



Kollektiver Systemausstieg Rechtliche Aspekte

Bereits zu Beginn der 1990er versuchten die Zahnärzte in Bayern aus dem kollektiven Vertragssystem auszusteigen. Als Reaktion darauf hat der Gesetzgeber mehrere Präventionsmaßnahmen gegen den kollektiven Systemausstieg verabschiedet. So wurden beispielsweise § 95b („kollektiver Verzicht auf die Zulassung“), § 72a („Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen“) im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes mit Wirkung zum 1. Januar 1993 in das SGB V neu eingefügt sowie der § 13 SGB V um einen Absatz 4 ergänzt.

§ 95b sowie § 72a SGB V bestehen seitdem unverändert fort. § 13 Abs. 4 wurde mit dem zweiten GKV-NOG aufgehoben. Es wurde statt dessen folgender Satz in § 13 Abs. 2 SGB V aufgenommen: „Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen“ (§ 13 Abs. 2 Satz 8 SGB V).

- **Definition des Kollektivverzichts**

Zentrale Norm, in der der Kollektivverzicht gesetzlich umschrieben ist, ist **§ 95b Abs. 1 SGB V**. Danach ist es mit den Pflichten eines Vertragsarztes nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf

die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten. Maßgebliche Voraussetzung für das Vorliegen eines Kollektivverzichts ist also, dass Vertragsärzte - im Gegensatz zu einem Individualverzicht – durch abgestimmtes Verhalten gemeinsam den Verzicht auf ihre Zulassung erklären.

Dabei kommt es für die Annahme eines Kollektivverzichts nicht darauf an, dass die Erklärungen gleichzeitig beim Zulassungsausschuss eingehen. Ein Kollektivverzicht kann auch vorliegen, wenn die Verzichtserklärungen zeitlich nachfolgend beim Zulassungsausschuss abgegeben werden.¹

- ***Abgrenzung: Wirksamwerden der Verzichtserklärung von der Wirksamkeit des Verzichts***

Die Verzichtserklärung wird mit Zugang beim Zulassungsausschuss wirksam. Da es sich bei der Verzichtserklärung um eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung handelt, ist der Vertragsarzt nach ihrem Eingang beim Zulassungsausschuss an sie gebunden. Er kann die Erklärung nachträglich nicht mehr widerrufen oder sich von ihr anderweitig lösen. Dies selbst dann nicht, wenn er sich über die Wirksamkeit der Erklärung nicht im Klaren war oder die Absichten, die mit der Verzichtserklärung verbunden wurden, sich nicht realisieren ließen.²

¹ So Hess in Kasseler Kommentar, § 72a Rdnr. 4., wonach Abs. 1 (des § 72a) keine zeitliche Bindung an die in einem Kalendervierteljahr abgegebenen Verzichtserklärungen enthalte. Aus § 95b Abs. 1 SGB V ergebe sich, dass die Erklärungen im Rahmen eines abgestimmten Verfahren oder Verhaltens erfolgt sein müssen. Dabei könne sich die **Abgabe der Erklärung über ein Quartal hinweg ziehen**, wobei sich auch Neuzulassungen mindernd auf den Anteil der auf ihre Zulassung verzichtenden Vertragsärzte auswirken können.

In diesem Zusammenhang wird angesichts der schwerwiegenden Konsequenzen, die mit der **Übertragung des Sicherstellungsauftrages** für den einzelnen Arzt verbunden sind, auch gefordert, dass die **Aufsichtsbehörde, die an einem Kollektivverzicht beteiligten Ärzte zu erfassen hat**. Diese Notwendigkeit wird insbesondere deshalb gesehen, weil im selben Zeitraum, in dem Verzichte i.S.v. § 95b Abs. 1 SGB V beim ZA eingehen auch rechtmäßige Einzelverzichte abgegeben werden können (Kasseler Kommentar, § 72a Rdnr. 4).

² Ausnahme: Nur unter den engen Voraussetzungen des Anfechtungstatbestandes ist ein Erklärungsirrtum möglich.

