bereich der KV Nordrhein.

Das BSG hätte zumindest klarstellen können, dass es nicht ausgeschlossen ist, einen Stellvertreter für den ärztlichen Leiter zu bestellen.

Die formalrechtliche Pflicht zur Unterzeichnung der Sammelerklärung führt jedoch nicht dazu, dass der ärztliche Leiter für eine fehlerhafte Erklärung im Außenverhältnis gegenüber der KV haftet. Durch seine Unterschrift bestätigt der ärztliche Leiter allein, dass er die Verantwortung übernimmt, da er sie selbst erfüllt oder sich von der Erfüllung persönlich überzeugt hat – dies umfasst jedoch nicht, dass der ärztliche Leiter gegenüber der zuständigen KV für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Erklärung verantwortlich ist und für eine fehlerhafte Abrechnung persönlich haften oder in Regress genommen werden könnte. Außerdem trifft den ärztlichen Leiter nicht die Pflicht zur Sicherstellung der ordnungsgemäßen Abrechnung der in dem MVZ erbrachten vertragsärztlichen Leistungen, indem er zu überprüfen hätte, dass die Angaben auf den eingereichten Quartalsabrechnungen im Einzelfall zutreffend sind (vgl. BSG, Urteil vom 21.03.2012, Az.: B 6 KA 22/11 R):

„Für die organisatorischen Abläufe, insbesondere den Einsatz der Ärzte und für die Korrektheit der Abrechnung, ist das MVZ selbst verantwortlich [...]. Das MVZ ist gegenüber den Krankenkassen und der KÄV für Auswahl und Einsatz der Ärzte sowie für die Leistungsabrechnung selbst verantwortlich. Ihm obliegt die Überprüfung [... der] Korrektheit der Leistungsabrechnung und die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen und Verordnungen sowie auch die Abgabe einer wahrheitsgemäßen Abrechnungssammelklärung. Diese Verantwortung ist unteilbar und nicht delegierbar, sodass das MVZ gegenüber den Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung nicht auf ein eventuelles Fehlverhalten der dort tätigen Ärzte verweisen könnte. Der Verminderung der Verantwortung des einzelnen Arztes korrespondiert die volle Verantwortung des MVZ für die korrekte Organisation der Behandlung und für die Leistungsabrechnung. Mit diesen Zuständigkeiten ist der zentrale Verantwortungsbereich des MVZ beschrieben; die Verantwortung für die organisatorischen Abläufe

und für die Leistungsabrechnung kennzeichnen den Kern der Aufgaben des MVZ, sie stehen nicht wie beim Vertragsarzt neben der Aufgabe der Patientenbehandlung.“

Das MVZ wird daher durch Bestellung eines ärztlichen Leiters von seiner Verantwortung nicht befreit – die Verantwortung des MVZ als vertragsarztrechtliche Entität zur Abgabe einer wahrheitsgemäßen Abrechnungssammelklärung gegenüber der KV ist unteilbar und nicht auf einen ärztlichen Leiter delegierbar. Das MVZ, das im Falle etwaiger Regressforderungen der zuständigen KV zur Rückzahlung verpflichtet ist, ist für ein Fehlverhalten der angestellten Ärzte im Rahmen der Abrechnung allein verantwortlich und muss sich dieses zurechnen lassen. Honorarrückforderungsansprüche wegen fehlerhafter Abrechnung richten sich danach nicht gegen den ärztlichen Leiter, da auch die Honoraransprüche für die erbrachten ärztlichen Leistungen dem MVZ und nicht dem ärztlichen Leiter zustehen. Das Betriebsrisiko und die Organisationshöhe verbleiben bei der MVZ-Trägergesellschaft.

Allerdings könnten MVZ-Trägergesellschaften, angesichts der aktuellen BSG-Entscheidung versucht sein, die Verantwortung auf den ärztlichen Leiter zu verlagern. Eine Haftung des ärztlichen Leiters kann im Innenverhältnis gegenüber dem Arbeitgeber entstehen, wenn ihm schuldhaftes Sorgfaltpflichtverletzungen in seiner Funktion als ärztlicher Leiter nachgewiesen werden können, die auf der Verletzung der arbeitsvertraglich vereinbarten Aufgaben beruhen. Diese Haftung ist dabei regelmäßig durch arbeitsvertragliche Haftungsbeschränkungen begrenzt.

Etwaige Fehler in der Quartalsabrechnung dürften dann nicht zu einer Haftung des ärztlichen Leiters im Innenverhältnis gegenüber dem MVZ führen, wenn der ärztliche Leiter die Sammelbescheinigung ohne Kenntnis der Mängel unterschrieben hat. Hier ist zudem zu berücksichtigen, dass der ärztliche Leiter eine detaillierte Überprüfung der Quartalsabrechnung aufgrund des Umfangs der in mittleren und großen MVZ quartalsweise abgerechneten Positionen unzumutbar und unmöglich ist – insbesondere, da er daneben selbst in dem MVZ ärztlich tätig wird.

Das MVZ selbst hat daher über die Geschäftsführung insoweit für die ordnungsgemäße Abrechnung zu sorgen, die durch den ärztlichen Leiter lediglich zu unterzeichnen, jedoch inhaltlich nicht zu überprüfen ist. Diese Verpflichtung der MVZ-Trägergesellschaft und eine Freizeichnung von einer weitergehenden Haftung sollte sich der ärztliche Leiter aber bei Übernahme seiner Aufgabe arbeitsvertraglich zusichern lassen, damit über seinen Haftungsmaßstab im Innenverhältnis keine Unklarheiten bestehen.

VI. Fazit

Die beiden Entscheidungen des SG Marburg und des BSG belegen, dass es in Bezug auf die Organisation von MVZ nach wie vor an ausreichenden Regelungen und Vorgaben im SGB V und in der Ärzte-ZV mangelt. Dies gilt auch für die Position des ärztlichen Leiters in einem MVZ nach § 95 Abs. 1 S. 3 und 4 SGB V. Wünschenswert wären vollständige und aufeinander abgestimmte Regelungen des Gesetzgebers zum Verhältnis des MVZ zu dessen ärztlichen Leiter. Die fehlenden gesetzlichen Regelungen führen zu erheblichen Rechtsunsicherheiten für die Beteiligten und zu erheblichen wirtschaftlichen Risiken. Aber auch für die Zulassungs- und Berufungsausschüsse und nicht zuletzt für die Sozialgerichtsbarkeit ist die gegenwärtige Rechtslage von MVZ im SGB V hinderlich und unbefriedigend.

Prof. Dr. Peter Wigge
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Tilman Kirsch
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwälte Wigge
Großer Burstah 42
20 457 Hamburg
Telefon: (040) 3398 705–90
Telefax: (040) 3398 705–99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de