

Kollektiver Systemausstieg aus der vertragsärztlichen Versorgung

Im Gespräch mit KVB-Justiziar Dr. Herbert Schiller



Dr. Herbert Schiller im Gespräch mit Ärzteblatt-Redakteur Martin Eullitz.

Ein Thema, das derzeit nicht nur in der ärztlichen Fachöffentlichkeit interessiert beobachtet und diskutiert wird, ist der kollektive Ausstieg aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung. Einige Berufsverbände und Ärzteguppen auf Bundesebene aber auch in Bayern propagieren derzeit das so genannte Korbmodell als ersten Schritt zum Ausstieg. Das „Bayerische Ärzteblatt“ sprach über Korbmodell, Systemausstieg und die Folgen mit dem Justiziar der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Dr. Herbert Schiller.

Herr Dr. Schiller, was verbirgt sich hinter dem viel sagenden Begriff Korbmodell?

Schiller: Verfahrenstechnisch funktioniert das Korbmodell so, dass ein Treuhänder die Zulassungsverzichtserklärungen von niedergelassenen Vertragsärzten einsammelt. Ab einem gewissen – im Voraus vereinbarten – Quorum, beispielsweise 70 Prozent, werden die Verzichtserklärungen je nach Vereinbarung entweder sofort den Zulassungsausschüssen übergeben oder aber es wird nochmals im Rahmen einer Versammlung derjenigen, deren Erklärungen im Korb liegen, über das weitere Vorgehen entschieden. So wird verfahren, wenn es vorrangig nicht um den Systemausstieg, sondern um die Durchsetzung politischer Forderungen geht.

Wie ist die Rechtslage beim so genannten kollektiven Verzicht auf die Zulassung?

Schiller: Als Antwort auf Protestaktionen zu Beginn der Neunzigerjahre – damals hatten insbesondere Vertragszahnärzte unter entsprechender Medienbegleitung versucht, durch

gemeinsamen und zeitgleichen Verzicht auf die Zulassung politischen Druck zur Verbesserung der Honorarsituation auszuüben – hat der Gesetzgeber ein auf generalpräventive Abschreckung gerichtetes Sanktionsmodell in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) eingefügt. Er hat in dem am 1. Januar 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz geregelt, dass es mit den Pflichten eines Vertragsarztes nicht vereinbar ist, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten, wie man in dem Paragraph 95b Abs. 1 SGB V nachlesen kann.

Auch das Bundessozialgericht (BSG) hat sich kürzlich mit den Rechtsfolgen des Kollektivverzichts befasst. Wie fiel das Urteil aus?

Schiller: Das Bundessozialgericht hatte am 27. Juni 2007 über den Vergütungsanspruch einer Kieferorthopädin aus Niedersachsen zu befinden, die zusammen mit 40 weiteren Kieferorthopäden im Jahr 2004 auf ihre Zulassung

verzichtet hatte. Die Klägerin behandelte ungeachtet ihres Zulassungsverzichtes weiterhin Versicherte der Krankenkassen und stellte der beklagten AOK die Behandlungskosten in Rechnung. Die Beklagte lehnte die Zahlung ab und auch das Sozialgericht hat die Zahlungsklage abgewiesen mit der Begründung, ein Recht zur Behandlung gesetzlich Versicherter bestehe nach einem kollektiven Zulassungsverzicht nur noch in Notfallsituationen. Diese Auffassung hat das BSG bestätigt und ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Ärzte nach einem kollektiven Verzicht nicht mehr berechtigt sind, Versicherte der Krankenkassen im Rahmen des Sachleistungsprinzips zu versorgen.

Kein Sachleistungsanspruch – besteht aber dann nicht wenigstens ein Kostenerstattungsanspruch?

Schiller: Nein, Systemaussteiger dürfen, wie im Gesetz ausdrücklich geregelt, auch im Wege der Kostenerstattung nicht mehr in Anspruch genommen werden – siehe Paragraph 13 Abs.

2 Satz 8 SGB V. Nach Auffassung des BSG zeigen auch die weiteren durch das Gesundheitsstrukturgesetz in das SGB V aufgenommenen Regelungen deutlich den Willen des Gesetzgebers, (Zahn-)Ärzte nach einem kollektiven Zulassungsverzicht grundsätzlich nicht mehr an der Versorgung der Versicherten mitwirken zu lassen. Dies diene der Erhaltung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Behandlungsberechtigung könne auch nicht aus der Vorschrift des Paragraphen 95b Abs. 3 SGB V abgeleitet werden. Diese Vorschrift ordnet zum Schutz der Versicherten bei einem kollektiven Zulassungsverzicht lediglich einen Direktanspruch des Leistungserbringers gegen die Krankenkasse des Versicherten an. Sie regelt jedoch nicht, unter welchen Voraussetzungen (Zahn-)Ärzte, die kollektiv abgesprochen auf ihre Zulassung verzichtet haben, weiterhin Versicherte der Krankenkassen behandeln dürfen.

Das klingt sehr apodiktisch.

