

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts in Business

am Masterstudiengang Rechnungswesen & Controlling

der FH CAMPUS 02

Entwicklung eines Beratungskonzeptes zur Errichtung von Primärversorgungseinheiten in Österreich

Betreuer:

MMag. Matthias Schwar

vorgelegt von:

Marco Peischl (1610532023)

Graz, 20. April 2018

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Graz, 20. April 2018

Marco Peischl, eh

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die durch ihr fachliches Wissen und ihren persönlichen Einsatz zum Gelingen dieser Masterarbeit beigetragen haben.

Ein besonderer Dank gilt dabei Dr. Patricia Andretsch, welche den Anstoß zu dieser Arbeit geliefert hat, und Mag. Michaela Christiner, welche die Kooperation mit der AUSTIN | BFP Tax Steuerberatungs GmbH ermöglicht hat.

Ein weiterer Dank gilt KAD Dr. Thomas Holzgruber (Ärztchammer für Wien) und KAD Hon.-Prof. Dr. Johannes Zahrl (Österreichische Ärztekammer), welche für ausführliche Interviews zur Verfügung gestanden sind und mit Ihrem Wissen und dem Gesagten einen wertvollen Beitrag für diese Arbeit geleistet haben.

Außerdem möchte ich dem Betreuer dieser Arbeit, MMag. Matthias Schwarz, einen besonderen Dank aussprechen und mich für die hervorragende Zusammenarbeit sowie die in mich und meine Arbeit investierte Zeit bedanken.

Nicht zu vergessen ist auch die unerlässliche Unterstützung von Seiten meiner Familie und meinen Freunden sowie meiner Partnerin Ilse Fellner, die mich bei dem Erreichen meiner Ziele immer unterstützen. Dafür DANKE!

Graz, im April 2018

Marco Peischl

Kurzfassung

Diese Arbeit befasst sich mit dem am 28. Juni 2017 im Nationalrat beschlossenen und am 2. August 2017 in Kraft getretenen Primärversorgungsgesetz (PrimVG). Als Ziel stand dabei die Entwicklung eines Beratungskonzeptes für ein Grazer Beratungsunternehmen, die AUSTIN | BFP Gruppe, welche ebenfalls das Kooperationsunternehmen dieser praxisorientierten Arbeit ist.

Durch das PrimVG wurde eine neue Form der Zusammenarbeit zwischen Medizinerinnen und Medizinern sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe geschaffen. Diesen soll es fortan möglich sein in Primärversorgungseinheiten, kurz PVE, zusammenzuarbeiten. Das neue Gesetz hat allerdings auch dahingehend eine Vielzahl an Fragen offengelassen, wie die rechtliche Ausgestaltung einer solchen Einheit konkret auszusehen hat.

Um dennoch den Anforderungen des Kooperationsunternehmens gerecht zu werden und ein Beratungskonzept für die Betreuung von Ärztinnen und Ärzten zum Themengebiet der PVE erstellen zu können, wurde die neue Rechtslage im Rahmen dieser Arbeit ausführlich analysiert und es wurden sowohl Parallelen als auch Unterschiede zu den bisherigen Formen der Zusammenarbeit für diese Berufsgruppe aufgezeigt. Das entwickelte Konzept stellt die Wege in die unterschiedlichen Ausgestaltungsformen einer PVE übersichtlich dar. Die Arbeit liefert das notwendige Wissen und erläutert die einzelnen Schritte im Detail.

Als wissenschaftliche Methoden wurden die Literaturrecherche sowie eine qualitative Befragung in Form von Leitfadeninterviews eingesetzt. Bei Letzterer sind Rechtsexperten und Entscheidungsträger der Ärztekammer befragt worden. Ziel der Befragung war es, zum einen die Einstellung zum Thema PVE der unterschiedlichen Personen herauszufinden und zum anderen Meinungen zu all jenen Themen zu sammeln, die in der derzeitigen Rechtslage nicht eindeutig geregelt sind. Hierbei ist auch auf jene Punkte eingegangen worden, zu denen das neue PrimVG Abweichungen von bisherigen Regelungen in der Vergesellschaftung von Ärztinnen und Ärzten vorsieht.

Im Rahmen der Arbeit hat sich gezeigt, dass die Realisierung einer PVE nach derzeitiger Rechtslage nur eingeschränkt möglich ist. Dies ist damit zu begründen, dass der notwendige Gesamtvertrag zwischen der Ärztekammer und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger erst ausverhandelt wird. Um dennoch eine PVE eröffnen zu können, wäre aktuell noch der Abschluss eines Primärversorgungs-Sondervertrages notwendig.

Trotz dieses temporären Hindernisses ist das Potential für Beratungsleistungen in diesem Bereich hoch, da sich gezeigt hat, dass auf politischer Ebene die Realisierung von zumindest 75 PVE in den nächsten Jahren in Österreich angestrebt wird.

Abstract

This master thesis deals with the Primary Health Care Act (PrimVG), which was approved in the National Assembly on June 28th, 2017 and came into force on August 2nd, 2017. The objective was to develop a consulting concept for the AUSTIN | BFP Group, which is a consulting company located in Graz and also the cooperation company of this practice-oriented thesis.

The PrimVG has enabled a new form of cooperation between physicians and other health professionals. From now on it is possible for these professional groups to work together in primary healthcare units, abbreviated to PHC. However, the new law has also left a multitude of questions open such as for example how the legal structure of a PHC should look exactly.

In order to meet the requirements of the cooperation company and to be able to draw up a consulting concept for advising physicians on the topic of PHC, the new legal situation was analyzed in detail in the context of this thesis. In this regard both parallels and differences to the previous existing forms of cooperation between physicians were pointed out. The concept developed demonstrates the different options for founding a PHC. The master thesis contains, in addition, the necessary background knowledge and explains the individual steps of the founding process in detail.

As scientific methods a literature research and a qualitative survey in the form of guideline interviews were used. Thereby legal experts and decision makers of the medical association were interviewed. The aim of the survey was to find out the attitudes of the different persons to the topic of PHC and to get opinions on all the questions which are not clearly regulated in the framework of the new law. In this regard, also the deviation from the previous legal situation for cooperation between physicians was discussed.

