

L 12 KA 69/14

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 1 KA 2/14
Datum
09.04.2014
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 69/14
Datum
27.01.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bestellung eines Arztes zum ärztlichen Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums.

I. Auf die Berufungen des Beklagten sowie der Beigeladenen zu 1) und 2) wird das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg insoweit aufgehoben, als der Bescheid des Zulassungsausschusses vom 12.07.2013 in der Gestalt des Bescheides des Beklagten vom 09.12.2013 aufgehoben wurde und festgestellt wurde, dass die Übertragung der ärztlichen Leitung des MVZ auf Prof. Dr. K. zulässig ist. Die Klage wird auch insoweit abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des gesamten Verfahrens einschließlich der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 1) und 2) im Berufungsverfahren.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Bestellung von Prof. Dr. K., Teamchefarzt Geburtshilfe an der Klinik H. A-Stadt, zum ärztlichen Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) der Klägerin streitig. Die Klägerin nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung mit MVZ-Sitz in A-Stadt teil. Die Prozessbevollmächtigten der Klägerin haben mit E-Mail vom 30.04.2013 dem Zulassungsausschuss für Ärzte Mittelfranken mitgeteilt, dass bei dem zum 01.01.2013 neugegründeten MVZ H. Änderungen bei der personellen Besetzung im Gebiet Gynäkologie und Geburtshilfe zum 01.07.2013 geplant seien. Die derzeit von Dr. R. besetzte Anstellungsgenehmigung Gynäkologie und Geburtshilfe solle ab 01.07. teilweise neu besetzt werden, und zwar zu 0,25 VK durch Prof. Dr. K. (Chefarzt Geburtshilfe der Klinik H. - neuer ärztlicher Direktor des MVZ) und zu 0,25 VK durch Dr. K. (Oberärztin Geburtshilfe in der Klinik H.). Dr. R. habe einer Reduzierung ihres Versorgungsauftrags auf 0,5 VK zugestimmt. Mit Schriftsatz vom 31.05.2013 haben die Prozessbevollmächtigten näher ausgeführt, dass nach [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in der Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes der ärztliche Leiter eines MVZ im MVZ tätig sein müsse. Ein Mindestumfang der Tätigkeit sei nicht verlangt, so dass auch mit einem Umfang von 0,25 VK angestellte Ärzte ärztliche Leiter des MVZ sein könnten. Es bestehe grundsätzlich eine disziplinarische Verantwortung des MVZ dahingehend, das sich sämtliche Pflichtverletzungen der bei ihm angestellten Ärzte zurechnen lassen müsse, und zwar auch dann, wenn kein unmittelbarer personenbezogener Durchgriff (gemeint sein könne hier nur die fehlende KV-Mitgliedschaft) möglich sei. Dem ärztlichen Leiter komme im disziplinarrechtlichen Sinne keine besondere Stellung zu. Der Zulassungsausschuss Ärzte Mittelfranken hat mit Beschluss vom 05.06.2013 (Bescheid vom 12.07.2013) auf den Antrag der Prozessbevollmächtigten, erstens die Anstellungsgenehmigungen im beantragten Umfang zu erteilen und dem Wechsel der ärztlichen Leitung von Frau Dr. R. auf Prof. Dr. K. zuzustimmen, hilfsweise die Anstellungsgenehmigungen im beantragten Umfang zu erteilen und einer gemeinsamen ärztlichen Leitung des MVZ durch Prof. Dr. K. und Dr. R. zuzustimmen, entschieden, dass das MVZ am Standort A-Straße 10, A-Stadt ab 01.07.2013 von Dr. R. und Prof. Dr. K. ärztlich geleitet werde (es wurde also lediglich dem ersten Hilfsantrag stattgegeben, der Hauptantrag wurde konkludent abgewiesen). Der Zulassungsausschuss stelle im Hinblick auf das BSG-Urteil vom 14.12.2011 - [B 6 KA 33/10 R](#) fest, dass die Arbeitszeit des ärztlichen Leiters eines MVZ mindestens 20 Wochenstunden umfassen müsse. Hier werde explizit darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit einer disziplinarischen Reaktion auf eine Pflichtverletzung im Verantwortungsbereich des ärztlichen Leiters nur bestehe, wenn der ärztliche Leiter Mitglied der KV sei. Mitglied der KV sei ein vertragsärztlich tätiger angestellter Arzt nur, wenn er mindestens halbtags beschäftigt sei ([§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)). Prof. Dr. K. sei ab 01.07.2013 mit einer Arbeitszeit von 10 Wochenstunden im MVZ tätig und somit als ärztlicher Leiter nicht geeignet. Unter der Voraussetzung, dass Dr. R. jedoch gemeinsam mit Dr. K. ab 01.07.2013 die ärztliche Leitung des MVZ übernehme, komme der Zulassungsausschuss dem Anliegen des MVZ entgegen und stelle fest, dass Dr. R. und Prof. Dr. K. ab 01.07.2013 gemeinsam die ärztliche Leitung des MVZ übernehmen. Hiergegen richtet sich der Widerspruch der Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 12.08.2013 insoweit, als der Zulassungsausschuss die Übernahme der alleinigen

