

NEWSLETTER MAI 2012

Inhaltsverzeichnis

Honorararztverträge zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern rechtssicher gestalten.....	2
Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis/eines MVZ	8
Bewertungsportale für Ärzte im Internet	10
Haftung ärztlicher Leitung für Pflichtverletzungen des MVZ.....	12

MESSNER DÖNNEBRINK MARCUS
RECHTSANWÄLTE PARTNERSCHAFTSGESELLSCHAFT
JEAN-PIERRE-JUNGELS-STR. 6, 55126 MAINZ
TEL.: 0 61 31 – 96 05 70 FAX: 0 61 31 – 9 60 57 62
INFO@MDM-MEDIZINRECHT.DE
WWW.MDM-MEDIZINRECHT.DE

REGISTERGERICHT KOBLENZ
REGISTER-Nr.: PR 20150

www.mdm-medizinrecht.de

Honorararztverträge zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern rechtssicher gestalten

Joachim Messner, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

Im Zusammenhang mit dem Abschluss von Honorararztverträgen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten muss im Einzelfall geprüft werden, ob und inwieweit überhaupt solche Honorararztverträge rechtlich in zulässiger Weise gestaltet werden können.



In der Regel stellen sich folgende Fragen:

1. Auf welchen Leistungsbereich bezieht sich der Honorararztvertrag? Denkbar sind stationäre Leistungen, prä-/poststationäre Leistungen, ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe.
2. Sind Besonderheiten und Sonderregelungen aus dem Berufsrecht, Sozialversicherungsrecht, Wettbewerbsrecht und Strafrecht insbesondere die Problematik „Zuweisung gegen Entgelt“ und Doppelabrechnung von Leistungen zu beachten?
3. Liegt ein sozialversicherungspflichtiges abhängiges Beschäftigungsverhältnis, also ein Angestelltenvertrag vor?

Nach dem heutigen Stand von Literatur und Rechtsprechung ist bei dem Abschluss von Honorararztverträgen mit Krankenhäusern sehr sorgfältig danach zu differenzieren, wer Vertragspartner des Honorararztvertrages ist. Handelt es sich um Honorararztverträge mit am Krankenhaus tätigen Belegärzten (s.g. Belegarztverträge), dürften solche Verträge im stationären oder ambulanten Bereich unproblematisch sein.

Die honorarärztliche Tätigkeit im stationären Bereich birgt jedoch erhebliche sozialversicherungsrechtliche, wettbewerbsrechtliche und berufsrechtliche, nach Einzelfall auch strafrechtliche, Risiken in sich. Die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern ist zwar sinnvoll, ausbaufähig und vom Gesetzgeber gewünscht, im Einzelfall mangelt es jedoch an ausreichenden gesetzlichen Grundlagen, die einen Spielraum zu einem wirksamen Abschluss von Honorararztverträgen bieten. Honorararztverträge sind deshalb in

www.mdm-medizinrecht.de

mehrfacher Hinsicht mit erheblichen rechtlichen Unsicherheiten verknüpft. Vor diesem Hintergrund müssen solche Verträge sorgfältig konzipiert werden, weil eben die rechtlichen Rahmenbedingungen unsicher sind. Die größere Rechtssicherheit bieten in jedem Fall Anstellungsverträge im stationären aber auch im ambulanten Bereich.

I. Vor- und nachstationäre Leistungen § 115 a SGB V

Einfach und am problemlosesten sind die vor- und nachstationären Behandlungsleistungen im Krankenhaus, die nach der Neufassung des § 115 a SGB V das Krankenhaus durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen lassen darf. Zwar können bei der Umsetzung der gesetzlichen Regelung auch Schnittmengenprobleme auftauchen, weil beispielsweise der Ort der Leistungserbringung sowohl am Krankenhaus als auch in der Arztpraxis des beauftragten Arztes vorgesehen ist. Da jedoch vor- und nachstationäre Leistungen originäre Krankenhausleistungen und damit Leistungen aus dem stationären Versorgungssektor sind, handelt es sich im Außenverhältnis in jedem Fall um Leistungen des Krankenhauses, was aus Sicht des sehr formalen Krankenhausbegriffs zu Problemen führen kann. Es stellt sich die Frage, ob die Arztpraxis dann als Betriebsstätte des Krankenhauses anzusehen ist. Zusätzlich sind auch haftungsrechtliche Probleme zu lösen, die zumindest in einer Informationsverpflichtung der Vertragspartner sowohl der Vertragsärzte als auch des Krankenhauses gegenüber ihrer jeweiligen Haftpflichtversicherung bestehen.

