

Kritik und Lösungsvorschläge der Österreichischen Ärztekammer zum Krankenversicherungs-Änderungsgesetz (KV-ÄG)

1. Chronologie

1.1. Bundesärzteausschüsse: Aufgrund einer Initiative der ÖÄK gab es zwischen HV und ÖÄK, Sitzungen am:

10.10.07, 13.11.07 und 10.03.08; **Schon damals ÖÄK Vorschlag:** Abschluss eines 5-Jahres-Vertrages mit dem HV u.a. zur finanziellen Konsolidierung der SOZ KV; bisher vom HV nicht aufgegriffen.

1.2. Sozialpartnerpapier - statt Ende Jänner - am 07.04.08

1.3. Aussendung BM Kdolsky vom 08.04.08:

Ministerratsvorlage bis November (*Beilage 1*)

1.4. Aussendung des KV-ÄG am 14.05.08 mit Bekanntgabe der parlamentarischen Beschlussfassung noch vor dem Sommer!!!

1.5. Bisherige Termine

- mit BM Kdolsky: 14.04.08 und 30.04.08; kurze Termine mit wenig Besprechungsmöglichkeit; Übergabe der ÖÄK Stellungnahme zum Sozialpartnerpapier (am 30.04.08); keinerlei Berücksichtigung im ministerialen Entwurf vom 14.05.08; **im Gegenteil Verschärfung durch:**
 - **Eingriffe in laufende Verträge**
 - **anstelle der ÖQMed:**
 - **alleinige Qualitätsverordnung durch das BMGFJ**
 - **alleinige Qualitätsevaluierung durch die Krankenkassen**und damit im Widerspruch zu Punkt 4. der „gemeinsamen Erklärung Kdolsky-Dorner“ (*Beilage 2*)
- mit Hauptverband nur am 06.05.08;

2. Zum Entwurf des KV-ÄG vom 14.05.08

2.1. **ELGA** verpflichtende Teilnahme aller Ärzte, Freiwilligkeit für Patienten (Z.1. §31 Abs. 5 Z13)

Lösungsvorschlag ÖÄK:

Als erster Schritt freiwillige Teilnahme der Ärzte, jedenfalls der „Nicht Kassenärzte“

2.2. **Patientenquittung** (Z.4. §340 b)

Kritik:

bisher unverhandelt, **Vorschlag** von BM und HV ohne Mitwirkung der ÄK und ohne Kosten-Nutzen-Sinn; jedenfalls erheblicher bürokratischer und finanzieller Aufwand **ohne Erkenntniswert für den Patienten weil die Honorare zum Zeitpunkt der Leistungserbringung vielfach nicht feststehen und beziffert werden können (Pauschalierungen, Limitierungen, Degressionen etc.)**

Lösungsvorschlag ÖÄK:

In Analogie zu den Patienteninformationen über die Selbstbehalte bei den Sondersversicherungsträgern könnten die Patienten quartalsmäßig mit genaueren ärztlichen Leistungsdaten, die den jeweiligen Abrechnungen entsprechen (d.h. abrechnungsadäquat), sowie über alle von den Patienten in Anspruch genommenen Leistungen (bei Vertragsärzten, in Apotheken, in den Krankenhäusern, in Kassenambulatorien, Psychotherapeuten) informiert werden.

2.3. Teilkündigungen (Z 6 § 342 Abs. 1 Z 7)

Grundsätzliche Kritik:

Gefährdung der fächerübergreifenden, gesamthaften ambulanten medizinischen Versorgung bei fachspezifischen („**fachegoistischen**“, „**Fächerwettbewerb**“) Gesamtverträgen und Honorarordnungen. Im derzeitigen System werden im Großen und Ganzen die fachspezifischen Leistungskataloge und Honorarordnungen auf einander abgestimmt; ÄK muss derzeit den fachübergreifenden Interessenausgleich wahrnehmen. Dies wäre nach Teilkündigungen nicht mehr der Fall.