ärztlichen Leitung durch Prof. Dr. K. abgelehnt hat. Es seien keine Gründe ersichtlich, die der alleinigen Übernahme der ärztlichen Leitung durch Prof. Dr. K. entgegenstehen würden.

Der Beklagte hat mit Beschluss vom 28.11.2013, Aktenzeichen (Bescheid vom 09.12.2013) den Widerspruch als unbegründet zurückgewiesen. Gemäß [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) müsse der ärztliche Leiter eines MVZ im MVZ tätig sein. Ein Mindestumfang der Tätigkeit des ärztlichen Leiters im MVZ sei im Gesetz nicht vorgesehen. Dennoch vertrete der Beklagte die Auffassung, dass es nicht möglich sei, dass ein mit 10 Stunden pro Woche angestellter Arzt wie vorliegend Prof. Dr. K. (alleiniger) ärztlicher Leiter eines MVZ sein könne. Nach Auffassung des Beklagten müsse der ärztliche Leiter eines MVZ KV-Mitglied sein. Gemäß [§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) sei Voraussetzung der Mitgliedschaft angestellter Ärzte in der für ihren Arztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung jedoch, dass sie mindestens halbtags beschäftigt seien. Das Erfordernis der KV-Mitgliedschaft ergebe sich aus der besonderen Funktion des ärztlichen Leiters, der sicherzustellen habe, dass die im MVZ tätigen ärztlichen Leistungserbringer in ihrer Tätigkeit keinen Weisungen von Nichtärzten unterworfen seien. Den ärztlichen Leiter treffe eine Gesamtverantwortung gegenüber der KVB, er habe eine besondere Pflichtenstellung, auf Grund derer er den ordnungsgemäßen Ablauf der vertragsärztlichen Versorgung im MVZ zu gewährleisten habe. Dies erfordere gleichzeitig die Möglichkeit der KV, den jeweiligen ärztlichen Leiter ihrerseits auch tatsächlich in Verantwortung nehmen zu können, also gegebenenfalls über disziplinarische Maßnahmen zur Wahrnehmung seiner Gesamtverantwortung anzuhalten. Würde beim ärztlichen Leiter auf den Mitgliedschaftsstatus verzichtet, wäre dies mit Blick auf den Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag der KVen nur schwer vereinbar und würde für den Bereich "niederschwelliger" Pflichtverletzungen durch Nicht-Mitglieder zu einem zu Gunsten des MVZ vollkommen "sanktionslosen Rechtsraum" führen.

