

Ausstieg aus dem System

Elmar Mertens
Aachen
Version 1.2

In Anbetracht der Unterfinanzierung des Gesundheitssystems und dadurch zunehmender Unwirtschaftlichkeit der Vertragsarztpraxis nimmt die Diskussion zu, einen Weg außerhalb der „Zulassung als Vertragsarzt“ zu suchen. Die für diese Diskussion erforderlichen Gesetzestexte sind im Folgenden zusammengefasst und erläutert / kommentiert. Des Gesetzestexte / Verordnungstexte sind unverändert, jedoch der besseren Übersichtlichkeit halber teilweise unterschiedlich hervorgehoben, abgesetzt oder wiederholt. Eine Haftung für Handlungen in Folge des Kommentars wird nicht übernommen. Eine Weiterbearbeitung im Laufe zukünftiger Diskussionen ist vorgesehen.

Sozialgesetzbuch V

§ 13

Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

Kostenerstattung/Kostenübernahme

Der Begriff „Kostenerstattung“ ist zu trennen von dem Begriff „Kostenübernahme“, den es im Sozialrecht auch gibt. Die Kostenübernahme ist an unterschiedlichen Stellen des SGB V vorgesehen und darf nicht mit der im § 13 geregelten Kostenerstattung verwechselt werden. Ein Verfahren, bei dem Versicherte z.B. mit einem Kostenvoranschlag eines Vertragsarztes für einen gesamten Behandlungsfall oder für Teile davon bei der Krankenkasse eine Genehmigung einholen und die Krankenkasse erklärt, die Kosten zu übernehmen und dem Vertragsarzt zu vergüten, ist nicht vorgesehen, damit aber auch nicht ausgeschlossen.

Ausstieg aus dem System

§ 13 Kostenerstattung

- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen.
- Sie sind von ihrer Krankenkasse vor ihrer Wahl zu beraten. Eine Beschränkung der Wahl auf den Bereich der ambulanten Behandlung ist möglich.

Ebenso ist für Vertragsärzte kein Verfahren im SGB V vorgesehen, bei dem die Krankenkasse im Vorhinein in die Indikationsstellung einbezogen wird und in diesem Zusammenhang eine verbindliche Erklärung abgibt, dass ihrerseits im konkreten Fall kein Prüfverfahren/Regress ausgelöst würde, wenn der Fall über die KV im Rahmen des EBM abgerechnet wird.

Das **Wahlrecht „Kostenerstattung“** ist ein Wahlrecht des Versicherten und nicht des Vertragsarztes.

Unter „Versicherten“ sind auch die (derzeit kostenlos) Mitversicherten, d.h. Familienangehörige zu verstehen (§ 10 SGB V).

Die Entscheidung zur Kostenerstattung bezieht sich jeweils auf den einzelnen Versicherten, also z.B. nicht auf die gesamte Familie

Da die Krankenkassen in ihren Satzungen die Kostenerstattung unterschiedlich regeln, „beraten“ sie die Versicherten über die Details, häufig aber mit ablehnender Tendenz.

Die **Auswahlmöglichkeit für den ambulanten Bereich** ist nicht weiter aufzugliedern: Es ist somit die haus- und fachärztliche, ebenso wie die zahnärztliche Behandlung untrennbar zu wählen. Hierunter fallen auch Leistungen wie z.B. Krankengymnastik u.ä.

Eine Konsequenz ist u.a.auch , dass keine **Medikamentenverordnungen** auf Kassenrezepten erfolgen, solange der Versicherte Kostenerstattung gewählt hat. Verordnungen erfolgen wie bei vollversicherten Privatpatienten.

Ausstieg aus dem System

§ 13 Kostenerstattung

- Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.
- Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95 b Abs. 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.
- Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen.
- Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.

Im Regelfall dürfen auch bei gewählter **Kostenerstattung** nur die **zugelassenen Leistungserbringer** gem. SGB V in Anspruch genommen werden. Damit sind sogen. **Privatärzte**, also Ärzte, die eine Praxis ohne Zulassung als Vertragsarzt betreiben, zunächst ausgeschlossen. Ausnahmen hiervon bedürfen der vorherigen Zustimmung der Krankenkasse. Die KV ist hierbei nicht beteiligt.

Damit wird die Erstattung von GÖA-Liquidationen der Ärzte, die in einer **kollektiven Aktion** das System verlassen haben, an den Versicherten im Wege der **Kostenerstattung** ausgeschlossen. Der Versicherte darf dennoch diese Ärzte weiter in Anspruch nehmen. Die Abrechnungsmodalitäten in diesem Fall und weitere Ausführungen hierzu siehe unter § 95b (Seite 7/8).