Lösungsvorschlag ÖÄK:

Beibehaltung des bisherigen gesamthaften Gesamtvertragssystems für alle Fächer; Vermeidung eines vertragslosen Zustandes durch Zwangsschlichtungsvorschlag der ÖÄK.

2.4. Qualitätssicherung und Rezertifizierung (Z 8 §343 Abs 2a u. 2b)

2.4.1. **Neue, befristete 5-Jahres-Verträge**, alleinige Verordnungskompetenz der BM für Behandlungsstandards mit Evaluierung (Überprüfung) durch Krankenkassen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätskriterien, Fort- und Weiterbildung, effizientes Vorgehen bei ärztlichen und ärztlich veranlassten Leistungen, Dokumentationspflichten sowie Einhaltung festgelegter Behandlungsstandards.

2.4.2. **Laufende Verträge** erhalten dieselben Auflagen wie befristete Verträge mit Kündigungskonsequenz (Z 8 § 343 Abs. 2 c)

Grundsätzliche Kritik:

De facto Beendigung der Freiberuflichkeit der Kassenärzte; öffentlich-rechtliche Regulierung der Behandlung durch Verordnung der BM und Kontrolle durch die Krankenkassen; dies bei Aufrechterhaltung der rechtlichen und wirtschaftlichen Haftung und Verantwortung des einzelnen Arztes. **Vollkommen unakzeptabel für die freiberuflich tätige Ärzteschaft.**

In diesem Umfang und in dieser Ausformung keine Vorgabe im Sozialpartnerpapier, überschießender Regelungsvorschlag der BM, **Folge: Schließung der ÖQMed durch die Ärztekammer. Das BM wird außerdem nicht im Stande sein, die Infrastruktur und Leistungsfähigkeit der ÖQMed aufzubauen siehe (Beilage 3) samt Besetzung des wissenschaftlichen Beirats bestehend aus Vertretern des BM und der ÖÄK.**

Lösungsvorschlag ÖÄK:

Bei Gesprächen zwischen ÖÄK und HV im Spätherbst 2007 wurde bereits folgender Lösungsvorschlag unterbreitet: Gleichrangige Einbeziehung des Hauptverbandes in die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMed) gem. §118a ÄrzteG, einvernehmliche Erstellung der nächsten Evaluierungsverordnung mit Genehmigung durch das Bundesministerium (wie bei der geltenden Rechtslage), gemeinsame Evaluierung HV/Krankenkassen mit ÖÄK/Ärtekammern, disziplinarrechtliche Konsequenzen (wie bei der geltenden Rechtslage) und ÖÄK Vorschlag einer Neuregelung einer erleichterten Kündigungsmöglichkeit eines Kassenarztes, **Wegfall des Einwandes der sozialen Härte als Unwirksamkeitsgrund, bei Vorliegen einer an sich berechtigten Kündigung („Pragmatisierungsvorwurf“): lt. (Beilage 4)**

Mit diesem Lösungsvorschlag würde außerdem Punkt 4. der Kdolsky-Dorner Vereinbarung entsprochen werden; der jetzige Gesetzesentwurf **w i d e r s p r i c h t** hingegen dem Punkt 4. der gemeinsamen Erklärung eklatant, wonach „die strukturelle Zusammenarbeit zwischen der weiterhin im Eigentum der ÖÄK stehende ÖQMed und der BIQG vereinbart worden ist“; unter struktureller Zusammenarbeit ist die institutionelle Zusammenarbeit zu verstehen; **nach dem Gesetzesentwurf wäre hingegen die Schließung der ÖQMed die zwangsläufige Folge.** Die Verwendungszusage der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend würde damit nicht eingehalten werden!

Ein Leistungsprofil der ÖQMed wird als (Beilage 3) angeschlossen.

- 2.5. **Leistungsverträge/Direktverträge** (Z 9 § 343 e) ungerechtfertigter und unaktueller Systembruch, Vertragslose Zustände nicht Realität.