Hiergegen richtet sich die Klage des Klägers vom 09.01.2014 zum Sozialgericht Nürnberg, die mit Schriftsatz vom 31.03.2014 näher begründet wurde. Zum Sachverhalt wird ergänzend mitgeteilt, dass die Prozessbevollmächtigten des Klägers mitgeteilt haben, dass Prof. Dr. K. bereit sei, sich der Disziplinalgewalt der KVB zu unterwerfen und der Beschluss unter einer entsprechenden Bedingung/Auflage ergehen könne. Der Kläger habe bereits unter dem 16.12.2013 einen entsprechenden Tatbestandsberichtigungs- bzw. ergänzungsantrag gestellt, über den bis heute nicht entschieden sei. Die Klägerin habe einen Anspruch auf die Feststellung, dass Prof. Dr. K. die alleinige ärztliche Leitung des MVZ H. übernehmen dürfe. Ein Mindestumfang der Tätigkeit sei nach [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) nicht verlangt, so dass auch mit einem Umfang von 0,25 VK angestellte Ärzte ärztliche Leiter des MVZ sein könnten. Selbst wenn es auf die Disziplinalgewalt der KVB maßgeblich ankäme, was nicht der Fall sei, habe der Beklagte rechtswidrig nicht berücksichtigt, dass ausdrücklich angeboten worden sei, dass sich Prof. Dr. K. der Disziplinalgewalt der Beklagten unterwerfe. Inzwischen liege dem Zulassungsausschuss Ärzte Mittelfranken auch eine entsprechende von Prof. Dr. K. und Dr. B. unterzeichnete Erklärung vor. Wie sich aus dem Wortlaut der Erklärung ergebe, unterwerfe sich damit auch Prof. Dr. K. für sich allein für die Dauer der ärztlichen Leitung der Disziplinalgewalt der KVB. Es sei angemerkt, dass es bei einem MVZ mit maximal 1,5 VK selbstverständlich möglich sei, dass ein ärztlicher Leiter mit 10 Stunden/ Woche seine Leitungsfunktion ordnungsgemäß erfüllen könne. Hierzu hat sich die Beigeladene zu 1) mit Schriftsatz vom 02.04.2014 geäußert. Dem Urteil des BSG (vom 14.12.2011, [B 6 KA 33/10 R](#)) sei nach verständiger Würdigung der Rechtslage sehr wohl zu entnehmen, dass der ärztliche Leiter mindestens für eine Halbtags­tätigkeit zugelassen oder angestellt sein müsse. Dabei sei "mindestens halbtagsbeschäftigt" im Sinne von arbeitsrechtlich halbtags zu verstehen, dass heiße als Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit, also derzeit 19,5 Wochenstunden. Nur dieser Mindestumfang führe zur Mitgliedschaft bei der Beigeladenen zu 1) und reiche somit auch für eine Tätigkeit als ärztlicher Leiter eines MVZ aus. Das BSG gehe wie selbstverständlich davon aus, dass "bei einer ärztlichen Tätigkeit im MVZ eine Pflichtverletzung des ärztlichen Leiters auch unmittelbar durch die KÄV sanktioniert werden könne. Ein nicht in der vertragsärztlichen Versorgung tätiger ärztlicher Leiter unterlege nicht der Disziplinalgewalt der KÄV". Die von Dr. K. abgegebene Erklärung, er würde sich der Disziplinalgewalt der KVB unterwerfen, vermöge dieses Defizit nicht zu ersetzen. Eine solche Unterwerfung unter die Disziplinalgewalt durch rechtsgeschäftlichen Einzelakt möge im Zivilrecht unter bestimmten Voraussetzungen möglich sein, sei der hoheitlichen Verwaltung aber fremd. Hierzu hat die Klägerin mit Schriftsatz vom 09.04.2014 nochmals vorgetragen, dass weder der Gesetzesbegründung zum Versorgungsstrukturgesetz noch dem Urteil des BSG vom 14.12.2011, [B 6 KA 33/10 R](#) sich entnehmen lasse, dass der ärztliche Leiter mindestens halbtags im MVZ tätig sein müsse.

