



Die Verantwortung der Ärztlichen Leitung im MVZ

Eine praktische und politische Herausforderung

Von Susanne Müller

Als Pflichtelement der inneren Organisation von MVZ spielt die Ärztliche Leitung (ÄL) in diesen eine tragende Rolle. Dabei war es von Beginn an ein Handicap, dass § 95 SGB V zwar ihr Vorhandensein vorgibt, dass weitere Ausführungen zur ärztlichen Leitungsfunktion aber fehlen und so je MVZ individuelle Ausprägungen gefunden werden müssen. Im aktuellen politischen Diskurs führt dieser Fakt häufig zu der Annahme, der ÄL käme im Organisationsgefüge von MVZ eine untergeordnete, wenn nicht gar unterdrückte Rolle zu. Und dass vor allem nicht-ärztliche Träger ein Interesse an einer dysfunktionalen ÄL hätten, bzw. der ÄL allenfalls eine Alibifunktion zumessen würden. Die Realität ist jedoch eine völlig andere. Die normative Unbestimmtheit bezüglich der Verantwortung, die die ÄL im MVZ trägt, führt vor allem dazu, dass es oft schwer ist, überhaupt Ärztinnen und Ärzte zu finden, die diese zusätzliche Funktion übernehmen. Vorhandene ÄL haben damit a priori eine sehr starke, da schwer nachbesetzbare Rolle.

Keywords: MVZ, Recht, Führung

MVZ sind gemäß § 95 SGB V ärztlich geleitete Einrichtungen. Allerdings schwieg sich der Gesetzgeber bei Etablierung der MVZ darüber aus, welche Aufgaben und Verantwortung damit konkret verbunden sein sollen. In der Gesetzesbe-

gründung wurde vielmehr beschrieben, dass eine „unternehmerische Führung“ der MVZ gewollt sei, wobei sich diese „primär an medizinischen Vorgaben orientieren“ solle. Weitere Ausführungen zum Verantwortungsgeflecht aus kaufmännischer und ärztlicher Leitung fehlen und wurden auch in späteren Gesetzen nicht gemacht. Wer oder was die ÄL ist und tut, ist daher von Beginn an der Interpretation der betroffenen MVZ, der KVen sowie seitens der Juristen überlassen worden. Für viele MVZ war das zunächst Zeit keine Hürde, denn seitens der Ärztinnen und Ärzte gab es kaum Problembewusstsein. So kamen viele von ihnen mehr oder weniger nebenbei in das Amt einer ÄL.

Von Beginn an gibt es Abgrenzungsschwierigkeiten

Über die Jahre hat es aber doch immer wieder Streit und Rechtsprechung zu einzelnen Aspekten der ÄL-Funktion gegeben, wofür jedoch nicht MVZ-interne Konflikte, sondern in jedem Fall die KVen der Auslöser waren. Die Gerichte schufen zwar auch keine Eindeutigkeit, wie sich die Verantwortungssphären zwischen Ärzten und Nichtärzten im MVZ konkret vonei-

inander abgrenzen lassen. Es entstand aber doch so viel Klarheit, dass mit Übernahme dieser Funktion eine nennenswerte Verantwortung einhergeht, die Ärztinnen und Ärzte zunehmend zurückscheuen ließen, ein solches Amt im MVZ zu übernehmen. So erklärte das Bundessozialgericht im Dezember 2011: „Den ärztlichen Leiter [trifft] ... zwar keine fachliche Verantwortung für jede einzelne Behandlungsmaßnahme, wohl aber die Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der KV [... Dies] verdeutlicht ... die besondere Pflichtenstellung des ärztlichen Leiters, der den ordnungsgemäßen Ablauf der vertragsärztlichen Versorgung im MVZ zu gewährleisten hat.“ Was diese schwammige Ansage effektiv für den MVZ-Alltag bedeuten soll, erklärte das Gericht dabei im Übrigen nicht.