Through this thesis it was found out that the foundation of a PHC according to the current legal situation is only possible to a limited extent. This can be explained by the fact that the necessary contracts between the medical association and the social insurance institution are currently being negotiated and not concluded yet. Therefore, the foundation of a PHC in the actual legal situation is only possible through the conclusions of special contracts which require a special permission.

Despite this temporary obstacle, the potential for advisory services in this area is high. This can be proven by the fact that at the political level the foundation of at least 75 PHC in Austria is planned within the next years.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Kooperationsunternehmen.....	1
1.2. Spezifische Ausgangssituation.....	2
1.3. Zielsetzung und Praxisoutput.....	4
1.4. Problemstellung und Forschungsfragen.....	5
1.5. Aufbau und Methoden.....	6
1.6. Abgrenzung.....	7
2. Rechtsgrundlagen und Entstehung von PVE	8
2.1. Definitionen und rechtliche Entstehung.....	8
2.1.1. Definition von Primärversorgung.....	8
2.1.2. Definition von Primärversorgungseinheiten.....	10
2.1.3. Historie zur rechtlichen Entstehung des PrimVG.....	11
2.2. Umsetzung von PVE in Österreich.....	15
2.2.1. Organisation und Aufbau einer PVE.....	15
2.2.2. Bestehende und geplante Zentren in Österreich.....	17
2.2.3. Erhoffte Vorteile durch PVE.....	19
2.2.4. Kritische Analyse der erhofften Vorteile von PVE.....	21
3. Rechtliche Rahmenbedingungen für PVE	27
3.1. Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten.....	27
3.1.1. Gruppenpraxen nach § 52a ÄrzteG.....	28
3.1.2. Selbstständige Ambulatorien.....	35
3.1.3. Sonstige Gesellschaftsformen (Verein).....	39
3.2. Voraussetzungen für die Gründung einer PVE.....	41
3.2.1. Generelle Voraussetzungen für eine PVE.....	41
3.2.2. Besonderheiten bei der Umsetzung einer PVE-Gruppenpraxis.....	48
3.2.3. Besonderheiten bei der Umsetzung eines PVE-Ambulatoriums.....	50
3.2.4. Besonderheiten bei der Umsetzung eines PVE-Netzwerks.....	51
3.2.5. Auswahlverfahren für eine PVE.....	52
3.3. Vertragsbeziehungen zwischen PVE und Sozialversicherungsträger.....	57
3.3.1. Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung im extramuralen Bereich.....	57
3.3.2. Vertragstypen.....	60
3.3.3. Spezifika bei PVE.....	63
3.4. Konnex Praxisoutput – allgemeine Aspekte.....	71

4. Steuerliche Besonderheiten für PVE.....	74
4.1. PVE-Gruppenpraxis	74
4.1.1. PVE-Gruppenpraxen in der Rechtsform der OG	74
4.1.2. PVE-Gruppenpraxen in der Rechtsform der GmbH	83
4.1.3. Rechtsformvergleich	87
4.2. Weitere PVE-Formen	90
4.3. Umsatzsteuerliche Besonderheiten für PVE.....	94
4.4. Konnex Praxisoutput – steuerliche Aspekte	95
5. Resümee	97
5.1. Zusammenfassung	97
5.2. Conclusio	100
Literaturverzeichnis	102
Anhang.....	109
a) Beratungskonzept – Leitfaden	109
b) Beratungskonzept – Kurzübersicht PVE	123
c) Konzept für Leitfadeninterview	127
d) Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahl.....	129
e) Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber	140
f) Analytierte Stellungnahmen zum Begutachtungsentwurfs des GRUG 2017.....	148
g) Überblick der zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich.....	150
h) Stellenplan für die Steiermark.....	150

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Team einer PVE	16
Abbildung 2: Ausgestaltungsformen einer PVE	17
Abbildung 3: Rechtliche Umsetzung der integrierten Versorgungsplanung	47
Abbildung 4: Die österr. Sozialversicherungsträger	58
Abbildung 5: Vertragsbeziehungen von PVE	64
Abbildung 6: Besteuerung OG vs. GmbH	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bestehende PVE in Österreich	18
Tabelle 2: Versorgungssituation in der Allgemeinmedizin in Österreich	18
Tabelle 3: Steuerbelastung OG vs. GmbH	88
Tabelle 4: Außersteuerlicher Vergleich Ärzte OG vs. Ärzte GmbH	90

Abkürzungsverzeichnis

AB	Abschlussbericht
Abs.	Absatz
ÄK	Ärztékammer
ÄrzteG	Ärztegesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
Aufl.	Auflage
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
BAO	Bundesabgabenordnung
BGBI.	Bundesgesetzblatt
Blg.	Beilage
BlgNR.	Beilage zum Protokoll des Nationalrats
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BW	Betriebswirtschaft
BZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
DCF	Discounted Cash Flow
EAR	Einnahmen-Ausgaben-Rechnung
ErläutRV	Erläuterungen zur Regierungsvorlage
EStG	Einkommensteuergesetz

EuGH	Europäischer Gerichtshof
GesBR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GFB	Gewinnfreibetrag
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GP	Gesetzgebungsperiode
GRUG	Gesundheitsreformumsetzungsgesetz
G-ZG	Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit
G-ZK	Gesundheits-Zielsteuerungskommission
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KESt	Kapitalertragssteuer
KFS	Kammer Fachsenat
KG	Kommanditgesellschaft
KÖSt	Körperschaftsteuer
LZK	Landes-Zielsteuerungskommission
ME	Ministerialentwurf - Erläuterungen
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OEPOP	Österreichisches Forum Primärversorgung
OG	Offene Gesellschaft
OGH	Oberste Gerichtshof
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖVP	Österreichische Volkspartei
PHC	Primary Health Care
PrimVG	Primärversorgungsgesetz