Das Sozialgericht Nürnberg hat mit Urteil vom 09.04.2014 den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 12.07.2013 in der Gestalt des Bescheides des Beklagten vom 09.12.2013 aufgehoben und festgestellt, dass die Übertragung der ärztlichen Leitung des MVZ des Klägers auf Prof. Dr. K. zulässig sei. Dem eindeutigen Wortlaut des Gesetzes nach habe der Gesetzgeber keine Anforderungen an den Mindestumfang der Beschäftigung eines angestellten Arztes im MVZ vorgeschrieben und einen Querverweis auf [§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) bezüglich der Mitgliedschaft in der KV im Gesetz eingefügt. Es ergebe sich nicht aus der Gesetzesbegründung, wonach die Einfügung des Satzes 3 in [§ 95 Abs. 1 SGB V](#) deshalb erfolgt sei, weil nur ein ärztlicher Leiter, der in die Organisations- und Versorgungsstrukturen des MVZ eingebunden sei, tatsächliche Einwirkungsmöglichkeiten auf die dortigen Abläufe habe und sicherstellen könne, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen werden könnten ([BT-Drucksache 17/6906, S. 70](#)). Daraus, dass der Gesetzgeber nicht ausdrücklich geregelt habe, ob und wie die unterhalbschichtig angestellten Leiter von MVZ den an die Mitgliedschaft in der KV anknüpfenden vertragsärztlichen Vorschriften unterworfen wären, könne nicht der Schluss gezogen werden, dass als Leiter eines MVZ nur ein angestellter Arzt, der mindestens halbschichtig dort tätig sei, in Frage komme. Die ärztliche Leitung des MVZ sei auch nicht als persönliche Leitung der Arztpraxis im Sinne des § 1a Nr. 25 Bundesmantelvertrag Ärzte bzw. Bundesmanteltarifvertrag-Ärzte/ Ersatzkassen zu verstehen. Das Erfordernis der ärztlichen Leitung in [§ 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) stelle lediglich auf die Einrichtung als Ganzes ab und verlange allein eine ärztliche Steuerung der Organisation der gesamten Betriebsabläufe in fachlich-medizinischer Hinsicht. Entgegen der Auffassung des Beklagten stehe auch nicht der Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag der KV der Bestellung eines angestellten Arztes mit einem unterhältigem Beschäftigungsumfang zum ärztlichen Leiter eines MVZ entgegen. Das Fehlverhalten der im MVZ tätigen Ärzte stelle sich nämlich nicht ohne Weiteres als Fehlverhalten des ärztlichen Leiters dar, weil dieser mit der Leitungsfunktion nicht die Verantwortung für jede einzelne Behandlungsmaßnahme übernehme, die er, wenn sie nicht sein Fachgebiet betreffe, ohnehin nicht durch fachliche Weisungen beeinflussen könne. Auch das BSG habe in seinem Urteil vom 14.12.2011 ausgeführt, dass ein Fehlverhalten im vertragsärztlich relevanten Bereich disziplinarisch gegenüber den im MVZ tätigen Vertragsärzten oder angestellten Ärzten, die, soweit sie einen vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag wahrnehmen, nach [§ 77 Abs. 3 Satz 2](#), [§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) Mitglied der für den Vertragsarztsitz des MVZ zuständigen KV werden, geahndet würde. Wenn ein personenbezogener Durchgriff nicht möglich sei, werde jedoch ein Fehlverhalten dem MVZ als solchem zugerechnet, denn das MVZ als zugelassener Leistungserbringer müsse sich solche Pflichtverletzungen zurechnen lassen. Die Möglichkeit einer disziplinarischen Reaktion bei einer Pflichtverletzung im Verantwortungsbereich des ärztlichen Leiters eines MVZ bestehe nur dann, wenn er selbst Mitglied der KV sei. Das BSG habe darin jedoch keinen Hinderungsgrund für die Möglichkeit der Leitung eines MVZ durch einen nur unterhalbschichtig im MVZ angestellten Arzt gesehen, sondern lediglich darauf abgestellt, dass dieser selbst im MVZ tätig sein müsse.