Der Versicherte, der **Kostenerstattung** gewählt hat, legt die **GOÄ-Liquidation** des Arztes bei seiner Krankenkasse vor. Für die Rechnungserstellung gelten die Bestimmungen der GOÄ. Nach Umrechnung auf das Punktesystem des EBM und Ansatz des aktuellen Punktwertes wird die Praxisgebühr und ein in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse festgelegter Betrag abgezogen. Der Rest wird an den Patienten ausbezahlt. Der Geldfluss erfolgt grundsätzlich über den Patienten. Über eine **private Zusatzversicherung** kann der Patient die Differenz zwischen dem Rechnungsbetrag und der Ersatzsumme absichern.

Hier ist nicht das Kalenderjahr gemeint, sondern vier aufeinander folgende Quartale. Es ist keine feste Jahrestaktung vorgesehen, d.h. im Anschluss an die ersten vier Quartale könnten auch einzelne Quartale gewählt werden.

Ausstieg aus dem System

§ 13 Kostenerstattung

- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.
- Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.

Selbstbeschaffung von Leistungen durch den Patienten im Inland

Die Kostenerstattung im Wege der **Selbstbeschaffung** von Leistungen durch den Versicherten bei einem **Versagen des Sachleistungsprinzips** unterscheidet sich von der Wahl der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 in wesentlichen Punkten:

- Die Selbstbeschaffung ist für einzelne Leistungen möglich
- Eine zeitliche Bindung (ein Jahr) besteht hier nicht
- Die Beratung der Versicherten durch die Krankenkasse ist nicht vorgeschrieben
- Eine Beschränkung auf „zugelassene Leistungserbringer“ ist nicht vorgesehen
- Die Erstattung erfolgt in voller Höhe (GOÄ)

Wie auch sonst bei der Kostenerstattung nach § 13 besteht kein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber den Krankenkassen, der Geldfluss hat über den Patienten zu erfolgen.

Auch ein normaler Behandlungsfall kann eine unaufschiebbare Leistung darstellen, die Regelung gilt also nicht ausschließlich für Notfälle.

Vor der Selbstbeschaffung von Leistungen muss der Versicherte der Krankenkasse die Möglichkeit geben, ihm die Leistung(en) im (vorrangigen) Sachleistungsprinzip zukommen zu lassen.

Wenn z.B. **eine Fachgruppe** einheitlich **bestimmte Leistungen** nicht mehr im **Sachleistungsprinzip** anbietet, ist die Selbstbeschaffung für den Patienten möglich.

Ausstieg aus dem System

- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.
Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
- (5) Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.
- (6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

Selbstbeschaffung von Leistungen im EU-Ausland

Ambulante Leistungen dürfen im EU-Ausland zu den Bedingungen der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden.

Stationäre Leistungen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse.

Ausstieg aus dem System

§ 95 Kollektiver Verzicht auf die Zulassung

- (2) Verzichten Vertragsärzte in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt
- und
- kommt es aus diesem Grunde zur Feststellung der Aufsichtsbehörde nach § 72 a Abs. 1,

- kann eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden.

- (3) Nimmt ein Versicherter einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der auf seine Zulassung nach Absatz 1 verzichtet hat, zahlt die Krankenkasse die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt oder Zahnarzt.

- Der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ist auf das 1,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte beschränkt.

Für die im Folgenden aufgeführten Konsequenzen muß somit eine **zweite Bedingung** gegeben sein.

1. Bedingung ist die **kollektive Zulassungsrückgabe**

2. Die zweite ist die:

Feststellung der Aufsichtsbehörde, dass über die KV die Sicherstellung nicht mehr mit den (noch) zugelassenen Ärzten gegeben ist.

Verbot der Wiedere Zulassung unterhalb von 6 Jahren, wenn

1. Der Arzt kollektiv gehandelt hat
2. Mehr als 50 % der Ärzte so gehandelt haben
3. Die Feststellung der mangelnden Sicherstellung erfolgt ist.

Im § 95b ist nur von Vertragsärzten die Rede. Wie weit sich die Regelungen auch auf einzelne Fachgruppen beziehen, wird unter § 72a diskutiert (Seite 10)

Nach einer **kollektiven Zulassungsrückgabe** entsteht für die beteiligten Ärzte ein direktes Rechtsverhältnis mit den Krankenkassen, d.h. die Krankenkasse des einzelnen Patienten schuldet dem Arzt das Geld.

Hierfür ist nicht erforderlich, dass die Sicherstellung an die Krankenkassen (nach § 72a) zurückgefallen ist.