II. Stationäre Leistungen

Im stationären Bereich können beauftragte Ärzte grundsätzlich auch Krankenhausleistungen als „Dritte“ im Sinne von § 2 Abs. 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz erbringen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG-Urteil vom 23.03.2011, Az.: B 6 KA 11/10 R) können sich solche Leistungen Dritter nicht auf Hauptleistungen beziehen, sondern nur auf Nebenleistungen. Erfasst werden somit klassische konsiliarärztliche Tätigkeiten. Obwohl sich die Entscheidung des Bundessozialgerichts nur auf den Bereich der ambulanten Operationen bezieht, wird in der Urteilsbegründung auch auf die stationäre Leistungserbringung eingegangen. Auch die Entscheidung des LSG Sachsen, (Urteil vom 30.04.2008, Az.: L 1 KR 103/07), stellt klar, dass Leistungen eines nicht beim Krankenhausträger beschäftigten Arztes **keine** Krankenhausleistungen im Sinne von § 2

www.mdm-medizinrecht.de

Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz sind, weshalb ein Vergütungsanspruch der Klinik gegenüber den Kostenträgern nicht besteht.

Leistungen „Dritter“ im Sinne von § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz sind also nach Ansicht dieser Gerichte nur Leistungen, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus selbst zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktionen haben. Nach Ansicht des Bundessozialgerichtes ist es nicht zulässig, dass die Verantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig beim Dritten und nicht beim Krankenhaus liegt.

Eine andere Ansicht vertritt das Verwaltungsgericht Frankfurt (Urteil vom 09.02.2010, Az.: 5 K 1985/98.F – rechtskräftig -), das der Auffassung ist, dass es einem Belegkrankenhaus möglich sein muss, seine sich aus dem Versorgungsauftrag gegebene Leistungsfähigkeit durch die Hinzuziehung niedergelassener Ärzte aufgrund von Kooperationsverträgen zu optimieren.

Nach Ansicht des Verwaltungsgerichts Frankfurt können ärztliche Leistungen, die von einem niedergelassenen Arzt erbracht werden, in das Leistungsangebot des Krankenhauses integriert werden, ohne dass hierdurch die Gesamtverantwortung auf einen Dritten verlagert wird. Das Verwaltungsgericht begründet dies mit dem Wortlaut des § 2 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz.

Dieser Ansicht hat sich auch das Verwaltungsgericht Hannover in insgesamt vier Entscheidungen angeschlossen die sämtlich am 22.07.2010 ergangen sind. Sämtliche Entscheidungen des Verwaltungsgerichts Hannover sind jedoch noch nicht rechtskräftig (Az.: 7 A 3146/08, 7 A 3161/08, 7 A 1629/09, 7 A 1052/09).

Die Rechtsprechung ist also nicht eindeutig. Auch wenn das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung zu den ambulanten Operationen im Krankenhaus den Einsatz von Honorarärzten als rechtswidrig und nicht im Einklang mit dem AOP-Vertrag befindlich angesehen hat, gibt es anderslautende Entscheidungen auch zur Honorararztstätigkeit im stationären Bereich. Die Abrechenbarkeit stationärer Leistungen bei Einsatz von Honorarärzten ist (leider) noch nicht höchstrichterlich geklärt. Die Tendenz in der Literatur und Rechtsprechung geht jedoch dahin, diese Tätigkeit der Honorarärzte sowohl im ambulant operativen und stationären Bereich für rechtlich unzulässig anzusehen.

www.mdm-medizinrecht.de

Vor diesem Hintergrund ist generell vor dem Abschluss von Honorararztverträgen Vorsicht geboten!