Lösungsvorschlag ÖÄK:

Zur Vermeidung der finanziellen Belastung der Patienten in einem vertragslosen Zustand: Aufhebung des Zessionsverbotes gem. §98 ASVG; damit könnte dann der Patient seinen **gesetzlichen** Kostenerstattungsanspruch gegen die soziale Krankenversicherung im vertragslosen Zustand an seinen behandelnden Arzt delegieren, welcher dann seine Leistung und Honorierung direkt mit der sozialen Krankenversicherung abrechnen könnte.

Alternativ:

Schlichtungsverfahren (**Beilage 5**)

- 2.6. **Aut-idem** (Z 14 § 350 Abs. 1 a)

Grundsätzliche Kritik:

Verunsicherung von Patienten und Ärzten, unergiebigere Einsparungseffekt.

Lösungsvorschlag ÖÄK:

Gesamtvertragliche Vereinbarung von Medikamenten – Positivlisten unter Berücksichtigung eines möglichst günstigen Medikamentenpreises.

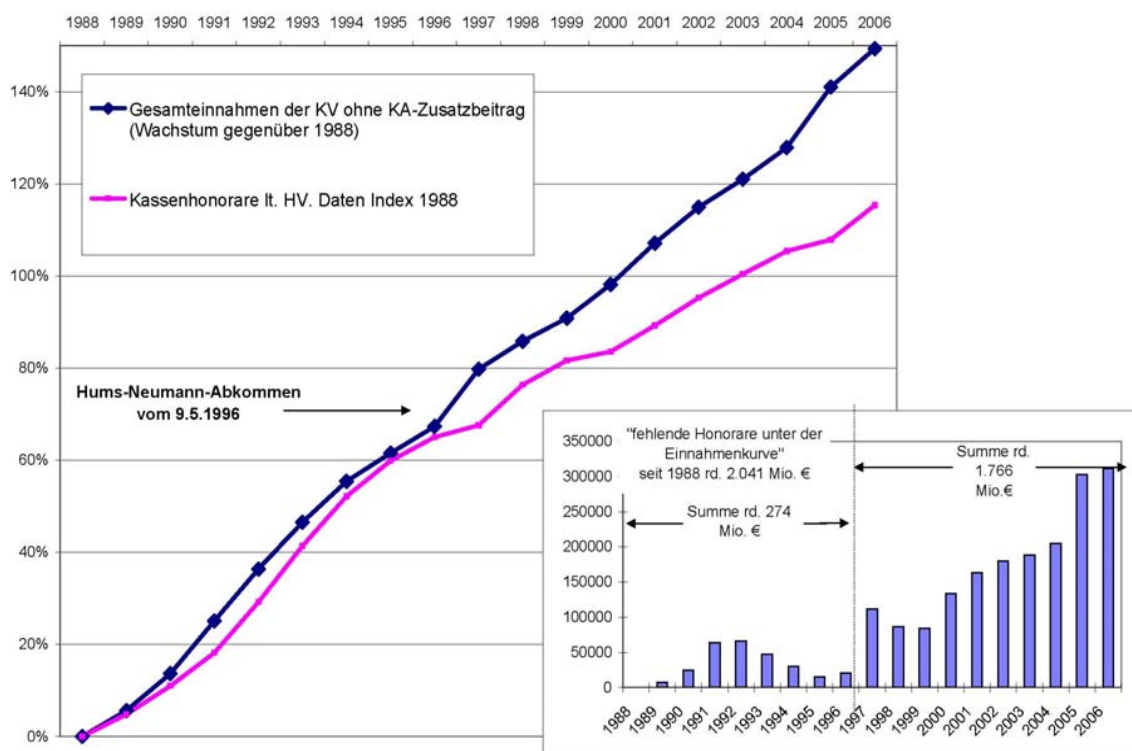
3. SV-Holding

Zu der geplanten Strukturveränderung werden erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken geäußert und auf das VfGH-Erkenntnis vom 10. 10. 2003, G 222/02, verwiesen. Es handelt sich dabei nicht um eine einfache Umbenennung, sondern um eine gravierende Veränderung des Prinzips der Selbstverwaltung. Dass sich die Autoren dieses Entwurfs dessen bewusst sind zeigt, dass sie diese Bestimmung in den Verfassungsrang erheben und damit der Prüfung des Verfassungsgerichtshofs entziehen wollen. Selbst die Landesplattformen, die zur Umsetzung und Weiterentwicklung des ÖSG und RSG dienen sollen, würden in die Abhängigkeit der Vorgaben der SV-Holding kommen (Einstimmigkeitsprinzip in der Plattform).