Auch nach Rückgabe der Zulassung besteht ein **Vergütungsanspruch**. Dieser richtet sich gegen die Krankenkasse in Höhe des einfachen GOÄ-Satzes. Abschläge z.B. für Verwaltungskosten wie im § 13 sind hier nicht vorgesehen. Zur Frage, ob nur die bisher behandelten Patienten nach dieser Regelung weiterbehandelt werden dürfen,

Ausstieg aus dem System

§ 95 Kollektiver Verzicht auf die Zulassung

- Der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ist auf das 1,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte beschränkt.
- Ein Vergütungsanspruch des Arztes oder Zahnarztes gegen den Versicherten besteht nicht. Abweichende Vereinbarungen sind nichtig.

oder auch neue Patienten angenommen werden können, bzw. wie lange der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes gegenüber der Krankenkasse weiter besteht, hat des LSG NS-Bremen (L 3 KA 90/05) festgestellt, dass Neufälle nach diesem Honorarsystem nur so lange angenommen werden dürfen, bis die Zahl der im Fachgebiet zugelassenen Vertragsärzte wieder den Stand vor dem kollektiven Zulassungsverzicht erreicht hat. Hierzu ist derzeit (Nov. 2006) jedoch noch eine Revision möglich.

Einem Arzt, der einmal eine Zulassung hatte und der sich an einer **kollektiven Zulassungsrückgabe** beteiligt hat, wird hier sein Grundrecht auf freie Berufsausübung und Vertragsfreiheit in Form einer „Nachhaftung“ genommen. Hierfür ist nach dem SGB V keine Befristung vorgesehen (s.a. LSG NS.Bremen L 3 KA 90/05).

Unter den hier geschilderten Gesichtspunkten sind somit folgende Arztgruppen zu unterscheiden:

1. **Privatärzte:** Ärzte mit eigener Praxis ohne Zulassung als Vertragsarzt. Diese können im Wege der Kostenerstattung (§13) nur nach vorheriger Genehmigung durch die KK in Anspruch genommen werden. GOÄ
2. **Vertragsärzte:** Können neben der Behandlung auf Chipkarte Versicherten, die Kostenerstattung gewählt haben, GOÄ-Liquidationen ausstellen. Diese werden dem Versicherten teilweise erstattet. Für den Restbetrag gibt es private Zusatzversicherungen.
3. **Vertragsärzte nach kollektiver Zulassungsrückgabe:** Rechnen direkt mit der KK zum einfachen GOÄ-Satz ab. Mit GKV-Patienten dürfen keine Honorarvereinbarungen geschlossen werden.
4. **Vertragsärzte nach individueller, nicht abgestimmter Zulassungsrückgabe:** Diese werden mit Wirksamwerden der Erklärung zu Privatärzten.

Ausstieg aus dem System

§ 72

Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

- (2) Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

§ 72 a

Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen

- (1) Haben mehr als 50 vom Hundert aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95 b Abs. 1 verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert

Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

Die angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen ist Bestandteil des Sicherstellungsauftrages. Hierfür haben KVen und Krankenkassen gemeinsam die verbindliche sozialrechtliche Verpflichtung. Somit ist die Sicherstellung auch dann nicht gewährleistet, wenn keine angemessene Vergütung erfolgt. Als angemessenen Vergütung ist mindestens der im EBM kalkulierte Punktwert von 5,11 ct anzusehen.

Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen

Entscheidend ist hier das Datum der Verzichtserklärungen. Die **Zulassungsrückgabe** wird jedoch gem. **Zulassungsverordnung** erst wirksam zum Ende des auf die Angabe der Erklärung folgenden Quartales. Für die Berechnung der 50% spielen die Anhaltzahlen der Bedarfsplanung keine Rolle, sondern die reale Zahl der zum Zeitpunkt der Erklärung zugelassenen Vertragsärzte.

Ausstieg aus dem System

§ 72a Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen

- und
- hat die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt, dass dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, **erfüllen insoweit die Krankenkassen und ihre Verbände den Sicherstellungsauftrag.**
- (2) An der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags nach Absatz 1 wirkt die Kassenärztliche Vereinigung insoweit mit, als die vertragsärztliche Versorgung weiterhin durch zugelassene oder ermächtigte Ärzte sowie durch ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen durchgeführt wird.

Somit sind 2 Bedingungen nötig.

Der **Feststellungsbeschluss der Aufsichtsbehörde** (Gesundheitsministerium des Landes), dass die Sicherstellung nicht mehr gewährleistet ist, bedeutet in Zusammenwirken mit Abs. 2, dass die Vertragsärzte, die im System verblieben sind, weiter wie zuvor tätig sind. Die **Sicherstellung durch die Krankenkassen** gemäß § 72a Abs. 3 erfolgt also zusätzlich zu dem weiter vorhandenen Sicherstellungsauftrag der KVen.

Die KV muss daran mitwirken, z.B. über Ermächtigungen, ihren Anteil weiter zu betreiben.