Schiller: So interpretiert das BSG die gesetzlichen Bestimmungen. Nur wenn die Krankenkassen die Versorgung mit unaufschiebbaren zahn-(ärztlichen) Leistungen anderweitig nicht rechtzeitig sicherstellen können – das BSG spricht hier von einem so genannten Systemversagen – müssen die Krankenkassen die Kosten auch für außerhalb des Systems erbrachte Leistungen übernehmen. Allein für diesen Ausnahmefall regelt das Gesetz, dass der 1,0-fache GOÄ-Satz mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann. Dabei muss in jedem Fall die Krankenkasse zuvor mit dem konkreten Leistungsfall konfrontiert werden.

Können Sie die in diesem Zusammenhang immer wieder auftretenden Begriffe wie Unterversorgung, Übergang des Sicherstellungsauftrags an die Krankenkassen und Systemversagen etwas näher erklären?

Schiller: Gern. Unter bedarfsplanerischen Aspekten haben wir derzeit in den meisten Planungsbereichen für die meisten geplanten Fachgebiete Überversorgung. Wenn nun einige Ärzte auf ihre Zulassung verzichten, wird zunächst der so genannte bedarfsgerechte Versorgungsgrad erreicht. Wenn dann noch wei-

tere Ärzte bzw. eine von vorneherein höhere Zahl von Ärzten auf ihre Zulassung verzichten, tritt als nächstes bedarfsplanerische Unterversorgung ein, der unter anderem KV bzw. Zulassungsgremien mit geeigneten Mitteln wie zum Beispiel Filialgenehmigungen, Ermächtigungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen oder Öffnung der Krankenhäuser begegnen können. Erst wenn mehr als 50 Prozent aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung kollektiv verzichten oder die vertragsärztliche Versorgung verweigern und die Aufsichtsbehörde nach Anhörung von Kassen und KV festgestellt hat, dass dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, geht der Sicherstellungsauftrag insoweit auf die Krankenkassen und ihre Verbände über. Diese können dann zusätzlich mit ausländischen Ärzten und Einrichtungen Verträge schließen oder Eigeneinrichtungen errichten. Mit Vertragsärzten, die kollektiv auf ihre Zulassung verzichtet haben, können die Krankenkassen jedoch keine Einzel- oder Gruppenverträge abschließen, so der Paragraph 72a Abs. 3 Satz 3 SGB V. Von all dem zu unterscheiden ist das so genannte Systemversagen, wie ich es oben im Zusammenhang mit der Kostenerstattung beschrieben habe.

Nochmals zurück zum Einstieg in den kollektiven Zulassungsverzicht. Hier liest man häufig eine feinsinnige juristische Unterscheidung zwischen dem Wirksamwerden der Verzichtserklärung und dem Wirksamwerden des Verzichts. Können Sie dies verdeutlichen?

Schiller: Die Erklärung des Arztes, dass er auf die Zulassung verzichten will, wird wirksam, sobald sie beim Zulassungsausschuss eingeht. Die Juristen sprechen davon, dass es sich bei der Verzichtserklärung um eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung handelt, was bedeutet, dass der Vertragsarzt, sobald sie dem Zulassungsausschuss als Adressaten zugegangen ist, an sie gebunden ist. Der Arzt kann dann die Erklärung nicht mehr widerrufen oder sich anderweitig von ihr lösen und dies auch 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 lassen. Dies alles betrifft, wie gesagt, die Erklärung des Arztes, auf die Zulassung zu verzichten. Davon zu unterscheiden ist das Wirksamwerden des Verzichts. Dieser wird erst mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung des Vertragsarztes beim Zulassungsausschuss folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Hatte also ein Vertragsarzt seine Verzichtserklärung zum Beispiel am 23. Oktober beim Zulassungsausschuss abgegeben, so endet seine Zulassung erst mit Ablauf des 31. März des folgenden Jahres. Bis zu diesem Zeitpunkt ist er – wie jeder andere zugelassene Arzt auch – weiterhin berechtigt, aber auch verpflichtet, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Welche Konsequenzen ergeben sich für den Vertragsarzt, der auf seine Zulassung verzichtet hat, nach dem Wirksamwerden des Verzichts?

Schiller: Mit dem Ende der Zulassung und dem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung endet für den Arzt die Berechtigung zur Teilnahme an allen für die vertragsärztliche Versorgung bestehenden Verträgen, also auch beispielsweise an gesondert abgeschlossenen Strukturverträgen. Der Arzt kann nach dem Wirksamwerden seines Verzichts auch nicht mehr Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen veranlassen, da heißt keine Arzneimittel und Hilfsmittel mehr verordnen oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen. Weil auch die so genannten Selektiv- oder Direktverträge zu integrierten Versorgungsformen, zur hausarztzentrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung voraussetzen, dass der teilnehmende Arzt Vertragsarzt ist, ist auch diese Möglichkeit für den Systemaussteiger nicht mehr gegeben. Auch eine Vereinbarung über die Durchführung von Modellvorhaben kann übrigens nur mit Vertragsärzten geschlossen werden. Auf diese Konsequenz werden wohl auch die Krankenkassen hinweisen müssen, um sich Ärger mit ihren Versicherten zu ersparen.

Die Fragen stellte Martin Eulitz (KVB)