Hiergegen richten sich die Berufungen der Beigeladenen zu 1) vom 12.05.2014, des Beklagten vom 14.05.2014 und der Beigeladenen zu 2) vom 20.05.2014. Der Beklagte hat seine Berufung mit Schriftsatz vom 25.06.2014 näher begründet. Aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 11.12.2013, [B 6 KA 39/12 R](#) ergebe sich, dass der ärztliche Leiter, der gemäß [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in dem MVZ tätig sein müsse und der die Verantwortung für die Steuerung der ärztlichen Betriebsabläufe habe, als Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung deren Satzungsgewalt unterworfen sein müsse. Daraus folge im Übrigen, dass der ärztliche Leiter wenigstens halbtags im MVZ beschäftigt sein müsse (ebenso Makoski/Krapohl, Gesundheitsrechts 2013, 705, 706). Die Beigeladene zu 1) und Berufungsklägerin hat die Berufung mit Schriftsatz vom 03.07.2014 näher begründet. Der durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011, [BGBl I 2983](#) zur Klarstellung eingefügte [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) verlange ausdrücklich, dass der ärztliche Leiter in dem MVZ tätig sein müsse. Da der ärztliche Leiter darüber hinaus die Verantwortung für die Steuerung der ärztlichen Betriebsabläufe habe, müsse er zugleich Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern sein. Nur so sei er ihrer Satzungsgewalt unterworfen. Daraus folge, dass der ärztliche Leiter wenigstens halbtags im MVZ beschäftigt sein müsse. Diese Auffassung werde durch das zwischenzeitlich veröffentlichte Urteil des BSG vom 11.12.2013 ([B 6 KA 39/12 R](#)) bestätigt. Weiter ließen sich für den durchaus denkbaren Fall, dass sämtliche im MVZ tätigen Ärzte mit weniger als 20 Wochenstunden beschäftigt seien, "niederschwellige" Pflichtverletzungen nur dann disziplinarisch ahnden, wenn zumindest der ärztliche Leiter der Satzungsgewalt der KV unterliege. Denn in der geschilderten Konstellation bestünden ansonsten keine Möglichkeiten, auf das MVZ disziplinarisch einzuwirken. In einer solchen Konstellation bliebe bei Verletzung vertragsärztlicher Pflichten durch angestellte Ärzte lediglich die Möglichkeit, über den Zulassungsausschuss auf das MVZ sanktionierend einzuwirken. Dies erscheine aber insoweit problematisch, weil sich etwaige Sanktionsmöglichkeiten der Zulassungsinstanzen - abgesehen von der Ruhensanordnung - auf die Zulassungsentziehung bzw. den Widerruf einer Anstellungsgenehmigung beschränken. Die Beigeladene zu 2) und Berufungsklägerin hat die Berufung mit Schriftsatz vom 20.05.2014 näher begründet. Mit der Einführung der neuen Fassung des [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) im Rahmen des GKV-VStG sei die Intention des Gesetzgebers verbunden gewesen, dem Übergreifen von Kapitalinteressen bei der Gründung und beim Betreiben von MVZs entgegenzuwirken. Ein Instrument hierzu sei die Vorgabe, dass der ärztliche Leiter im MVZ als Angestellter oder als Vertragsarzt tätig sein müsse und in medizinischen Fragen keinen Weisungen unterliegen dürfe. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers sei der ärztliche Leiter in die Organisations- und Versorgungsstruktur des Medizinischen Versorgungszentrums eingebunden, habe dadurch tatsächliche Einwirkungsmöglichkeiten auf die Abläufe im MVZ und könne sicherstellen, dass ärztliche Entscheidungen unabhängig von sachfremden Erwägungen getroffen würden. Mit dieser Aufgabenzuweisung an den ärztlichen Leiter habe der Gesetzgeber diesem ein gewisses Spektrum an vertragsärztlichen Pflichten auferlegt, für deren Einhaltung dieser verantwortlich sei. Diese Verantwortung ergebe sich gerade nicht aus dem ärztlichen Berufsrecht, sondern aus [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), und damit aus dem Vertragsarztrecht. Wenn es sich bei den Aufgaben des ärztlichen Leiters aber um vertragsärztliche Pflichten handle, die versorgungsrelevant seien, dann müsse auch die zuständige KVB disziplinarisch auf den ärztlichen Leiter einwirken können. Weiteres Argument für eine Tätigkeit des ärztlichen Leiters von mehr als nur 10 Wochen Stunden sei, dass dieser mit abnehmendem Tätigkeitsumfang die ihm übertragenen Aufgaben auch immer weniger wahrnehmen könne.