Es drohen nicht nur generell der Verlust von Vergütungsansprüchen und die damit einhergehenden persönlichen Haftungsrisiken des Honorararztes, sondern auch Risiken aus dem Wettbewerbsrecht mit den entsprechenden wettbewerbsrechtlichen Ansprüchen nicht nur auf Unterlassung, sondern auch auf Schadenersatz.

Nachfolgend eine Zusammenstellung der Entscheidungen:

- BSG, Urteil vom 23.03.2011, Az.: B 6 KA 11/10 R,
(ambulante Operation durch Honorararzt im Krankenhaus unzulässig)
- SG Dortmund, Urteil vom 09.09.2009, Az.: S 9 KA 105/06,
- SG Fulda, Urteil vom 19.01.2010, Az.: S 4 KR 495/06,
(Kooperation grundsätzlich zulässig)
z.Zt. in Berufung beim LSG Hessen, Az.: L1 KR 77/10,
- SG Kassel, Urteil vom 24.11.2010, Az.: S 12 KR 166/10,
(Kooperation im ambulanten und stationären operativen Bereich unzulässig),
z.Zt. in Berufung bei LSG Darmstadt, Az.: L 1 KR 3/11,
- VG Frankfurt/M., Urteil vom 09.02.2010, Az.: 5 K 1985/08.F,
- VG Hannover, Urteil vom 22.07.2010, Az.: 7 A 3146/08,
(Kooperation grundsätzlich zulässig),
- LSG Chemnitz, Urteil vom 30.04.2008, Az.: L 1 KR 103/07,
(ambulante Operation eines Honorararztes in einer Klinik unzulässig).

Die Folge von rechtlich unzulässigen Honorararztverträgen ist in der Regel, dass das Krankenhaus gegenüber den Kostenträgern keinen Vergütungsanspruch hat. In den Honorararztverträgen sind oft Regelungen vorgesehen die dann auch einen Vergütungsanspruch des Honorararztes entfallen lassen. Das Krankenhaus hat dann die Möglichkeit, Honorare, die an die Honorarärzte bezahlt wurden, von diesen zurückzufordern, wenn die Krankenkassen ihrerseits die Leistungen des Krankenhauses nicht bezahlen müssen.

www.mdm-medizinrecht.de

III. Abgrenzung selbstständige Tätigkeit Honorararztvertrag – Beschäftigungsverhältnis Angestelltenvertrag

In sehr vielen Fällen haben die Deutsche Rentenversicherung und auch die Sozialgerichte solche als „freie Mitarbeiterverträge“ oder „Honorararztverträge“ gekennzeichneten Vertragsverhältnisse als sozialversicherungspflichtige Angestelltenverhältnisse eingestuft.

Dabei war es ohne Belang, wie ein entsprechender Vertrag formuliert wurde oder als Honorararztvertrag bzw. freier Mitarbeitervertrag, bzw. Konsiliararztvertrag bezeichnet wurde.

Entscheidend für die Abgrenzung war vielmehr die tatsächliche Durchführung des Vertragsverhältnisses. Hierbei spielen Abgrenzungskriterien wie Weisungsgebundenheit, Eingliederung in den Klinikbetrieb (zeitlich und örtlich fehlendes wirtschaftliches Risiko, Vergütung auch für Zeiten, in den keine Patienten behandelt werden) eine Rolle.

Wird festgestellt, dass ein freies Dienstverhältnis eigentlich ein faktisches Angestelltenverhältnis und abhängiges Beschäftigungsverhältnis ist, sind vom Arbeitgeber, in der Regel den Krankenhäusern, Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten. Das Krankenhaus schuldet für die Vergangenheit, für die ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis festgestellt wurde, die Sozialversicherungsbeiträge einschließlich der Arbeitnehmeranteile (§ 28 e Abs. 1 SGB IV).

Die rückwirkende Haftung der Klinik erstreckt sich in solchen Fällen auf einen Zeitraum von bis zu vier Jahren; bei Vorsatz maximal 30 Jahre einschließlich des Jahres der Statusfeststellung (§ 25 Abs. 1 S. 1 SGB IV). Der Rückgriff der Klinik beim Arzt bzgl. der Arbeitnehmeranteile ist bis auf einen kleinen Teil ausgeschlossen. Die Kosten für den nachträglich als abhängig beschäftigten eingestuften Honorararzt können sich um bis zu 40% erhöhen.