Von der Verzichtserklärung und ihrem Wirksamwerden ist das Wirksamwerden des Verzichts strikt zu unterscheiden. Gemäß § 28 Abs. 1 Ärzte-ZV wird der Verzicht auf die Zulassung mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Hat also ein Vertragsarzt seine Verzichtserklärung z.B. am 27.01. beim Zulassungsausschuss abgegeben, so endet seine Zulassung „erst“ mit Ablauf des 30.06. des selben Jahres. Bis zu diesem Zeitpunkt ist er - wie jeder andere zugelassene Arzt auch - weiterhin verpflichtet, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Zeitschienen

Im Ablauf des Systemausstiegs sind folgende Zeitabläufe zu unterscheiden:

Zeitraum bis zur Abgabe der Verzichtserklärung	Zeitraum von der Abgabe der Verzichtserklärung bis zum wirksamen Zulassungsverzicht	Zeitraum ab dem wirksamen Zulassungsverzicht
Meinungsbildungsphase / „Erpressungsphase“	BHÄV übergibt Verzichtserklärungen an ZA	Zum Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung beim ZA folgenden Kalendervierteljahres oder früher bei fristlosem Entzug der Zulassung
	= Wirksamwerden der Verzichtserklärung	= Wirksamwerden des Verzichts = Ende der Zulassung (§ 28 Abs. 1 Satz 1 Ä-ZV)
	<ul style="list-style-type: none"> • Vertragsarzt weiterhin zur Teilnahme an vertragsärztlicher Versorgung verpflichtet • Abrechnung weiter über KVB • Verwendung vertragsärztlicher Vordrucke 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertragsarzt ist aus dem System ausgeschieden • keine Abrechnung über KVB • Verwendung vertragsärztlicher Vordrucke ausgeschlossen • p.c.-Verordnungen ausgeschlossen

- **Konsequenzen des Systemausstiegs**

- ***Pflichtverstoß***

§ 95b SGB V beschreibt nicht nur die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Kollektivverzichts sondern stellt darüber hinaus in Abs. 1 klar, dass der **Zulassungsverzicht in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren** oder Verhalten mit den Pflichten eines Vertragsarztes nicht vereinbar ist und damit **per se eine Pflichtverletzung** des Vertragsarztes darstellt, die zumindest durch die KVB disziplinarisch zu ahnden ist. Diese Pflichtverletzung ist bereits mit der Abgabe der Verzichtserklärung beim Zulassungsausschuss gegeben.

Als mögliche Sanktionen kommen hierfür nach § 81 Abs. 5 SGB V neben der Verwarnung oder dem Verweis auch Geldbußen bis zu 10.000 Euro oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung in Betracht. Ggf. ist sogar von einer gröblichen Pflichtverletzung auszugehen, was gemäß § 95 Abs. 6 SGB V die Entziehung der Zulassung und damit einen längeren Ausschluss von der vertragsärztlichen Versorgung zur Folge hat.

Unabhängig von dem sich bereits aus der bloßen Abgabe einer „Kollektivverzichtserklärung“ ergebenden Pflichtenverstoß, verstößt der einzelne Vertragsarzt zusätzlich noch gegen vertragsärztliche Pflichten, wenn er sich bis zum Ende seiner Zulassung **ganz oder teilweise weigert, GKV-Patienten nach den Grundsätzen des Sachleistungsprinzips zu behandeln**. Denn der Vertragsarzt ist -wie bereits ausgeführt- nach einer Verzichtserklärung, weiterhin bis zum Ende seiner Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet.

- ***Keine Teilnahme an bereits bestehenden Verträgen***

Mit dem Ende der Zulassung und dem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung **endet die Berechtigung zur Teilnahme an allen für die vertragsärztliche Versorgung bestehenden Verträgen**, also auch an gesondert abgeschlossenen

Struktur- und/oder Regionalverträgen sowie an Verträgen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP).

- **Kein Vertragspartner für Selektivverträge**

Auch besteht für kollektiv aus dem GKV-System ausgeschieden Ärzte keine rechtliche Möglichkeit Partner von IV-Verträgen zu sein. Gemäß § 140 b Abs. 1 SGB V können Krankenkassen Verträge über Integrierte Versorgung u.a. nur mit zur vertragsärztlichen Versorgung **zugelassenen** Ärzten abschließen. Diese Voraussetzung ist mit dem Ende der Zulassung nicht mehr gegeben. Gleiches gilt für den Abschluss von Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und für Verträge über besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V sowie für Modellvorhaben nach den §§ 63 ff SGB V. Die Vorstellung des BHÄV, auf der Rechtsbasis des BGB mit gesetzlichen Krankenkassen einen Hausarztvertrag abzuschließen entbehrt jeglicher Rechtsgrundlage.

- **Keine Kostenerstattung**

Auch ist die Inanspruchnahme von Ärzten, deren Zulassung aufgrund eines kollektiven Zulassungsverzichts geendet hat, im Rahmen der **Kostenerstattung** nach § 13 Abs. 2 **Satz 6** SGBV (ärztliche Behandlung durch nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer) gesetzlich ausgeschlossen (§ 13 Abs. 2 Satz 8 SGB V).

Eine „legale“ Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 **Sätze 1 bis 5** SGB V wäre allenfalls denkbar, solange die Zulassung noch besteht, also in aller Regel bis zum Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres. Im Falle eines parallel von den Zulassungsgremien betriebenen Entziehungsverfahrens könnte die Zulassung ggf. auch schon früher enden.