Allerdings stellte das BSG bereits ein halbes Jahr später im Kontext eines anderen Verfahrens unmissverständlich klar, für welche Bereiche die MVZ-Geschäftsführung zuständig ist – wodurch implizit auch ein Rahmen dessen, wofür die ÄL folglich nicht zuständig ist, geschaffen wurde. Das BSG führte hierbei aus, dass für Aus-

wahl und Einsatz der Ärzte sowie für die Leistungsabrechnung und die Organisation der Behandlungen und z.B. auch Vertretungsanzeigen das MVZ selbst – juristisch als das „MVZ als solches“ bezeichnet – zuständig sei. Da die Richter die Verantwortung für „die Korrektheit der Leistungsabrechnung und die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen und Verordnungen sowie auch die Abgabe einer wahrheitsgemäßen Abrechnungssammelerklärung (...) unteilbar und nicht delegierbar“ bei der MVZ-Geschäftsführung sahen, ergibt sich im Umkehrschluss, dass dafür die Ärztliche Leitung gerade nicht letztverantwortlich gemacht werden kann. Eine Ausnahme von dieser Regel ergibt sich freilich, wenn im Einzelfall die Ärztliche Leitung als Teil der Geschäftsführung ausgestaltet ist.

Komplementär zu dieser Zuordnung der Verantwortung ist die einhellige Rechtsmeinung, dass Adressat jedweder Regressforderungen, die sich seitens KV oder Kasse an einen MVZ-Arzt richten, stets die MVZ-Geschäftsführung ist. Oder, wie es das BSG ausdrückte: Mit „der Verminderung der Verantwortung des einzelnen Arztes korrespondiert die volle Verantwortung des MVZ für die korrekte Organisation der Behandlung und für die Leistungsabrechnung.“

KVen agieren in Widerspruch zum BSG

Genau dieser Punkt der höchstrichterlichen Rechtsprechung wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) praktisch jedoch völlig ignoriert, wodurch MVZ, die versuchen, die Pflichtenkreise der Führungsebenen funktional voneinander abzugrenzen, oft ins Schwimmen geraten. Denn fast alle KVen verlangen explizit die Unterschrift der Ärztlichen Leitung unter der Abrechnungssammelerklärung, mit der sich das MVZ je Quartal wortwörtlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Abrechnung verbürgt. Mit dieser Unterschrift garantiert eine ambulante Arztpraxis alle drei Monate, dass die inneren Abläufe des Praxisbetriebs jederzeit den komplexen Vorgaben der vertragsärztlichen Versorgung entsprachen. Insoweit ist es für spätere Auseinandersetzungen, wenn doch Fehler gefunden werden, alles andere als trivial, wer diese Unterschrift leistet. Der Zwang der KVen, die Unterschrift nicht vom rechtlich Verantwortlichen – also der BGB-Geschäftsführung – anzunehmen, sondern sie von der Ärztlichen Leitung zu verlangen, macht die eingangs aufgeworfene Frage, wie sich die Verantwortungssphären zwi-

schen Ärzten und Nichtärzten im MVZ konkret voneinander abgrenzen lassen, aus Praktikerversicht vollends unauflösbar. Nicht zu Unrecht stellen sich potenzielle ÄL vor diesem Hintergrund die Frage, wie sie dieser Verantwortung gerecht werden sollen. Eine Frage, die umso schwerer wiegt, seit das SG München im Januar 2021 die gegen eine ÄL verhängte Disziplinarstrafe bestätigte, weil diese jahrelang „offensichtlich rechtsmißbräuchliche“ Abrechnungspraktiken mit ihrer Unterschrift mitgetragen habe.

Diese Grundproblematik der sich widersprechenden Rechtskreise des Vertragsarzt- und des Gesellschaftsrechtes ist auch im täglichen MVZ-Betrieb für die meisten ÄL erlebbar, weil viele KVen MVZ-rechtliche Vorgänge grundsätzlich an die ÄL adressieren. Sie ignorieren also auch abseits der Abrechnungsthematik bewusst die Tatsache, dass Ansprechpartner für Fragen des Zulassungsrechts, der Sprechstundenorganisation oder auch der Bereitschaftsdienstverpflichtung die BGB-Vertretung des MVZ, also die Geschäftsführung und eben nicht die ÄL, ist. Viele (potenzielle) Ärztliche Leiter sind daher zu Recht verunsichert und/oder scheuen vor der Übernahme der unscharf definierten Position zurück.