Hierzu hat sich die Klägerin mit Schriftsatz vom 28.10.2014 geäußert. Es gehe allen drei Berufungsführern nicht um den vertragsärztlichen Tätigkeitsumfang des ärztlichen Leiters als solchen, sondern darum, dass der ärztliche Leiter eines MVZ der Disziplinargewalt der KVB unterworfen sein müsse. Keine der Berufungen befasse sich allerdings mit der Frage, ob die im Ergebnis ausdrücklich gewünschte Unterwerfung unter die Disziplinargewalt der KVB nicht auch anderweitig erreicht werden könne. Diesbezüglich sei nochmals darauf hinzuweisen, dass sich Prof. Dr. K. gegenüber der KVB für die Dauer seiner Bestellung zum ärztlichen Leiter des MVZ der Disziplinarhoheit der KVB unterworfen habe. Das behauptete generelle Erfordernis einer hälftigen Anstellung als Voraussetzung der Übernahme der ärztlichen Leitung finde im Gesetz keinen Anhaltspunkt. Nach dem Wortlaut des [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) müsse der ärztliche Leiter eines MVZ im MVZ vertragsärztlich tätig sein. Das Aufstellen einer weiteren Bedingung, nämlich der mindestens hälftigen Tätigkeit des avisierten ärztlichen Leiters im MVZ selbst, erfordere eine teleologische Reduktion des [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#). [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) sei entsprechend seines Wortlauts und in Übereinstimmung mit dem Willen des historischen Gesetzgebers dahin zu verstehen, dass der ärztliche Leiter im MVZ selbst ärztlich mit einem Status zur Behandlung gesetzlich Versicherter tätig sein müsse. Da sich Wortlaut und Wille des Gesetzgebers decken, lasse sich ein zusätzliches Erfordernis einer mindestens hälftigen Anstellung im Wege einer teleologischen Reduktion des Gesetzeswortlauts nicht herleiten. Diese Vorgabe unter den Beklagten beeinträchtigte die unternehmerische Gestaltungsfreiheit der Klägerin als Trägerin des MVZ. Als Eingriff in ihre Berufsausübungsfreiheit bedürfe dieser einer gesetzlichen Grundlage ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)), die fehle. Selbst wenn der ärztliche Leiter Mitglied der KVB wäre, bestünde kein lückenloser "Durchgriff" auf diesen selbst. Soweit die behandelnden Ärzte pflichtwidrig handeln, werde der ärztliche Leiter hierfür nicht in jedem Fall zur Verantwortung gezogen. Da das Gesetz einen unmittelbaren disziplinarrechtlichen Durchgriff auf den lediglich weniger als halbtags im MVZ tätigen Arzt selbst nicht vorsehe, sei der Pflichtverstoß dem MVZ als solchem zuzurechnen. Die unmittelbare Haftung des MVZ sei Folge der selbstgewählten Organisation. Unabhängig davon seien gegenüber einem MVZ wegen des Fehlverhaltens einzelner Ärzte neben dem Entzug der Zulassung weitere Sanktionsmöglichkeiten gegeben, etwa die Auflage, den betreffenden Arzt aus dem Arbeitsverhältnis zu entfernen, ebenso der Widerruf einer Anstellungsgenehmigung und als letztes Mittel die Entziehung der Zulassung. Es seien Fälle denkbar, in denen der Anstellungsträger alleiniger und unmittelbarer Adressat etwaiger Sanktionen sei. Das sei im Regelungsbereich des SGB V aber kein Einzelfall, wie die Regelung für ermächtigte Einrichtungen nach [§ 95 Abs. 4 SGB V](#) zeige. Auch die Entscheidung des BSG vom 11.12.2013, [B 6 KA 39/12 R](#) stehe einer ärztlichen Leiterstellung des Prof. Dr. K. nicht entgegen. In dem Fall habe keine Veranlassung bestanden, die Frage nach einer freiwilligen Unterwerfung eines Arztes unter die Satzungsgewalt der zuständigen KV aufzuwerfen. Selbst wenn man einen persönlichen disziplinarischen Durchgriff auf den jeweiligen Leiter eines MVZ für erforderlich halte, so sei dieses Erfordernis durch die Unterwerfungserklärung des Prof. Dr. K. erfüllt. Damit sei die Disziplinargewalt der KV gegenüber Prof. Dr. K. in seiner Tätigkeit als ärztlicher Leiter des MVZ der Klägerin nicht mitgliedschaftlich, sondern vielmehr aufgrund seines privatautonomen Unterwerfungsaktes legitimiert. Schließlich hätte die Beklagte einen entsprechenden feststellenden Verwaltungsakt verbunden mit der Auflage/Bedingung erlassen müssen, dass sich der von der Klägerin in Ausübung ihres grundrechtlich geschützten Organisationsrechts zum ärztlichen Leiter bestimmte Prof. Dr. K. der Satzungsgewalt unterwerfe. Ein solches Vorgehen finde sich insoweit auch bei Ermächtigungsbescheiden gegenüber Nichtmitgliedern der KV und sei jedenfalls gegenüber der Versagung der ärztlichen Leiterstellung für einen 10 Stunden wöchentlich tätigen Arzt das mildere, gleich geeignete Mittel. Die Beigeladene zu 2) hat hierzu vorgetragen, dass in einer freiwilligen Unterwerfung unter die Disziplinargewalt der KVB durch die Klägerin kein Lösungsweg gesehen werde. Die Ausübung von Disziplinargewalt gegenüber Ärzten und MVZ durch die KVB stelle die Ausübung von Hoheitsrechten dar. Dies könne nach rechtsstaatlichen Grundsätzen nur durch Gesetz angeordnet werden. Die Rechtsauffassung der Klägerin, sie könne sich freiwillig durch eine Willenserklärung oder durch ein Rechtsgeschäft der Disziplinargewalt der KVB unterwerfen, finde im Gesetz weder im SGB V noch im SGB X eine Grundlage und begegnet daher erheblichen rechtlichen Bedenken. Der Beklagte hat hierzu mit Schriftsatz vom 11.12.2014 vorgetragen, dass die Regelung des [§ 77 Abs. 3 SGB V](#) betreffend Mitgliedschaft in