PVA	Pensionsversicherungsanstalt
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RV	Regierungsvorlage
Rz	Randziffer
S.	Siehe oder Seite
SN	Stellungnahme
SPÖ	Sozialdemokratische Partei Österreichs
UGB	Unternehmensgesetzbuch
UmgrStG	Umgründungssteuer-Gesetz
UmgrStR	Umgründungssteuer-Richtlinien
UStG	Umsatzsteuergesetz
UStR	Umsatzsteuerrichtlinien
VA	Versicherungsanstalt
VerG	Vereinsgesetz
Vgl.	Vergleiche
VUG	Vereinbarungsumsetzungsgesetz
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
WHO	World Health Organisation
WKO	Wirtschaftskammer Österreich
Zl.	Zahl

1. Einleitung

Angesichts des stetigen Strukturwandels in der österreichischen Gesundheitspolitik und damit verbunden auch im Berufsstand der Mediziner, nehmen steuerliche Themen und betriebswirtschaftliche Entscheidungen gerade in diesem Bereich einen immer höheren Stellenwert sowohl für die Gesellschaft als auch für Ärztinnen und Ärzte ein. Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit einer neuen Form der Zusammenarbeit von Medizinerinnen und Medizinern, die im Rahmen der Gesundheitsreform 2017 geschaffen wurde.

Im ersten Kapitel dieser praxisorientierten Arbeit werden das Kooperationsunternehmen, welches als Partner bei der Verfassung der Arbeit beratend zur Verfügung stand, und die Ausgangssituation beschrieben. Darauf aufbauend werden die Problemstellung und Forschungsfragen abgeleitet und jene Methoden offengelegt, welche zur Beantwortung herangezogen wurden. Den Abschluss des ersten Kapitels bildet die Abgrenzung der Arbeit.

1.1. Kooperationsunternehmen

Den Anstoß zu dieser Arbeit lieferte das Kooperationsunternehmen AUSTIN | BFP. AUSTIN | BFP ist eine Gruppe von Beratungsunternehmen, die einerseits alle steuerlich relevanten Bereiche abdecken und sich andererseits auf die strategische Entwicklung und das Wachstum von Unternehmen und Organisationen spezialisiert haben. Neben den Kernsegmenten Tax, Audit und Consulting bieten die Special-Center gezieltes Know-how, vom kommunalen Bereich über Stiftungen bis hin zu den freien Berufen. Insgesamt betreut die Unternehmensgruppe über 3.000 Kunden im regionalen, überregionalen sowie im internationalen Markt. AUSTIN | BFP wird von acht Partner geleitet und beschäftigt derzeit über 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Standorten Graz und Wien. Zusätzlich gibt es Tochtergesellschaften in Zürich, im Burgenland und in Kärnten. Durch die Mitgliedschaft im BDO-Netzwerk, einer der führenden Zusammenschlüsse internationaler Prüfungs- und Beratungsgesellschaften weltweit, ist die Unternehmensgruppe in der Lage, jederzeit auf ausgewählte internationale Experten zurückzugreifen und neben der nationalen Beratung auch Beratung auf internationaler Ebene anzubieten.

In den Bereichen Tax und Audit ist die Unternehmensgruppe AUSTIN | BFP Marktführer in der Steiermark und österreichweit zählt diese zu den zehn größten Wirtschaftstreuhandorganisationen.¹

1.2. Spezifische Ausgangssituation

Damit AUSTIN | BFP seine Spitzenposition am Markt halten kann und ein kontinuierliches Wachstum ermöglicht wird, gilt es für die Unternehmensgruppe immer den aktuellen Stand der Rechtslage in Österreich zu kennen und in vielen Bereichen eine Vorreiterrolle einzunehmen. Wie bereits erwähnt, haben im Bereich der Gesundheitspolitik immer wieder Veränderungen in der Vergangenheit stattgefunden und einer qualifizierten Beratung für Mandantinnen und Mandanten aus diesem Sektor kommt eine immer größer werdende Bedeutung zu. AUSTIN | BFP hat bereits auf diesen Trend reagiert und ein eigenes Team für die Betreuung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Freiberuflern eingerichtet.

Ein Thema ist aktuell politisch und auch medial besonders in den Vordergrund getreten. Dieses betrifft die immer notwendiger werdenden Veränderungen in der lokalen Erstversorgung der Bevölkerung. Trotz der Tatsache, dass Österreich die zweithöchste Ärztedichte pro Einwohner im Vergleich der OECD-Länder aufweist², kommt es vermehrt zu Engpässen in der medizinischen Versorgung von peripheren Regionen³. Der Gesetzgeber hat bereits erste Schritte eingeleitet, um dieses Problem in den Griff zu bekommen und rechtliche Rahmenbedingungen für neue Konzepte geschaffen.

Eine konkrete Maßnahme in diesem Bereich, welche in dieser Arbeit behandelt wird, ist die Errichtung von Primärversorgungseinheiten, kurz PVE (abgeleitet vom engl. Begriff Primary Health Care oder kurz PHC). Dabei handelt es sich um regionale Gesundheitszentren, die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner (ugs. Hausärztinnen und Hausärzte), Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Hebammen, Pflegepersonal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Angehörigen andere Gesundheitsberufe in einer Organisation vereinen.⁴ PVE sind somit ähnlich aufgebaut wie Ambulanzen in Spitälern. Die Unterschiede liegen unter anderem darin, dass diese nicht als öffentliche Krankenanstalt im weiteren Sinne, sondern als freiberufliche Unternehmung (in Form einer Praxisgemeinschaft, eines selbstständigen Ambula-

¹ Weitere Informationen zum Kooperationsunternehmen können unter www.austin-bfp.at abgerufen werden.

² Vgl. OECD (2017), Onlinequelle [07.04.2018], S. 1.

³ Vgl. CZYPIONKA/ULINSKI (2014), S. 29 f.

⁴ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN (2014), S. 26; BERGMAIR (2015), S. 92.

toriums oder eines Netzwerks) geführt werden und den Patientinnen und Patienten eine wohnortnahe, multiprofessionelle Behandlung bieten können.⁵

Das derzeit in Österreich vorherrschende Primärversorgungssystem besteht weitestgehend aus Einzelpraxen.⁶ Da die Kommunikation und Kooperation in vielen Bereichen zwischen den einzelnen Ärztinnen und Ärzten sowie den Krankenanstalten mangelhaft ist, kommt es oft zu Mehrfachuntersuchungen und erhöhten Krankenhauseinweisungen, welche wiederum zu unnötig hohen Kosten für das Gesundheitssystem führen.