4. Zusammenfassung

Mit den vorgeschlagenen Gesetzesbestimmungen kann in Konflikt und Konfrontation mit der Ärztervertretung und der Ärzteschaft niemals das angestrebte Einsparungspotential bis 2012 erreicht werden. **Dafür bedürfte es einer Verhandlung mit der Österreichischen Ärztekammer, wozu wir seit längerem bereit sind, und wofür auch die honorartechnischen Möglichkeiten bestehen.** In diesem Zusammenhang dürfen wir darauf hinweisen, dass die Gesamteinnahmen der Gebietskrankenkassen in den letzten 10 Jahren um ca. 50% gestiegen sind, die Arzthonorare hingegen aufgrund der gesamtvertraglich vereinbarten Honorarabschlüsse nur um ca. 30%. (siehe anschließende Graphik)

Die ÖÄK wiederholt daher ihre honorarpolitische und auch legistische Verhandlungsbereitschaft!



„Hums-Neumann“-Grafik (mit HV akkordiert)

5. Finanzsituation der Wiener Gebietskrankenkasse

Stand der aufgenommenen Kredite zum 31.12.06 € 623 Mio.
(Jahreszinsverlust € 22 Mio.).

Ausstehende Beiträge an die WGKK zum 31.12.2006 € 344 Mio.
(Jahreszinsverlust € 12 Mio.).

Belastung 2006 durch fehlende Zahlungen durch den Bund € 370 Mio.
(nur teilweise Vergütung der Vorsteuer auf Medikamente
nur teilweise Vergütung der Leistungen für Arbeitslose
nur teilweise Vergütung der Leistungen für Wochengeld
nur teilweise Vergütung der Leistungen an Pensionisten)

Durch die vorgesehenen Maßnahmen des Sanierungspapiers wird die WGKK nur teilweise entschuldet. Beiträge müssen daher wieder für Zinszahlungen statt für Leistungen verwendet werden.

Der Anteil für ärztliche Leistungen am Gesamtaufwand der WGKK beträgt 15 %.

KAD Dr. Kux/pk 26.05.08

BEILAGE 1

-----Original Message-----

From: Birgit Merz [<mailto:b.merz@aerztekammer.at>]

Sent: Tuesday, April 08, 2008 4:55 PM

To: Wieseneder Johanna; "Präsident Prim MR Dr."

Subject: Aktuelle Information

S.g Herr Präsident, lb. Frau Wieseneder,

anbei eine aktuelle Information.-

LG

B. Merz

APA0582 5 II 0120 CI

Siehe APA0431/08.04 Di, 08.Apr 2008

Soziales/Gesundheit/Sozialversicherung/Krankenkassen/ÖVP/Kdolsky

Gesundheit - Kdolsky kündigt für kommende Woche Gespräche an

Utl.: Gesundheitsministerin: "Kein starres Zeitkorsett" =

Wien (APA) - Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky (V) will die Gespräche mit den Verantwortungsträgern im Gesundheitsbereich kommende Woche aufnehmen. Es sei ihr ein wichtiges Anliegen, "das vorliegende Papier mit allen im Gesundheitssystem Verantwortlichen zu erläutern", erklärte die Ministerin in einer Aussendung am Dienstag. Daher werde man sich auch "kein starres Zeitkorsett" auferlegen.