Ärztliche Leiter zu finden ist schwierig

MVZ, die die ÄL-Funktion nach- oder neubesetzen müssen, befinden sich daher unausweichlich in einem Erklärungsnotstand gegenüber den Bewerbern, was dazu führt, dass Ärztinnen und Ärzte, die dann tatsächlich bereit sind, diese Funktion zu übernehmen, ob gewollt oder ungewollt, immer eine tragende Rolle spielen. Gleiches gilt für Bestands-ÄL, die folgerichtig in dieser Funktion höchst selbstbewusst auftreten können und dies regelmäßig auch tun. Schließlich gilt: Das ununterbrochene Vorhandensein der ÄL gilt als Betriebsvoraussetzung. Kündigt etwa eine ÄL, steht die MVZ-Geschäftsführung unter hohem Druck, die Position nahtlos nachzubersetzen. Ärztliche Leiter, die entsprechend des Bildes, das irritierend viele Gesundheitspolitiker von ihnen haben, praktisch wehrlos der kaufmännischen MVZ-Leitung gegenüberstehen, gibt es daher in der Realität so gut wie nicht.

Es ist daher wichtig, dass Funktionäre der ärztlichen Selbstverwaltung sowie die zuständigen Gesundheitspolitiker ihr Bild von der vermeintlichen Realität

AUF EINEN BLICK

BESTENS INFORMIERT



Verpassen Sie keine wichtigen Neuigkeiten mehr!

Der KU Gesundheitsmanagement Newsletter versorgt Sie mit News aus den folgenden Bereichen:

- Aktuelle Meldungen aus der Branche
- Krankenhausnachrichten
- Personalia
- Aktuelle Termine



Jetzt zum Newsletter anmelden unter ku-gesundheitsmanagement.de/newsletter

der ÄL-Funktion im MVZ korrigieren, bevor aus dieser fehlerhaften Annahme weitere insuffiziente Gesetzgebung resultiert. Im Besonderen muss die Politik auch die starke, rechtsfortbildende Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die ÄL-Funktion einbeziehen.

Hohes Maß an regionalen Vorgaben bei ÄL-Besetzung

Denn bezüglich der Ärztlichen MVZ-Leitung haben sich – trotz bundeseinheitlicher Vorgaben – KV-regionale Handhabungen durchgesetzt, wodurch bspw. eine ÄL in Bayern in vielen Punkten anderen Regelungen

die Forderung entwickelt, dass der Arzt die ÄL-Funktion nur übernehmen könne, wenn er im MVZ auch mindestens einen hälftigen Versorgungsauftrag selbst ausfüllt. Teils wird von der KV auch die vertragsärztliche Vollzeittätigkeit zur Voraussetzung erklärt. Begründet wird dies damit, dass nur voll vertragsärztlich in das MVZ-Geschehen eingebundene Ärzte die Möglichkeit hätten, ein verbindliches Korrektiv der Geschäftsführung zu sein. Allerdings ist gerade die kompetente Ausübung der ÄL-Funktion nicht mal eben nebenbei zu erledigen, sondern erfordert insbesondere in größeren MVZ eigenständige Stundenkontingente der

Unterschrift unter der Abrechnungssammelerklärung einer MVZ GmbH verlangen. Folglich besteht ein Flickenteppich aus gelebtem (nicht aber kodifiziertem) KV-Recht, in dem starke Regionalentwicklungen vorangetrieben werden.