PVE sollen insofern zu einer Verbesserung der Situation beitragen, dass mehrere medizinische Bereiche in einem Haus bzw. einer Organisation untergebracht sind und unter einheitlicher Leitung stehen. Das soll zu einer Verbesserung der Kommunikation und damit verbunden der Qualität führen, die Wartezeiten und Wege für die Patientinnen und Patienten verkürzen und in weiterer Folge eine Reduzierung der Kosten für das Gesundheitssystem bringen. Weitere Vorteile und befürchtete Nachteile des neuen Systems werden ausführlich in Kapitel 2.2. der Arbeit erörtert.

Zum Zeitpunkt des Recherchebeginns für das Verfassen dieser Arbeit (Juni 2017) gab es in Österreich zwei Primärversorgungseinheiten. Eine Einrichtung befindet sich in Enns und die andere in Wien-Mariahilf. Die Einrichtung in Wien-Mariahilf wurde im April 2015 eröffnet und die Einrichtung in Enns im Februar 2017. Beide PVE wurden vorerst als Pilotprojekte auf eine Laufzeit von fünf Jahren begrenzt und die rechtliche Umsetzung erfolgte auf Grundlage von Sonderbestimmungen und Sonderverträgen.⁷ Zum Zeitpunkt des Abschlusses der Arbeit (April 2018) waren bereits vier PVE in Betrieb.

Dennoch ist zu erwarten, dass die Zahl der PVE zukünftig steigen wird und die Umsetzung für alle Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner möglich wird. Eine rechtliche Basis für diese Annahme bildet bereits jetzt die Bund-Länder-Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2020, welche die Errichtung von 75 neuen Primärversorgungseinrichtungen in Österreich vorsieht.⁸ Außerdem wurde am 28. Juni 2017 im Rahmen des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes (GRUG 2017) das Primärversorgungsgesetz (PrimVG 2017), welches sich ausschließlich mit PVE beschäftigt, im Nationalrat verabschiedet⁹.

⁵ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2014), S. 21 f.

⁶ Vgl. HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (2017b), S. 25.

⁷ Vgl. KIESL/FLOIMAYR (2017), S. 121; MAYR (2015), S. 24.

⁸ S. BGBl. I Nr. 97/2017 Artikel 5 Z 3 und Artikel 18 Z 5.

⁹ S. BGBl. I Nr. 131/2017.

AUSTIN | BFP hat bereits einen großen Erfahrungsschatz in der Betreuung von bisher gängigen Ärztesellschaften. Die Unternehmensgruppe betreut mehrere Ambulatorien und Gruppenpraxen im Osten Österreichs. Eine PVE ist noch nicht im Mandantenkreis zu finden. Allerdings zeichnet sich der Trend ab, dass immer mehr Klientinnen und Klienten Anfragen betreffend Primärversorgungseinheiten stellen. Diese Anfragen gehen dabei in unterschiedliche Richtungen. Ärztinnen und Ärzte mit langjähriger Berufserfahrung wollen vor allem wissen, was auf Grund der Neuerungen auf sie zukommen könnte und ob sie mit (finanziellen) Einbußen rechnen müssen. Junge Ärztinnen und Ärzte sehen hingegen tendenziell eine Chance in dem neuen Modell und erkundigen sich bereits nach Umsetzungsmöglichkeiten.

1.3. Zielsetzung und Praxisoutput

Um zukünftig Beratungsleistungen betreffend PVE anbieten zu können und das Know-how des Hauses zu vergrößern, hat AUSTIN | BFP die Entwicklung eines Beratungskonzeptes zur Errichtung von solchen Einrichtungen in Österreich als Masterarbeitsthema vergeben. Das Konzept soll als interner Leitfaden für zukünftige individuelle Beratungsleistungen genutzt werden können. Es muss daher alle Möglichkeiten aufzeigen, wie im aktuellen rechtlichen Rahmen eine PVE in Österreich umgesetzt werden könnte und welche Entscheidungen dabei zu treffen sind. Der Fokus des Konzeptes soll einerseits auf steuerrechtlichen Themen und andererseits auf die Besonderheiten des Berufsrechts der Ärztinnen und Ärzte gesetzt werden. Dabei sollen unter anderem die Fragen erörtert werden, welche Rechtsformen in der Umsetzung möglich sind, wie die steuerrechtliche Ausgestaltung aussehen könnte, welche Grenzen die berufsrechtlichen Bestimmungen setzen und wo die Vor- und Nachteile gegenüber den bisher gängigen Vergesellschaftungsformen für Ärztinnen und Ärzte liegen könnten.

Durch diese Arbeit wurde den genannten Vorgaben Folge geleistet, indem ein Beratungsleitfaden erarbeitet wurde, der den Weg in eine PVE übersichtlich aufzeigt und die zentralen Fragestellungen und notwendigen Handlungen hervorhebt. Außerdem finden sich in dem Leitfaden Verweise auf die jeweiligen Kapitel dieser Arbeit. Durch diese Vorgehensweise konnte erreicht werden, dass einerseits die Übersicht bewahrt wird und andererseits keine Informationen auf Grund von Restriktionen in der grafischen Aufbereitung verloren gehen.

Neben der Entwicklung des Konzeptes ist weiters durch AUSTIN | BFP angedacht, das durch die Masterarbeit generierte Wissen in Form einer Publikation zu veröffentlichen.

1.4. Problemstellung und Forschungsfragen

Die derzeitige Rechtslage in Österreich zum Thema Primärversorgungseinheiten ist äußerst komplex und trotz des neuen Gesetzes in vielen Detailfragen unklar. Dies ist damit zu begründen, dass der rechtliche Rahmen, welcher die Errichtung solcher Zentren ermöglicht, neben dem neuen Primärversorgungsgesetz aus vielen weiteren Gesetzen, Verordnungen und Gesamtverträgen besteht. Anzumerken ist, dass es in Österreich zehn Ärztekammern (eine je Bundesland und eine Bundeskammer) gibt, welche jeweils unterschiedliche Gesamtverträge mit den Sozialversicherungsträgern aushandeln.¹⁰ Außerdem wurde bis dato nur wenig Literatur zu dem Themengebiet der PVE publiziert und es gibt noch keine höchstgerichtlichen Rechtsprechungen. Besonders Letzteres stellt ein Problem dar, da das PrimVG in einigen Punkten Interpretationsspielräume gelassen hat und Paragraphen teilweise unklar ausformuliert wurden.