Kdolsky will die Ärzte- und Apothekerkammer, die pharmazeutische Industrie sowie die Länder in die Gespräche miteinbeziehen. Im Anschluss an diese Verhandlungen sollen koordinierende Gespräche mit Sozialminister Erwin Buchinger (S) geführt werden. Ziel sei, **bis November eine Ministerratsvorlage** "entsprechend dem Arbeitsprogramm der Bundesregierung" zu erarbeiten, hieß es in der Aussendung (Schluss) hac/jep

APA0582 2008-04-08/16:43

081643 Apr 08

--

Birgit Merz

Pressestelle Österreichische Ärztekammer

Nibelungengasse 13/5

1010 Wien

Tel 01/5131833-45

Fax 01/5131833-54

E-Mail b.merz@aerztekammer.at

Internet www.aerztekammer.at

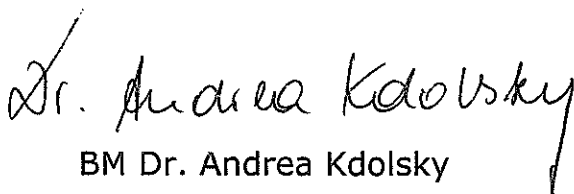


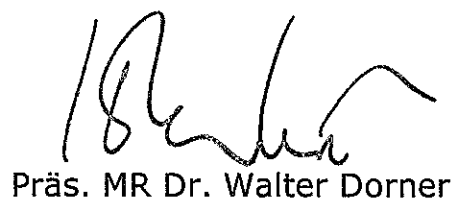
**Gemeinsame Erklärung von
Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend
Dr. Andrea Kdolsky
und
dem Präsidenten der österreichischen Ärztekammer
Dr. Walter Dorner**

**im Zusammenhang
mit der Art 15a Vereinbarung zum Gesundheitswesen**

1. BM Dr. Andrea Kdolsky wiederholt ihre Bereitschaft auf Basis des Regierungsprogrammes für die 23.GP die Einführung der geplanten Gesundheitszentren in einer eigenen Arbeitsgruppe im Detail mit der österreichischen Ärztekammer zu entwickeln. Dabei wird festgehalten, dass es sich um keine ambulanten Versorgungszentren, sondern eine Ergänzung der bestehenden Gesundheitsversorgungsstrukturen im Rahmen kollektiver Vereinbarungen mit den jeweils zuständigen Interessensvertretungen handelt. Dabei sollen regionale Anforderungen unter der zentralen Rolle der Haus- und niedergelassenen Fachärzte besonders beachtet werden.
2. Das System der gesamtvertraglichen Regelung der Vertragsverhältnisse niedergelassener Ärzte (und Gruppenpraxen) zu den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern soll sich am RSG ausrichten wobei die Leistungsvergütung und die Angebotsplanung auch weiterhin als privatrechtliches Instrument in der Privatautonomie der Selbstverwaltung der Ärztekammern und der Sozialversicherungsträger beibehalten werden. Den Tendenzen in Richtung einer Zentralisierung von Planungsentscheidungen wird eine klare Absage erteilt.
3. In der Frage der Ausgestaltung der neu zu schaffenden Bundesbehörde für die Anerkennung für ärztliche Ausbildungsstätten und -stellen wird vereinbart eine Arbeitsgruppe zwischen BMGFJ und ÖÄK einzurichten, die gemeinsam ein entsprechendes Modell erarbeitet. Dabei wird insbesondere die Sicherstellung des in den Ärztekammern in diesem Bereich vorhandenen Know-Hows berücksichtigt. Ziel soll es ua. sein, eine Form der Einbindung der Erkenntnisse der Visitationskommissionen zu finden.

4. In der Frage des Verhältnisses von Qualitätssicherungsbestimmungen im Bereich der ÖQMed und des Bundes wird in Aussicht genommen in § 195 Abs 6f ÄrzteG den Genehmigungsmaßstab um die Beachtung der fachspezifischen Qualitätsstandards iSd § 49 ÄrzteG zu ergänzen. Generell besteht Einigkeit darüber, dass in einer Arbeitsgruppe eine strukturelle Zusammenarbeit zwischen der weiterhin im Eigentum der ÖÄK stehenden ÖQMed und BIQG erarbeitet werden soll.
5. Sowohl BM Dr. Andrea Kdolsky als auch der Präsident der österreichischen Ärztekammer Dr. Walter Dorner sind sich einig, dass die hohe Qualität des österreichischen Gesundheitssystems weiter gesichert werden soll. Im Zentrum steht die bestmögliche ärztliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung.