der Kassenärztlichen Vereinigung abschließend sei und nach Auffassung des Beklagten nicht durch einseitige Willenserklärung erweitert werden könne. Die Beigeladene zu 1) hat mit Schriftsatz vom 12.12.2014 nochmals darauf hingewiesen, dass die Klägerin verkenne, dass sich aus den Entscheidungen vom 14.12.2011 und 11.12.2013 eindeutig ergebe, dass ein ärztlicher Leiter eines MVZ zumindest in einem solchen Umfang in dem jeweiligen MVZ beschäftigt sein müsse, dass die Beschäftigung zu einer Mitgliedschaft bei der Kassenärztlichen Vereinigung führe, in deren Bezirk das MVZ seinen Vertragsarztsitz habe. Das BSG habe seine Entscheidung, dass ein ärztlicher Leiter in einem MVZ vertragsärztlich tätig sein müsse, auch damit begründet, dass ein nicht in der vertragsärztlichen Versorgung tätiger ärztlicher Leiter nicht der Disziplinargewalt der KÄV unterliege. Zudem habe das BSG ausgeführt, dass die Möglichkeit einer disziplinarischen Reaktion auf eine Pflichtverletzung im Verantwortungsbereich des ärztlichen Leiters nur bestehe, wenn der ärztliche Leiter Mitglied der KÄV sei. Diese Rechtsgrundsätze seien vom BSG in seiner Entscheidung vom 11.12.2013 nochmals bestätigt worden. Hier stelle das BSG nochmals klar, dass der ärztliche Leiter wenigstens halbtags im MVZ beschäftigt sein müsse. Angesichts dieser klaren Ausführungen könne es dahingestellt bleiben, ob überhaupt die Möglichkeit bestehe, dass sich "Dritte" im Wege einer entsprechenden Erklärung der Disziplinargewalt einer Kassenärztlichen Vereinigung unterwerfen können. Hierzu hat sich nochmals die Klägerin mit Schriftsatz vom 12.02.2015 geäußert. Die Beklagte verkenne, dass Gegenstand der von Prof. Dr. K. abgegebenen Erklärung allein die Unterwerfung unter die Disziplinargewalt der KVB gewesen sei. Wenn dies der KVB nicht genüge, hätte sie einen entsprechenden Verwaltungsakt verbunden mit einer dahingehenden Auflage/Bedingung erlassen müssen.