Aus dieser Situation kann somit abgeleitet werden, dass derzeit unklar ist, welche unterschiedlichen Möglichkeiten in Österreich bestehen, um eine PVE zu realisieren und wie diese konform der derzeitigen Rechtslage realisiert werden können. Zusätzlich ist nicht klar, ob die Vergesellschaftung in einer PVE für Ärztinnen und Ärzte einen Vorteil gegenüber bisherigen Vergesellschaftungsformen bieten kann.

Um den Anforderungen des Kooperationsunternehmens gerecht zu werden und ein Konzept für die Errichtung einer Primärversorgungseinheit in Österreich entwickeln zu können, gilt es vorrangig unterschiedliche Modelle zur Umsetzung von PHC-Zentren¹¹ aufzuzeigen. Als nächsten Schritt muss die derzeitig vorherrschende Rechtslage in Österreich aus zwei Sichtweisen analysiert werden. Einerseits aus der berufsrechtlichen Sicht von Ärztinnen und Ärzten. Hierbei gilt es vor allem auf die Vertragsbeziehungen zwischen den Ärztekammern, den Sozialversicherungsträgern und der PVE einzugehen sowie die Restriktionen des Ärztegesetzes im Zusammenhang mit der Vergesellschaftung aufzuzeigen. Andererseits auch aus steuerrechtlicher Sicht. Hierbei muss insbesondere auf die unterschiedlichen steuerlichen Vor- und Nachteile der gesellschaftsrechtlichen Umsetzungsmöglichkeiten (Rechtsformwahl) eingegangen werden. Nach Abschluss beider Analysen kann aufgezeigt werden, welche Ausgestaltungsmodelle von PVE nach aktueller Rechtslage in Österreich zulässig sind und wie deren Realisierung umgesetzt werden kann.

¹⁰ Vgl. TOMANDL (2009), S. 99.

¹¹ Internationales Synonym für die in Österreich als PVE bezeichneten Zentren.

Im Hinblick auf den Praxisoutput (beratungsorientiertes Konzept für AUSTIN | BFP) müssen in der Arbeit außerdem die Vor- und Nachteile von PVE gegenüber den bisherigen Vergesellschaftungsformen von Ärztinnen und Ärzten herausgearbeitet werden.

1.5. Aufbau und Methoden

Der Aufbau der Arbeit ist an den zu klärenden Fragestellungen angelehnt. Das erste Hauptkapitel nach der Einleitung beschäftigt sich mit der Definition und den Zielen von Primärversorgung bzw. Primärversorgungseinheiten und deren Ausgestaltungsmodellen in Österreich. Dabei wird auch in einem geringen Ausmaß auf vergleichbare Modelle aus anderen Ländern eingegangen, um Erfahrungswerte, insbesondere bei unterschiedlichen Umsetzungsformen, auf Österreich umzulegen. Ziel dabei ist es, die von der Politik erhofften Vorteile durch das neue System aus die Sichtweisen aller Betroffenen kritisch analysieren zu können.

Anschließend folgt ein Kapitel, welches sich mit den berufsrechtlichen Spezifika bei der Vergesellschaftung von Ärztinnen und Ärzten in Form einer PVE auseinandersetzt. Hierbei wird vor allem auf die unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit und die Vertragsbeziehungen zwischen der PVE-Gesellschaft und den Sozialversicherungsträgern eingegangen.

Das dritte Hauptkapitel beschäftigt sich mit den relevanten steuerrechtlichen Fragestellungen und erörtert sowohl die steuerlichen als auch gesellschaftsrechtlichen Vor- und Nachteile der zulässigen Rechtsformen für eine PVE.

Der Konnex zum Praxisoutput (Beratungskonzept für AUSTIN | BFP) wird am Ende jedes Hauptkapitels hergestellt.

Alle im Rahmen der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse werden im letzten Kapitel der Arbeit nochmals kompakt zusammengefasst.

Als wissenschaftliche Methoden wurden die Literaturrecherche sowie eine qualitative Befragung eingesetzt. Bei Letzterer sind Rechtsexperten und Entscheidungsträger der Ärztekammer befragt worden. Ziel der Befragung war es, die Einstellung zum Thema PVE der unterschiedlichen Personen herauszufinden und Meinungen zu all jenen Themen zu bekommen, die in der derzeitigen Rechtslage nicht eindeutig geregelt sind. Hierbei ist auch auf jene Punkte eingegangen worden, zu denen das neue PrimVG Abweichungen von bisherigen Regelungen in der Vergesellschaftung von Ärztinnen und Ärzten vorsieht.

Die qualitative Befragung wurde anhand eines Leitfadeninterviews durchgeführt. Dabei wurden den Befragten eine Einstiegsfrage und sieben Hauptfragen gestellt. Der Fragenkatalog, die vollständigen Transkriptionen der Interviews sowie die angewandten Transkriptionsregeln finden sich im Anhang der Arbeit.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Interviews sind über die ganze Arbeit hinweg integriert worden. Exakte Verweise auf das jeweilig Gesagte wurden in den Fußnoten vorgenommen.

Die Relevanz der qualitativen Befragung für das Kooperationsunternehmen ist damit zu begründen, dass einerseits mehrere Meinungen in Bezug auf die möglichen Ausgestaltungsformen einfließen konnten, was zu einer Verbesserung des Praxisoutputs beitragen konnte, und zum anderen, dass Aussagen über das mögliche Potential von PVE, und damit verbunden auch für Beratungsleistungen zu diesem Themengebiet, wissenschaftlich fundiert getroffen werden konnten.