Wenn in der aktuellen MVZ-Debatte immer wieder auch die Stärkung der ÄL im MVZ gefordert wird, geht dieser Ansatz folglich am Kern des Problems vorbei. Aufgrund der unbestreitbaren Bedeutung der ÄL für den MVZ-Betrieb ist es zunächst notwendig, im SGB V Regeln für die Benennung von Stellvertretern, mehreren ÄL und die Vertretung eines ÄL bei Abwesenheit zu schaffen sowie die KVen dazu anzuhalten, die sich überlappenden Rechtskreise des Vertragsarzt- wie des Gesellschaftsrechtes im Sinne der BSG-Rechtsprechung von 2012 als gleichberechtigt anzuerkennen. Andernfalls führt eine Gesetzgebung, die sich um die ÄL-Funktion dreht, weder zu einer Stärkung der ÄL-Stellung innerhalb des MVZ noch zu der von der Politik gewünschten Zurückdrängung vermeintlich übermächtiger kaufmännischer Einflüsse. Der Ruf nach bloßer Stärkung der ärztlichen Unabhängigkeit, die ohnehin für alle Mediziner wirkstark bereits verankert ist, schafft andernfalls lediglich Phantomlösungen für Phantomprobleme. Während die betroffenen MVZ-Akteure mit den tatsächlichen und praktischen Problemen rund um die Pflichtenkreise der Ärztlichen Leitung weiter allein gelassen werden. ■

„In Summe dieser Entwicklungen gibt es auch KV-rechtlich kaum Einheitlichkeit im Umgang mit der ÄL-Funktion, ebenso wie es andersherum auch einzelne KVen gibt, die nicht die ÄL-Unterschrift unter der Abrechnungssammelerklärung einer MVZ GmbH verlangen. Folglich besteht ein Flickenteppich aus gelebtem (nicht aber kodifiziertem) KV-Recht, in dem starke Regionalentwicklungen vorangetrieben werden.“

unterworfen ist, als eine hessische oder brandenburgische ÄL. Hintergrund ist auch hier die fehlende Detailregelung durch den Gesetzgeber. Es ist zugespitzt, aber dennoch nicht ganz verkehrt, an der Stelle zu sagen, dass jede KV macht, was sie will. Zu den unregulierten Aspekten gehören etwa, ob und inwieweit für die ÄL eine Stellvertretung benannt werden kann, oder ob innerhalb eines MVZ mehrere ÄL – etwa eine je Fachrichtung – benannt werden können. Parallel hat sich in einigen KV-Regionen

ÄL. Das SGB V schreibt folgerichtig auch lediglich die KV-Mitgliedschaft der ÄL als Bedingung vor, wozu es ausreichend ist, als „Viertelarzt“ vertragsärztlich tätig zu sein.

Forderung nach einheitlicher Auslegung

In Summe dieser Entwicklungen gibt es auch KV-rechtlich kaum Einheitlichkeit im Umgang mit der ÄL-Funktion, ebenso wie es andersherum auch einzelne KVen gibt, die nicht die ÄL-

Susanne Müller
Geschäftsführerin
Bundesverband MVZ e.V.
Schumannstr. 18
10117 Berlin
susanne.mueller@bmvz.de

(B)MVZ PRAKTIKERTAG

Am 22. September findet in Berlin ganztägig der Fachkongress für die ambulante kooperative Versorgung statt. „MVZ im Fokus: Vielfältig. Flexibel. Transparent.“ ist in diesem Jahr die Überschrift des Programmkompasses, der Aspekte von Wirtschaftlichkeit, Netzwerken, Organisation und Strategie miteinander verbindet.

Im Zentrum stehen zum einen Fragen der gegenwärtigen und künftigen politischen Rahmenbedingungen. Zum anderen geht es konkret um die Organisationsperspektive derjenigen, die in den MVZ tagtäglich den Versorgungsalltag verantworten, und um Antworten, wie der Praxisbetrieb gut (oder noch besser) gelingen kann.

Von Praktikern für Praktiker.

dbb forum berlin | 22.09.2023 | 17. BMVZ PRAKTIKERTAG
www.bmvz-kongress.de