Die Beigeladenen zu 1) und 2) stellen den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 09.04.2014 insoweit aufzuheben, als der Bescheid des Zulassungsausschusses vom 12.07.2013 in der Gestalt des Bescheides des Beklagten vom 09.12.2013 aufgehoben und festgestellt wurde, dass die Übertragung der ärztlichen Leitung des MVZ der Klägerin auf Prof. Dr. K. zulässig ist, und die Klage auch insoweit abzuweisen.

Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin stellt den Antrag,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten des Zulassungsausschusses bzw. des Beklagten sowie die Akte des Sozialgerichts Nürnberg [S 1 KA 2/14](#) und des Bayerischen Landessozialgerichts [L 12 KA 69/14](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen des Beklagten sowie der Beigeladenen zu 1) und 2) sind zulässig und auch begründet. Auf diese Berufungen hin ist das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 09.04.2014 insoweit aufzuheben, als der Bescheid des Zulassungsausschusses vom 12.07.2013 in der Gestalt des Bescheides des Beklagten vom 09.12.2013 aufgehoben und festgestellt wurde, dass die Übertragung der ärztlichen Leitung des MVZ des Klägers auf Prof. Dr. K. zulässig ist, und die Klage der Klägerin ist abzuweisen.

Der Bescheid des Beklagten vom 09.12.2013, mit dem der Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 12.07.2013 zurückgewiesen wurde, und damit die Entscheidung getroffen wurde, dass die Klägerin keinen Anspruch darauf hat, dass Prof. Dr. K., der bei der Klägerin mit 10 Stunden pro Woche angestellt ist, die alleinige ärztliche Leitung der Klägerin übernimmt, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Gemäß [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 ([BGBl I S. 2983](#)), in Kraft getreten zum 01.01.2012, muss der ärztliche Leiter in dem Medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein, er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Das Erfordernis einer wenigstens halbtägigen Beschäftigung des ärztlichen Leiters im MVZ ergibt sich zwar nicht direkt aus dem Wortlaut des [§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), aber aus Sinn und Zweck der Erfordernisse einer ärztlichen Leitung. Dem ärztlichen Leiter eines MVZ kommt eine besondere Pflichtenstellung hinsichtlich des ordnungsgemäßen Ablaufs der vertragsärztlichen Versorgung im MVZ zu. Er hat die Verantwortung für die ärztliche Steuerung der Betriebsabläufe und eine Gesamtverantwortung gegenüber der KÄV (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 14.12.2011, [B 6 KA 33/10 R](#) Rdnr. 18). Dieser Gesamtverantwortung gegenüber der KÄV entspricht es, dass zu den Anforderungen an den ärztlichen Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums auch gehört, dass etwaige Pflichtverletzungen des ärztlichen Leiters durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung disziplinarrechtlich verfolgt werden können. Dieser direkte disziplinarrechtliche Durchgriff auf den Leiter des MVZ ist auch deshalb notwendig, weil sich das MVZ zwar die Pflichtverletzungen der bei ihr tätigen und in die Behandlung der Versicherten einbezogenen Ärzte zurechnen lassen muss, das MVZ aber als solches mangels Mitgliedschaft bei der KVB nicht der Disziplinargewalt der KV unterliegt. Von daher besteht gegen das MVZ nur die Möglichkeit, die Zulassung ruhend zu stellen oder zu entziehen (vgl. hierzu Makoski/Krapohl, *Ärztlicher Leiter des MVZ*, *Gesundheitsrecht* 2013 S. 705, 710). Daneben ist zu beachten, dass die Leitungsbefugnis auch tatsächlich ausgeübt werden muss, das heißt der ärztliche Leiter muss zeitlich in der Lage sein, kurzfristig Entscheidungen zu treffen. Als Richtschnur ist hier auf die Vorgaben der Weiterbildungsordnung zu verweisen, wonach für die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis eine mindestens halbtägige Beschäftigung erforderlich ist (vgl. § 5 Abs. 3 Satz 2 MWBO), auch im Krankenhausrecht wird vertreten, dass ein leitender Abteilungsarzt mindestens eine halbe Stelle innehaben muss. Schließlich ist es für die Wahrung des fachübergreifenden Charakters des MVZ ebenfalls nötig, aber auch ausreichend, dass für jedes Fachgebiet jedenfalls eine halbe Arztstelle zur Verfügung steht (vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2011, [B 6 KA 232/11 R](#), Rdnr. 16). Aus alledem ergibt sich zusätzlich, neben der Notwendigkeit des Unterliegens des ärztlichen Leiters des MVZ unter die Satzungsgewalt der Beigeladenen zu 1), dass der ärztliche Leiter grundsätzlich eine halbe Stelle innehaben muss (vgl. zum Ganzen Makoski/Krapohl, a.a.O. S. 705, 706; ebenso Klöck, *Das Medizinische Versorgungszentrum im GKV-Versorgungsstrukturgesetz NZS 2013*, 368, 370, Gerlach in Krauskopf, *Kommentar zum SGB V § 95* Rdz. 23; Rehborn/Usege in *Gesundheitsrecht*, *Nomos Kommentar 2015 § 95* Rdnr. 81 und BSG, Urteil vom 11.12.2013, [B 6 KA 39/12 R](#) Rdnr. 25). Da sich die Notwendigkeit einer mindestens halbtägigen Beschäftigung des ärztlichen Leiters eines MVZ danach nicht nur aus dem Gesichtspunkt des Unterliegens des ärztlichen Leiters des MVZ unter die Disziplinargewalt der Beklagten ergibt, kommt es auf die von Klägerseite zuletzt in den Vordergrund gerückte Argumentation der Ersetzung der auf Mitgliedschaft beruhenden Unterwerfung unter die Satzungsgewalt der Beigeladenen zu 1) durch eine privatautonom erklärte Unterwerfungserklärung nicht entscheidungserheblich an. Im Übrigen ist die Frage, wer der Disziplinargewalt der Kassenärztlichen Vereinigung unterliegt, in den [§§ 81 Abs. 5 Satz 1, 77 Abs. 3](#) [§ 95 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) abschließend geregelt und kann nicht durch eine einseitige Willenserklärung eines Arztes ersetzt werden. Gerade aus der Bestimmung des [§ 95 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) ist abzuleiten, dass es für die Erstreckung der Disziplinargewalt auf Nichtmitglieder einer

gesetzlichen Grundlage bedarf. Hier werden der sonstige ermächtigte Arzt (vgl. § 31 ZV-Ä), der nicht etwa kraft persönlicher Ermächtigung ([§ 116 SGB V](#)) bereits Mitglied der Beklagten ist, und ermächtigte Institute der Disziplinargewalt der Beklagten unterworfen. Im Umkehrschluss zu [§ 95 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) ergibt sich aber, dass eine weitergehende Erstreckung der Disziplinargewalt auf Nichtmitglieder - etwa auf unterhalbschichtig in MVZ's angestellte Ärzte - der Beklagten nicht möglich ist. Vor diesem Hintergrund sind auch die Voraussetzungen gemäß [§ 32 SGB X](#) den Kläger auf dem Wege einer Nebenbestimmung zu dem beehrten Verwaltungsakt der Disziplinargewalt der Beklagten kraft dessen Erklärung zu unterwerfen, nicht gegeben.

Nach alledem war zu entscheiden wie geschehen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#), 3. Halbsatz SGG i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2016-06-02