Unabhängig von der Rechtsgrundlage für die Kostenerstattung ist in jedem Fall zu beachten, dass nicht der Arzt, sondern allein der Versicherte die Kostenerstattung wählen kann und dies noch vor der Inanspruchnahme der Leistung seiner Krankenkasse mitteilen muss. Im Falle einer Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 **Sätze 1 bis 5** SGB V beinhaltet die Wahl dann wenigstens den gesamten Bereich der ärztlichen

Versorgung (also nicht nur die Behandlung bei dem verzichtenden Arzt). Außerdem ist der Versicherte mindestens ein Jahr an seine Wahl gebunden, mithin sehr viel länger, als er den verzichtenden Arzt im Rahmen der Kostenerstattung noch in Anspruch nehmen darf.

- **Kein Vergütungsanspruch des aufgrund Kollektivverzichts ausgeschiedenen Arztes nach § 95b Abs. 3 SGB V**

Aus dem Gesetz kann - wie das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 27. Juni 2007 (Az.: B 6 KA 37/06 R) u.a. festgestellt hat - **weder eine Behandlungsbefugnis** von kollektiv aus dem GKV-System ausgeschiedenen Vertragsärzten **noch ein Vergütungsanspruch** dieser Ärzte bei erfolgter Behandlung abgeleitet werden. Bei § 95b Abs. 3 SGB V handelt es sich vielmehr **nur um eine Regelung über den Zahlungsweg und die Vergütungshöhe** zum Schutz des Versicherten. Ob und inwieweit ein Vergütungsanspruch des Arztes bestehe, sei eine andere Frage.

Nur im Fall des sog. Systemversagen³ und im Notfall müssten sie die Kosten auch für außerhalb des Systems erbrachte Leistungen übernehmen. Allerdings ist der Vergütungsanspruch in diesen Fällen auf das 1,0 fache des Gebührensatzes der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ bzw. GOZ) beschränkt und der Arzt muss diesen Anspruch gegenüber der Krankenkasse des Versicherten geltend machen (§ 95b Abs. 3 Sätze 2 und 3 SGB V).

- **Kein Vergütungsanspruch gegen den Versicherten**

Das bedeutet für den Arzt dann aber auch, dass er gegen den Versicherten direkt keinen Vergütungsanspruch hat.

³ Nach Auffassung des BSG wäre dies nur dann der Fall, wenn die Krankenkassen im Sinne von § 13 Abs. 3 SGB V die Versorgung mit unaufschiebbaren Leistungen anderweitig nicht mehr rechtzeitig sicherstellen können (sog. „Systemversagen“).

- ***Übergang des Sicherstellungsauftrages an die Krankenkassen***

Haben mehr als 50% aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte kollektiv auf ihre Zulassung verzichtet und hat das Bay. Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit als Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt, dass dadurch die Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, geht der Sicherstellungsauftrag insoweit an die Krankenkassen über (§ 72a Abs. 1 SGB V). Für die übrigen Ärzte bzw. die übrigen Planungsbereiche obliegt die Sicherstellung weiterhin der Kassenärztlichen Vereinigung.

Ein Systemausstieg wie unter A. beschrieben kann die Voraussetzungen für einen Übergang des Sicherstellungsauftrages an die Krankenkassen erfüllen. Zum 1. Juli 2004 ist dies in Niedersachsen für den Bereich der kieferorthopädischen Versorgung schon einmal in drei Zulassungsbereichen erfolgt.

- ***Direktverträge mit vertragsbereiten Leistungserbringern***

Die Krankenkassen erfüllen ihren Sicherstellungsauftrag, indem sie gemeinsam und einheitlich Einzel- oder Gruppenverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen schließen (§ 72a Abs. 3 SGB V). Bei Bedarf können sogar mit ausländischen Leistungserbringern Verträge geschlossen werden (§ 72a Abs. 5 SGB V). Vertragsärzte, die gemäß § 95b Abs. 1 SGB V kollektiv auf ihre Zulassung verzichtet haben, sind jedoch von dieser Möglichkeit ausdrücklich ausgeschlossen (§ 72a Abs. 3 Satz 3 SGB V).

- ***Erneute Zulassung frühestens nach 6 Jahren***

Schließlich ergibt sich im Falle des kollektiven Zulassungsverzichts nach § 95 b Abs. 1 SGB V und der gleichzeitigen Feststellung der Aufsichtsbehörde gemäß § 72 a Abs. 1 SGB V als weitere Rechtsfolge, dass gemäß § 95 b Abs. 2 SGB V eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden darf.