1.6. Abgrenzung

Primäres Ziel der Arbeit ist es, unterschiedliche Ausgestaltungsmodelle für die Errichtung von PVE zu finden und aufzuzeigen, wie diese nach der aktuellen Rechtslage in Österreich umgesetzt werden können. Wird herausgefunden, dass es in Bundesländern unterschiedliche Möglichkeiten der Umsetzung gibt, so wird in der Arbeit nur auf ausgewählte Bundesländer im Detail eingegangen werden. Der Fokus wird dabei auf die östlichen Bundesländer (Burgenland, Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Steiermark) gelegt werden.

Betriebswirtschaftliche Analysen, welche in der Regel vor der Gründung einer neuen Gesellschaft durchgeführt werden (Standortanalyse, Planungsrechnungen etc.) sind nicht Teil dieser Arbeit. Der Fokus des finalen Konzeptes (Praxisoutput) ist auf die Darstellung der rechtlichen Aspekte und Möglichkeiten gerichtet. Das Konzept selbst soll lediglich als interne Grundlage für Beratungsleistungen in diesem Bereich dienen und somit keinen konkreten Vorschlag zur Errichtung an einem bestimmten Standort oder Planungsrechnungen beinhalten.

Auch wird sich in der Arbeit nicht mit juristischen Detailfragen beschäftigt. Wird bei der Analyse von Gesetzesstellen herausgefunden, dass es dabei Unklarheiten gibt, so werden diese zwar aufgezeigt, aber es wird nicht versucht diese durch unterschiedliche Methoden oder Annahmen zu lösen.

2. Rechtsgrundlagen und Entstehung von PVE

Dieses Kapitel der Arbeit befasst sich mit den rechtlichen Grundlagen zur Primärversorgung sowie den Grundlagen zu Primärversorgungseinheiten. Dabei werden die wichtigsten Definitionen festgelegt und die derzeitige Situation in Österreich zu diesem Thema analysiert. Des Weiteren wird in den Unterkapiteln auf die rechtliche Entwicklung und den aktuellen rechtlichen Rahmen eingegangen. Den Abschluss des Kapitels bildet eine kritische Analyse der durch die Umsetzung erhofften Vorteile und den befürchteten Nachteilen.

Vorweggenommen soll sein, dass in dieser Arbeit Primärversorgung im weiteren Sinne als Teil eines dreistufigen Gesundheitssystems verstanden wird. Die Primärversorgung (erste Stufe) bildet dabei die erste Anlaufstelle bei Beschwerden oder Gesundheitsangelegenheiten der Menschen. Als sekundäre Versorgung (zweite Stufe) wird die stationäre Behandlung in Spitälern angesehen. Die tertiäre Versorgung (dritte Stufe) bilden Rehabilitations-, Psychiatrie- und Pflegeeinrichtungen.¹²

2.1. Definitionen und rechtliche Entstehung

Im Folgenden wird auf die Definitionen von Primärversorgung und Primärversorgungszentren eingegangen. Dabei werden internationale Definitionen mit jenen in österreichischen Gesetzen und Zielvereinbarungen festgelegten Definitionen verglichen. Des Weiteren wird geschildert, wie der derzeit vorherrschende rechtliche Rahmen in Österreich zu PVE entstanden ist.

2.1.1. Definition von Primärversorgung

International kann Primärversorgung als die grundlegende Gesundheitsversorgung eines Landes verstanden werden, mit der Einzelpersonen und Familien im Rahmen eines kontinuierlichen Gesundheitsprozesses in der Nähe ihres Wohn- und Arbeitsplatzes in Kontakt treten. Dabei soll die Primärversorgung auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozialverträglichen Methoden sowie Technologien beruhen und jedem Mitglied der Gesellschaft zugänglich sein. Primärversorgung soll weiters flächendeckend zu einem Preis bereitgestellt werden, der für das Land und die Gesellschaft in jeder Phase ihrer Entwicklung bezahlbar ist. Primärversorgung ist

¹² Vgl. HOFMACHER/RACK (2006), S. 115.

somit nicht nur ein integraler Bestandteil des Gesundheitssystems eines Landes, sondern bildet auch einen wichtigen Teil der sozialen und ökonomischen Entwicklung.¹³

Diese Definition lässt sich sinngemäß aus der Erklärung von Alma-Ata aus dem Jahr 1978 ableiten, welche von 134 Staaten und 67 regierungsunabhängigen Organisationen unterzeichnet wurde und ein Bekenntnis zur Basisgesundheitsversorgung und zur Gesundheitsförderung darstellt. Die Erklärung, welche von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiiert wurde, gilt als Grundstein für das heutige Verständnis von Primärversorgung und besitzt bis heute ihre Gültigkeit.¹⁴

Anzumerken ist, dass sich die Definition von primärer Gesundheitsversorgung in der Erklärung nicht nur auf medizinische Bereiche, wie die Bekämpfung, Verhütung und Prävention von Krankheiten sowie die Behandlung von Verletzungen bezieht, sondern auch auf die Förderung der Nahrungsmittel- und Trinkwasserversorgung, die Bereitstellung angemessener Ernährung und Sanitäreinrichtungen sowie den Schutz von Mütter und Kindern.¹⁵

Im Jahr 2008 hat sich die WHO erneut intensiv mit dem Thema Primärversorgung beschäftigt. Die jährlich von der Organisation veröffentlichte weltweite Gesundheitsstudie aus diesem Jahr trägt den Titel "The World Health Report 2008 Primary Health Care – Now More Than Ever". Darin wurde unter anderem umfassend der weltweite Stand der Primärversorgung in der Gesellschaft erhoben und verglichen. Des Weiteren wurden darin fünf Schlüsselfaktoren identifiziert, die notwendig sind, um das allumfassende Ziel der WHO, die Steigerung der Gesundheit aller Menschen, zu erreichen.

Diese sind den Ausschluss von Menschen von der Gesundheitsversorgung zu vermeiden und soziale Ungleichheiten zu reduzieren, die Gesundheitsdienstleistungen den Bedürfnissen und Erwartungen der Menschen anzupassen, das Gesundheitswesen in allen öffentlichen Sektoren zu integrieren, ein einheitliches Modell durch politischen Dialog zu entwickeln sowie die Beteiligung der Betroffenen im gesamten Entscheidungs- und Entwicklungsprozess zu erhöhen.¹⁶

Die Definition im österreichischen Recht zum Begriff Primärversorgung findet sich in den Begriffsbestimmungen des § 3 Z 9 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG):

„Primärversorgung (Primary Health Care): Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“

¹³ S. Erklärung von Alma-Ata vom 12. September 1978, Punkt VI.