IV. Antragsverfahren zur Statuserklärung (§ 7 a Abs. 1 SGB IV)

Ein solches Verfahren dient der Feststellung, ob eine Tätigkeit tatsächlich in echter Selbstständigkeit erfolgt oder ob ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis vorliegt.

www.mdm-medizinrecht.de

Dieses Verfahren bietet die Möglichkeit, Haftungsrisiken für beide Vertragspartner zu reduzieren und kostspielige Nachforderungen -insbesondere für den Arbeitgeber- zu vermeiden.

Bei einem negativen Ergebnis des Antragsverfahrens entsteht die Versicherungspflicht frühestens mit der Bekanntgabe, wobei keine rückwirkende Zahlungsverpflichtung besteht. Das Statusfeststellungsverfahren beansprucht regelmäßig einen Zeitraum von wenigstens drei Monaten und ist spätestens einen Monat nach Aufnahme der Tätigkeit durch eine entsprechende Anfrage bei der Deutschen Rentenversicherung einzuleiten.

Vertretung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis/eines MVZ

Maria-Stephanie Dönnebrink, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht



Am 14.12.2011 hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass sich Ärzte innerhalb einer Gemeinschaftspraxis vertreten dürfen, ohne dass die Anzeige- und Genehmigungspflichten der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zu beachten sind. Abgerechnet werden dürfen die Vertreterleistungen innerhalb einer Gemeinschaftspraxis jedoch nur dann, wenn der vertretende Arzt über dieselben Qualifikationsvoraussetzungen verfügt, wie der vertretene Arzt und denselben Versorgungsbereich gewählt hat.

Nach Auffassung des BSG tritt eine Gemeinschaftspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wie ein Einzelarzt als eine einheitliche Rechtspersönlichkeit gegenüber. Die für Vertragsärzte geltenden Vertretungsregelungen des § 32 Ärzte-ZV beziehen sich auf die Praxis als Gesamtheit und nicht auf den einzelnen Arzt, der ihr angehört. Einer Vertretung bedarf es in einer Gemeinschaftspraxis daher nur, wenn der Ausfall eines Partners nicht durch die weiterhin tätigen anderen Partner aufgefangen werden kann und deshalb ein externer Arzt herangezogen werden muss.

Diese Regelungen sind auf medizinische Versorgungszentren (MVZ) entsprechend anwendbar. Denn auch ein MVZ tritt gegenüber der KV wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit auf. Einer Vertretung bedarf es in einem MVZ daher ebenfalls nur, wenn der Ausfall eines im MVZ tätigen Arztes nicht durch die anderen im MVZ tätigen Ärzte aufgefangen werden kann und deshalb ein externer Arzt als Vertreter herangezogen werden muss.

Wird die „Vertretung“ praxisintern übernommen, gelten nach der Rechtsprechung des BSG jedoch strengere Regelungen als bei der Bestellung eines externen Vertreters. Denn die anderen in der Gemeinschaftspraxis tätigen Partner bzw. im MVZ tätigen Ärzte sind an ihren eigenen Zulassungsstatus gebunden. Nur soweit sich dieser mit dem Zulassungsstatus des vertretenen Arztes deckt und die gleichen Qualifikationsvoraussetzungen in Bezug auf die Erbringung einzelner Leistungen vorliegen, sind die durch die anderen Partner der

www.mdm-medizinrecht.de

Gemeinschaftspraxis bzw. durch die anderen Ärzte des MVZ erbrachten Leistungen auch gegenüber der KV abrechenbar. Besteht also eine Gemeinschaftspraxis aus einem hausärztlich tätigen Internisten und einem fachärztlich tätigen Internisten, darf der hausärztlich tätige Internist seinen Partner nur in den Leistungsbereichen vertreten, die er selbst als Hausarzt auch erbringen und abrechnen darf. Sind bestimmte Leistungen nur im fachärztlichen Versorgungsbereich abrechenbar, darf der hausärztlich tätige Internist sie auch als Vertreter seines abwesenden Praxispartners nicht erbringen und gegenüber der KV abrechnen. Es spielt dabei keine Rolle, ob er die entsprechende Qualifikation aufgrund seiner Ausbildung eigentlich hätte oder nicht.