Eine **Fachgruppenspezifität** der Zulassungsrückgabe ist in den einschlägigen Paragraphen nicht behandelt. Lediglich aus der Formulierung

*Haben mehr als 50 vom Hundert aller in einem **Zulassungsbezirk** oder einem regionalen **Planungsbereich** niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung nach § 95 b Abs. 1 verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert*

könnte abgeleitet werden, dass eine Fachgruppenspezifität vorausgesetzt wird, da sich die Zulassung, bzw. die Bedarfsplanung auf die über die Weiterbildungsordnung definierten Fachgebiete bezieht. Faktisch wird es jedoch zu einer fehlenden Sicherstellung dann kommen, wenn definierte Leistungsbereiche (z.B. ambulante Operationen), die nur von bestimmten Fachgruppen erbracht werden, nicht mehr angeboten werden.

Sollten einzelne Fachgruppen dies tun, ohne ihre Zulassung zurückzugeben, treffen die Regelungen des § 72a erst dann zu,

Ausstieg aus dem System

§ 72a Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen

- (3) Erfüllen die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag, schließen die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich Einzel- oder Gruppenverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen. Mit Ärzten oder Zahnärzten, die in einem mit anderen Vertragsärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung als Vertragsarzt verzichteten (§ 95 b Abs. 1), dürfen keine Verträge nach Satz 1 abgeschlossen werden.
- (4) Die Verträge nach Absatz 3 dürfen mit unterschiedlichem Inhalt abgeschlossen werden. Die Höhe der vereinbarten Vergütung an Ärzte oder Zahnärzte soll sich an Inhalt, Umfang und Schwierigkeit der zugesagten Leistungen, an erweiterten Gewährleistungen oder eingeräumten Garantien oder vereinbarten Verfahren zur Qualitätssicherung orientieren. Ärzten, die unmittelbar nach der Feststellung der Aufsichtsbehörde nach Absatz 1 Verträge nach Absatz 3 abschließen, können höhere Vergütungsansprüche eingeräumt werden als Ärzten, mit denen erst später Verträge abgeschlossen werden.

wenn sich aus ihrem **Verhalten** zulassungsrechtliche Konsequenzen, d.h. **Entzug der Zulassung** für mehr als 50% der zu einem bestimmten Zeitpunkt zugelassenen Ärzte, ergeben haben.

Die Frage, ob eine Fachgruppenspezifität überhaupt gegeben ist, wurde durch die Rechtssprechung bisher nicht abschließend diskutiert. Es handelte sich bisher um Zahnärzte und Kieferorthopäden. Es wurde sehr wohl darüber diskutiert, dass z.B. Zahnärzte kieferorthopädische Leistungen sicherstellen könnten. Dies würde übertragen auf die Vertragsärzte **keine Fachgruppenspezifität** bedeuten.

Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten können einzeln oder als Gruppenverträge geschlossen werden.

Ein Vertragsabschluß mit Ärzten, die durch eine kollektive Aktion diesen Zustand (fehlende Sicherstellung) herbeigeführt haben, ist ausgeschlossen.

Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten zur Sicherstellung können mit Ärzten, die ihre Zulassung behalten haben, zusätzlich zu ihrer sonstigen Tätigkeit als Vertragsarzt geschlossen werden.

Auch mit Ärzten ohne Zulassung können solche Verträge geschlossen werden.

Ärzte, die sich den Krankenkassen gegenüber besonders gefügig zeigen, sollen finanziell belohnt werden.

Ausstieg aus dem System

§ 140

Eigeneinrichtungen

- (1) Krankenkassen dürfen der Versorgung der Versicherten dienende Eigeneinrichtungen, die am 1. Januar 1989 bestehen, weiterbetreiben. Die Eigeneinrichtungen können nach Art, Umfang und finanzieller Ausstattung an den Versorgungsbedarf unter Beachtung der Landeskrankenhausplanung und der Zulassungsbeschränkungen im vertragsärztlichen Bereich angepasst werden; sie können Gründer von medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 sein.
- (2) Sie dürfen neue Eigeneinrichtungen nur errichten, soweit sie die Durchführung ihrer Aufgaben bei der Gesundheitsvorsorge und der Rehabilitation auf andere Weise nicht sicherstellen können. Die Krankenkassen oder ihre Verbände dürfen Eigeneinrichtungen auch dann errichten, wenn mit ihnen der Sicherstellungsauftrag nach § 72 a Abs. 1 erfüllt werden soll.

Eigeneinrichtungen

z.B. Polikliniken der DDR

Eigeneinrichtungen der Krankenkassen sind ein Ausnahmetatbestand.

Eigeneinrichtungen der Krankenkassen als Ausweichmöglichkeit nach kollektivem Ausstieg.