¹⁴ Vgl. GILLAM (2008), S. 536 f; BERGMAIR (2015), S. 90 f.

¹⁵ S. Erklärung von Alma-Ata vom 12. September 1978, Punkt VII.

¹⁶ Vgl. WHO (2008), S. XIV und XVI.

Diese Definition wurde erstmalig mit dem Nationalratsbeschluss vom 14. Dezember 2016 in das Gesetz aufgenommen.¹⁷

Es lässt sich erkennen, dass der Gesetzestext an die internationale Definition und auch den Erkenntnissen des zuvor beschriebenen World Health Report 2008 angelehnt ist. Weitere Konkretisierungen oder Ähnliches zur Definition finden sich allerdings in keiner weiteren Rechtsmaterie. § 6 (2) Z 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz führt lediglich aus, dass im Bereich der Primärversorgung Primärversorgungseinheiten in Österreich zu schaffen sind.

2.1.2. Definition von Primärversorgungseinheiten

Eine universelle internationale Definition für eine Primärversorgungseinrichtung (engl. Primary Health Care Unit) gibt es in der Literatur nicht. Die WHO führt dazu in einer Studie lediglich aus, dass Einrichtungen im primären Gesundheitsversorgungsbereich für die Bevölkerung universell zugängliche Einrichtungen sein sollen, die sich nach den Bedürfnissen der Menschen richten.¹⁸

Im österreichischen Recht werden Primärversorgungseinheiten im § 2 (1) des Primärversorgungsgesetzes wie folgt beschrieben:

„Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren.“¹⁹

Auch hierbei lässt sich wiederum erkennen, dass die in den österreichischen Gesetzestext aufgenommene Beschreibung der internationalen Definition von Primärversorgung ähnelt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass sich der österreichische Gesetzgeber an international anerkannten Konzepten bei der Schaffung der neuen Rechtsmaterie orientiert hat.

¹⁷ S. BGBl. I Nr. 26/2017.

¹⁸ Vgl. WHO (2008), S. 16.

¹⁹ S. § 2 (1) PrimVG.

2.1.3. Historie zur rechtlichen Entstehung des PrimVG

Primärversorgungseinrichtungen selbst sind nicht neu in Österreich. Jede Arztordination oder Ambulanz stellt eine solche Einrichtung im weiteren Sinne dar. Das Novum, mit welchem sich diese Arbeit beschäftigt, ist die Organisationsform in einer rechtlich definierten Primärversorgungseinheit nach dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG 2017).

Ein genauer Zeitpunkt, ab welchem sich der Gesetzgeber explizit mit der Schaffung von Primärversorgungseinheiten in diesem Sinne beschäftigt hat, kann nur schwer bestimmt werden. Ein möglicher Meilenstein, der als Basis für die Umsetzung von Primärversorgungseinheiten in Österreich herangezogen werden kann, ist der im April 2011 erteilte Auftrag an die Bundesgesundheitskommission (BGK) zur Erarbeitung von Rahmen-Gesundheitszielen nach dem Health-in-All-Policies-Ansatz. Der Antrag dafür wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Ministerrat verabschiedet. Hinter dem Health-in-All-Policies-Ansatz steht der Gedanke, dass den wesentlichen Herausforderungen für den Erhalt der allgemeinen Gesundheit am besten durch ein breit abgestimmtes, politikfeldübergreifendes Handeln begegnet werden kann.²⁰

Im darauffolgenden Jahr wurden von der BGK zehn Rahmen-Gesundheitsziele²¹ erarbeitet, welche am 14. August 2012 im Ministerrat beschlossen wurden und die Grundlage für die Gesundheitspolitik der nächsten 20 Jahre bilden sollen.²² Dabei ist vor allem das zehnte Ziel, die qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherzustellen, herauszuheben.

In der Erläuterung zu diesem Ziel wird angeführt, dass die Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung eine an den Patientinnen und Patienten orientierte, bedarfsgerechte, koordinierte, wirkungs- und prozessorientierte sowie qualitätsgesicherte Versorgung mit Gesundheitsleistungen benötigt. Dies soll erreicht werden, indem die Primärversorgung gestärkt wird und integrierte, multiprofessionelle und gesundheitsförderliche Versorgungssysteme und Netzwerkstrukturen eingerichtet werden. Des Weiteren wird in der Erläuterung die damalige Versorgungsstruktur in Österreich charakterisiert. Dabei wird unter anderem ausgeführt, dass Österreich im Jahr 2008 unter den weltweit führenden Staaten bei den Krankenhausaufenthaltshäufigkeiten liegt, dass die Primärversorgung über Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im Sinne eines Primary-Health-Care-Ansatzes in Österreich einen weit geringeren Stellenwert als in anderen Ländern hat, und dass das medizinische, therapeutische und pflegerische Angebot nur wenig vernetzt ist. Zur Verbesserung der Situation wurde daher in dem Papier vorgeschlagen, dass

²⁰ Vgl. HAAS/BRAUNEGGER-KALLINGER (2013), S. 14 f.

²¹ Eine vollständige Auflistung der zehn Gesundheitsziele findet sich im Anhang unter Punkt g).