Anders ist dies bei der Bestellung eines externen Arztes als Vertreter. Hier kann auch ein Arzt als Vertreter bestellt werden, der überhaupt nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, aber die Voraussetzungen zur Eintragung in das Arztregister erfüllt. Er muss also die Approbation als Arzt besitzen sowie den erfolgreichen Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung nachweisen. Der Vertreter darf jedoch keinem beliebigen Fachgebiet angehören, sondern muss derselben oder zumindest einer unmittelbar verwandten Gebietsgruppe angehören, wie der vertretene Arzt.

Ein nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Internist darf daher sowohl einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten als auch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten vertreten. Dagegen darf ein Internist, der bereits zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung als Vertragsarzt zugelassen ist, Vertretungsleistungen nur in dem Bereich erbringen, auf den sich sein eigener Zulassungsstatus erstreckt. Hierin hat das BSG keinen Gleichheitsverstoß gesehen. Denn der vertragsärztliche Status im Sinne einer Vielzahl von Berechtigungen und Verpflichtungen unterscheidet den zugelassenen vom nichtzugelassenen Arzt so grundlegend, dass unterschiedliche rechtliche Vorgaben für die Ausübung der ähnlichen Tätigkeit grundsätzlich „ungleiche Sachverhalte“ betreffen, die nicht gleich zu behandeln sind.

Quelle: *Bundessozialgericht, Urteil vom 14.12.2011, Az.: B 6 KA 31/10 R*

www.mdm-medizinrecht.de

Bewertungsportale für Ärzte im Internet

Stefanie Raab, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht

Es besteht kein Anspruch eines Arztes auf Löschung der vorhandenen Daten (Kontaktdaten, berufliche Tätigkeit, Bewertungsmöglichkeit und erfolgte Bewertungen) des Arztes sowie auf Unterlassung der Veröffentlichung der entsprechenden Daten.



Die Klägerin begehrte die Löschung der über sie vorhandenen Daten von der Betreiberin des Internetportals www....de zum Auffinden und Bewerten von niedergelassenen Ärzten.

Die Datenerhebung richtet sich in diesen Fällen nach § 29 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), da die Beklagte die Daten über Ärzte nur deshalb speichert, um sie der interessierten Allgemeinheit zur Information und zum Meinungsaustausch zur Verfügung zu stellen. Damit stellen die Daten eine Ware dar und sind damit selbst Gegenstand der Dienstleistung der Beklagten. Auch die damit verbundenen Werbungen sind nicht schädlich.

Soweit es um den Namen, die Adresse und den Tätigkeitsbereich der Klägerin geht, sind diese Daten bereits in allgemein zugänglichen Quellen vorhanden, sodass ihr Erheben, Speichern, Verändern oder Nutzen grundsätzlich zulässig ist.

Die Datenverarbeitung ist grundsätzlich zulässig, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass die Klägerin als Betroffene ein schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Erhebung, Speicherung oder Veränderung der Daten hat. Hierbei muss eine Abwägung zwischen dem Schutz des Rechtes der Klägerin auf informationelle Selbstbestimmung und dem Recht der Kommunikationsfreiheit vorgenommen werden. Die Klägerin hat nach dieser Abwägung kein schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Datenverarbeitung. Die Klägerin arbeitet als niedergelassene Ärztin und hat sich insbesondere vor dem Hintergrund des Rechts auf freie Arztwahl dem auch zwischen den Ärzten bestehenden Wettbewerb zu stellen und muss sich daher auch Wettbewerbsmöglichkeiten in öffentlich zugänglichen Quellen stellen. Die Datenerhebung ist auch deshalb nicht unzulässig, weil die Bewertungen