BM Dr. Andrea Kdolsky


Präs. MR Dr. Walter Dorner

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH



BEILAGE 3

ÖQMed

GmbH im Eigentum der ÖÄK; 2 beratende Beiräte (Wiss. Beirat lt. ÄrzteG; Evaluierungsbeirat mit 11 Spezialisten im ärztlichen Qualitätsmanagement)

Adresse: Weihburggasse 9/22; 1010 Wien

Vorsitzender Evaluierungsbeirat: ÖÄK-Präsidialreferent Dr. Otto Pjeta

Geschäftsführung: Dr. Esther Thaler

Innendienst: 12 Mitarbeiter

Außendienst: 182 Qualitätssicherungsbeauftragte mit Werkvertrag

Überblick Finanzen seit Gründung 2004

Abschlussjahr	Ergebnis der Gewinn- und Verlustrechnung (genehmigt durch die Generalversammlung der ÖQMed und veröffentlicht im Firmenbuch)
2004	€ 118.279,51
2005	€ 284.136,52
2006	€ 458.951,46
2007	€ 639.275,48
2008 (Prognose)	€ 723.605,30
Gesamt (gedeckt durch Kapital der ÖÄK)	€ 2.224.248,27

Gesetzliche Ordinationsevaluierung (Stand 7.5.2008)

Summe im Evaluierungsprozess	17.490 Ordinationen
Zertifiziert	7.428 Ordinationen
Ordinationen besucht	812 Ordinationen
Ordinationen mit Mangel /Mängel	1.227 Ordinationen
Abgebrochene Evaluierungen	1.032 Ordinationen (Schließungen)
Derzeit in Evaluierung:	8.968 Ordinationen

Projekte

1. Barrierefreiheitsregister:

Um Menschen mit besonderen Bedürfnissen (wie körperlichen Einschränkungen oder Migrationshintergrund) zu ermöglichen, in ihrer Umgebung leicht einen Arzt zu finden, der auf ihre besonderen Bedürfnisse eingestellt ist, wurde eine österreichweite Arztsuchmaschine entwickelt. Eingetragen sind derzeit 6794 Ordinationen aller Fachrichtungen. Das Projekt wurde gefördert durch das Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. (www.arztbarrierefrei.at)

2. Ausbildung zum Risikomanager für das Spital:

Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH



BEILAGE 3

Fünftägiger Kurs, interdisziplinärer Ansatz, Abschluss mit ÖÄK-Diplom. Teilnehmer erhalten einen umfassenden Zugang zur Qualitätssicherung und Risikomanagement sowie die Verwendung der einzelnen Methoden & Werkzeuge. Eine sofortige Umsetzung durch den Kursteilnehmer im beruflichen Alltag ist möglich.

Stand: erster Kurs findet ab 26.5.2008 statt; 18 Teilnehmer. 10 Voranmeldungen für 2. Kurs im Herbst 2008.

3. Patientenbefragung:

Ziel einer Patientenbefragung bei niedergelassenen ÄrztInnen ist es Stärken und Verbesserungspotentiale der Ordination auch im Vergleich mit Kollegen herauszuarbeiten. Diese können dann in die Qualitätsbemühungen der Ordination einfließen und zur Optimierung der Arbeitsabläufe und Steigerung der Patientenzufriedenheit genutzt werden.