www.mdm-medizinrecht.de

anonym erfolgen und der Klägerin damit die Möglichkeit der Auseinandersetzung genommen wird. Zum einen erfolgt die Bewertung nicht total anonym, da sich die Bewerter über die eigene e-mail-adresse registrieren müssen. Zum anderen hat der BGH in seiner „spickmich“ Entscheidung ohne Beschränkung auf den schulischen Bereich dargelegt, dass die Verpflichtung, sich namentlich zu einer bestimmten Meinung zu bekennen, die Gefahr begründet, dass der Einzelne aus Furcht vor Repressalien oder sonstigen negativen Auswirkungen eine Art Selbstzensur vornimmt und davon absieht, seine Meinung zu äußern. Dies sei mit dem Grundrecht auf freie Meinungsäußerung nicht vereinbar. Außerdem hat die Beklagte mehrere Sicherungssysteme eingebaut, wie, dass unangemessene oder falsche Bewertungen nicht akzeptiert würden bzw. dass der Arzt ein Widerspruchsrecht habe. Hinsichtlich der möglichen Gefahr der standeswidrigen, schönrednerischen (Eigen-) Werbung durch Kollegen sei die Klägerin nicht unmittelbar in ihren Rechten betroffen. Außerdem kann sich die Klägerin auch nicht darauf berufen, dass die Bewertungen mangels Objektivität und Kompetenz der Laien nicht werthaltig sei. Eine Meinungsäußerung ist immer durch eine subjektive Einschätzung des Äußerer geprägt. Zudem ist es dem Nutzer einer Bewertungsplattform grundsätzlich bewusst, dass die dort befindlichen Bewertungen keinen wissenschaftlichen Standard erfüllen, sondern allein die subjektiven Erfahrungen wiedergeben, die einzelne Betroffene mit den verschiedenen Ärzten gemacht haben.

Fazit: Das Urteil bestätigt die vorhergehende Rechtsprechung. Es wird allerdings zwischen den einzelnen Berufsgruppen, die es betrifft, kein Unterschied gemacht. Dies ist gerade in Bezug auf Ärzte, die eine Schweigepflicht haben und sich nicht mal wehren könnten, wenn sie wüssten, wer die Meinungsäußerungen getätigt hat, problematisch.

Quelle: Urteil des OLG Frankfurt vom 08.03.2012, Az. 16 U 125/11

Haftung ärztlicher Leitung für Pflichtverletzungen des MVZ

Milana Sönnichsen, Rechtsanwältin



Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist ab dem 01.01.2012 geregelt worden, dass ein ärztlicher Leiter in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein muss (§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Die Einbindung des ärztlichen Leiters in die Strukturen des MVZ soll nach der Vorstellung des Gesetzgebers die hinreichenden tatsächlichen Einwirkungsmöglichkeiten des ärztlichen Leiters im Betrieb sicherstellen.

Die besondere Pflichtenstellung des ärztlichen Leiters wirft die Frage seiner Haftung bei Pflichtverletzungen anderer, im MVZ tätiger angestellter Ärzte oder Vertragsärzte auf. Ein Fehlverhalten im vertragsärztlich relevanten Bereich kann disziplinarisch gegenüber den im MVZ tätigen Vertragsärzten oder angestellten Ärzten geahndet werden, die nach § 77 Abs. 3, 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V Mitglied der für den Vertragsarztsitz des MVZ zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) werden, soweit sie einen vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag wahrnehmen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seinem Urteil vom 14.12.2011 die darüber hinausgehende Haftung des MVZ mit der Feststellung bejaht, dass sofern ein personenbezogener Durchgriff gegen den pflichtverletzenden Vertragsarzt nicht möglich ist, das Fehlverhalten auch dem MVZ als solchem zugerechnet werden kann.

In dem oben zitierten Urteil stellte das BSG fest, dass den ärztlichen Leiter - im Gegensatz zu einem Chefarzt im Krankenhaus - zwar keine fachliche Verantwortung für jede einzelne Behandlungsmaßnahme im MVZ trifft, wohl aber ist er für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und Einhaltung vertragsärztlicher Vorgaben verantwortlich und im Rahmen dieser Gesamtverantwortung gegenüber der KÄV haftbar.

Die Entscheidung des BSG verdeutlicht die besondere Pflichtenstellung des ärztlichen Leiters, der den ordnungsgemäßen Ablauf der vertragsärztlichen Versorgung im MVZ zu gewährleisten hat.

www.mdm-medizinrecht.de

Quelle: BSG 6. Senat, Urteil vom 14.12.2011, Az: B 6 KA 33/10 R