Stand: 2008 von Bundeskurie der ng Ärzte übernommen. In 200 Ordinationen wurden 13362 Patienten befragt. (www.patientenbefragung.at)

4. Forschungsprojekte in Kooperation mit der IMC FH Krems:

- Barrierefreiheit als Qualitätsfaktor für die ärztliche Leistung im niedergelassenen Bereich unter besonderer Berücksichtigung von bewegungseingeschränkten, gehörlosen und blinden Patientinnen und Patienten
- Fehlermanagement und Fehlervermeidung in der niedergelassenen Ärzteschaft
- Einfluss des Personalmanagements auf die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement von Krankenhäusern am Beispiel der angestellten Ärzte
- Aufbau und Implementierung eines Qualitätssicherungssystems unter der Berücksichtigung von modernem Qualitätsmanagement in der ÖQMed
- Volkskrankheit Diabetes Mellitus Typ 2 als gesundheitspolitische Herausforderung – Hauptaspekte bei der Gestaltung von Präventionsstrategien sowie die Vorstellung von Programmen in Österreich
- Die Qualitätssicherung in der neugegründeten Arzt-Ordination



BEILAGE 3

Mitglieder	Fach	Adresse	Tel.Nr.	Fax.Nr.	Mailadresse
1) nominiert vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend					
AbgzNR Theresia Haidlmayr	Der Grüne Klub	Dr. Karl-Renner-Ring 3 1017 Wien	01-40110-6698	01-40110-6883	theresia.haidlmayr@gruene.at
Dr. Gerald Bachinger	Patientenanwaltschaft NÖ	Neugebäudeplatz 1 3100 St. Pölten	02742-9005-15575	02742-9005-15660	gerald.bachinger@noel.gv.at
Dr. Ursula Fronaschütz (ersetzt durch Mag. Ingeborg Leeb-Klaus)	BM für Gesundheit, Familie und Jugend	Radetzkystrasse 2 1030 Wien	01-71100	01-7183756	doris.gojakovich@bmgfj.gv.at
Univ. Prof. Dr. Gabriele Fischer	AKH Wien, Ambulanz f. Drogen	Währinger Gürtel 18-20 1090 Wien	01-40400-3552	01-40400-3500	gabriele.fischer@meduniwien.ac.at ; nina.hornacek@meduniwien.ac.at
Dir.Mag. Roswitha Pettliczek-Koller	Hauptverband d. österr. Sozialversicherungsträger	Kundmanngasse 21-27 1030 Wien	01-71132-1401	01-71132-3780	roswitha.pettliczek-koller@hvb.sozvers.at ; ingrid.leitner@hvb.sozvers.at
Prof. Dr. Gertrude Kubiena	FA f. HNO	Weimarerstrasse 41 1180 Wien	01-4707070	01-4707173	g.kubiena@aon.at
2) nominiert von der Österreichischen Ärztekammer					
Prof. HR MR Dr. Robert Fischer	FA f. Zahn-Mund- und Kieferheil-kunde	Julius-Raab-Promenade 7 3100 St. Pölten	0676-6153834	01-3680998	robert.fischer@donau-uni.ac.at
Dr. Reinhold Glehr	Arzt f. Allgemeinmedizin	Michaeligasse 12 8230 Hartberg	03332-63511	03332-61611	glehr@Eunet.at
Dr. Friedrich Hartl	Arzt f. physikalische Medizin und Allgemeinmedizin	Neilreichgasse 98 1100 Wien	01-6022796-0/ 0676/3546113	01-6022796-4	office@dr-hartl.at
Prim. Dr. Gerald Ohrenberger	FA f. Innere Medizin	Elek-Eiweck-Str.2 7000 Eisenstadt	02682 / 67054	02682/62743	gomedicus@aon.at
Dr. Erich Ropp	FA f. Frauenheilkunde u. Geb.	Villacherstr. 1A/6 9020 Klagenfurt	0463-54518	0463-54518/4	erich.ropp@aon.at
Rosemarie Bauer	Volksanwältin	p.A. Volksanwaltschaft Singerstr. 17 1015 Wien, PF20	01-51505-131	01-51505-170	Rosemarie.Bauer@volksanwaltschaf.at



Beilage 4**§ 343 Abs 4 soll lauten wie folgt:**

„Der Krankenversicherungsträger kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs 2 und 3 unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres aus folgenden Gründen kündigen:

- a) beharrliche und schwerwiegende Verstöße gegen Verpflichtungen aus dem Gesamt- und Einzelvertrag
- b) Trotz vorangegangener Verwarnung durch die zuständigen Krankenversicherungsträger Nichteinhaltung von gesamtvertraglich oder per Verordnung gem. § 118c ÄrzteG festgelegten Qualitäts- und Fortbildungsstandards.
- c) Sonstige schwerwiegende Berufspflichtenverletzungen wie z.B. unververtretbare medizinische Behandlungsmethoden.

Die Kündigung bzw. Verwarnung durch den Krankenversicherungsträger hat unter Angabe des Grundes schriftlich zu erfolgen und ist der zuständigen Landesärztekammer zur Kenntnis zu bringen. Der gekündigte Arzt oder die gekündigte Vertrags-Gruppenpraxis kann innerhalb von zwei Wochen die Kündigung bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten.

Die LSK hat innerhalb von 6 Monaten nach Einlangen des Einspruches über diesen zu entscheiden. Der Einspruch hat bis zum Tag der Entscheidung der LSK aufschiebende Wirkung.

Eine Vertrags-Gruppenpraxis kann die Kündigung abwenden, wenn sie innerhalb von acht Wochen ab Rechtskraft der Kündigung jenen persönlich haftenden Gesellschafter, der ausschließlich den jeweiligen Kündigungsgrund gesetzt hat, aus der Vertrags-Gruppenpraxis ausschließt.

Eine vom gekündigten Arzt (von der gekündigten Gruppenpraxis) eingebrachte Berufung an die Bundesschiedskommission hat ohne Zustimmung des Krankenversicherungsträgers keine aufschiebende Wirkung.“

§ 343 Abs 4a soll lauten wie folgt:

„Das Vertragsverhältnis kann vom Vertragsarzt unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.“

Beilage 5

Schlichtung bei Nichteinigung über einen Gesamtvertrag

Textvorschlag der ÖÄK zu § 348 neu:

(1) Eine Kündigung eines Gesamtvertrags ist von der kündigenden Vertragspartei auch der Bundesschiedskommission unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

(2) Die Bundesschiedskommission setzt im Falle der Kündigung eines Gesamtvertrags den Inhalt des gekündigten Gesamtvertrags für höchstens 24 Monate – gerechnet vom Tag der Entscheidung – fest.

(3) Der aufgekündigte Gesamtvertrag bleibt bis zur Entscheidung der Bundesschiedskommission vorläufig in Kraft.

(4) Die Bundesschiedskommission hat bei der Festsetzung des Inhalts des Gesamtvertrags, sofern die Honorarordnung betroffen ist, folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. den aktuellen VPI bzw. VPI des abgelaufenen Jahres
2. die Einnahmensituation des Trägers der Krankenversicherung
3. den jeweiligen Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung
4. die Bevölkerungsentwicklung in der zu versorgenden Region
5. die spezifische Kostenentwicklung der Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen
6. die gesamtwirtschaftliche Situation (einschließlich Lohn- und Gehaltsabschlüsse)
7. aktuelle Honorarvereinbarungen mit anderen Trägern der Krankenversicherung
8. die Einkommensentwicklung anderer freier Berufe
9. dass das prognostizierte jährliche Honorarvolumen im festgesetzten Zeitraum das Honorarvolumen des letzten Jahres vor Ablauf des abgelaufenen Gesamtvertrags keinesfalls unterschreitet.

(5) Einigen sich die Gesamtvertragspartner auf einen neuen Gesamtvertrag, so tritt die Entscheidung der Bundesschiedskommission außer Kraft.

(6) Mit Ablauf der Geltungsdauer des gem Abs 2 festgesetzten Gesamtvertrags erlöschen die von seinem Geltungsbereich erfassten Einzelverträge.

§ 343e des Entwurfs ist ersatzlos zu streichen.