²² S. Kommuniqué zur 152. Sitzung des Ministerrats vom 14. August 2012.

zur Erreichung des zehnten Gesundheitsziels Maßnahmen in einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) zu konkretisieren sind.²³

Vereinbarungen nach Artikel 15a B-VG zwischen Bund und Ländern sind rechtlich bindende Verträge beider Gebietskörperschaften über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches. Der Abschluss obliegt den Bundes- und Landesregierungen und erfordert ebenfalls die Zustimmung des Nationalrates, sofern Organe der Bundesgesetzgebung gebunden werden sollen. Grundsätzlich werden in einem Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebenen die strategischen und operativen Ziele sowie die auf Bundes- und Landesebene zu setzenden Maßnahmen zur Zielvereinbarung vereinbart. Weitere Operationalisierungen und konkrete Maßnahmen im Hinblick auf die Erreichung der vertraglich vereinbarten Ziele, werden in der Regel auf Bundesebenen im Rahmen von Bundes-Jahresarbeitsprogrammen und auf Landesebene im Rahmen der jeweiligen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen festgelegt.²⁴

Am 15. Oktober 2013 wurden im Nationalrat zwei relevante Beschlüsse betreffend Vereinbarungen nach Artikel 15a BV-G gefasst. Einerseits wurden Änderungen in der bereits bestehenden Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens²⁵ vorgenommen und andererseits wurde die Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit²⁶ gänzlich neu beschlossen. Besonders Letztere ist dabei hervorzuheben, da in dieser das Wort Primärversorgung erstmals in einer rechtsverbindlichen Vereinbarung genannt bzw. definiert wurde. Als näheres Ziel wird darin allerdings nur ausgeführt, dass die Primärversorgung im niedergelassenen Bereich gestärkt werden soll²⁷.

Die am 16. Dezember 2013 neu geformte Bundesregierung bestehend aus SPÖ und ÖVP hat in ihrem bei Arbeitsantritt veröffentlichten Arbeitsprogramm ebenfalls die Stärkung der Primärversorgung als Ziel aufgenommen. In dem Papier wurde zusätzlich ausgeführt, dass die allgemeinmedizinische Versorgung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt gestärkt werden soll und dass multiprofessionelle bzw. interdisziplinär organisierte Versorgungsformen im ambulanten Bereich in der damals bevorstehenden Legislaturperiode etabliert werden sollen.²⁸

Ein nächster großer Meilenstein zur Schaffung der Rechtsgrundlage zur Errichtung von Primärversorgungseinheiten war der Beschluss des Konzeptes für die Primärversorgung im Rahmen der Bundeszielsteuerungskommission (B-ZK) am 30. Juni 2014.

²³ Vgl. BMGF (2012), S. 51 ff.

²⁴ Vgl. MAYER (2002), S. 108 f; S. Artikel 15a B-VG.

²⁵ S. BGBl. I Nr. 199/2013.

²⁶ S. BGBl. I Nr. 200/2013.

²⁷ S. Artikel 18 (1) Z 5 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit.

²⁸ S. Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018, S. 57.

Die Bundes-Zielsteuerungskommission ist ein Organ der Bundesgesundheitsagentur. Dem siebzehnköpfigen Gremium gehören je vier Vertreterinnen bzw. Vertreter des Bundes und der Sozialversicherung sowie neun Vertreterinnen bzw. Vertreter der Länder an. Den Vorsitz führt die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin bzw. der Bundesminister. Die Aufgaben der B-ZK sind in § 26 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG) geregelt und umfassen unter anderem die Beratung über Entwürfe zu Zielsteuerungsverträgen, die Erarbeitung von Maßnahmen zur Erreichung von Gesundheitszielen auf Bundesebenen und die Entwicklung von diversen Konzepten.²⁹

Das am 30. Juni 2014 zum Thema Primärversorgung beschlossene Konzept wurde Ende März 2014 im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz in Auftrag gegeben und trägt den Titel „Das Team rund um den Hausarzt“ – Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Inhalt des Papiers ist eine detaillierte Vision, wie die Primärversorgung in Österreich zukünftig organisiert werden könnte, welche Änderungen in der Rechtslage dafür notwendig sind und welche Ziele damit erreicht werden sollen. Das Konzept orientiert sich ebenfalls stark an den zum Datum der Veröffentlichung bereits existierenden Gesundheitszielen der BGK und diversen Studien der WHO.³⁰

Im Rahmen dieser Arbeit wird noch gezeigt werden, dass Auszüge bzw. geschaffene Umsetzungsformen, die diesem Konzept entstammen, vielfach sinngemäß in das Primärversorgungsgesetz 2017 übernommen worden sind.

In den Jahren 2015 und 2016 blieb die Rechtslage betreffend der Primärversorgung weitestgehend unverändert und es ist zu keinen nennenswerten Veränderungen, auch im Hinblick auf die Schaffung der neuen PVE, gekommen.

Die umfassenden Neuerungen sind erst im Jahr 2017 umgesetzt worden. Am 17. Jänner 2017 ist das am 14. Dezember 2016 im Nationalrat beschlossene Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 (VUG 2017)³¹ in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz wurde unter anderem das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen. Dieses sieht in Bezug auf Primärversorgung vor, dass Primärversorgungseinheiten umgesetzt werden sollen, und dass die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG)³² bis spätestens Ende 2018 unter der Voraussetzung, dass die Grundlagen auf Bundesebene vorliegen, in Hinblick auf PVE ergänzt werden sollen³³.

²⁹ S. § 26 G-ZG.

³⁰ Vgl. BMFG (2014), S. 5 ff; WEILGUNI (2014), S 16 ff.

³¹ S. BGBl. I 26/2017.

³² Eine detaillierte Erläuterung zum RSG findet sich in Kapitel 3.2.1.

³³ S. § 14 G-ZG.

Anzumerken ist, dass zum Zeitpunkt des Beschlusses dieses Gesetzes die rechtlichen Rahmenbedingungen für PVE noch nicht geschaffen wurden und es somit zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich war, eine PVE zu gründen (abgesehen von Pilotprojekten).

Der nächste Schritt zum rechtlichen Rahmen zu PVE wurde am 17. Juli 2017 gesetzt. Hier wurden die bereits bestehenden Vereinbarungen nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens³⁴ sowie zur Zielsteuerung-Gesundheit³⁵ geändert. In Letzterer kam es abgesehen davon, dass auch hierin aufgenommen wurde, dass PVE in den RSG bis spätestens 2018 ergänzt werden müssen, zu keinen nennenswerten Änderungen in Hinblick auf PVE.

Anders allerdings in der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Hierin waren die Ergänzungen deutlich umfassender und weitreichender. Es wurde zum Beispiel als Ziel bis 2020 festgelegt, dass 75 PVE in Österreich realisiert werden sollen und dass 200 Millionen Euro für das Vorhaben Zweck zu widmen sind³⁶. Des Weiteren wurden erstmalig konkrete Details zur Ausgestaltung einer PVE sowie deren Anforderungen und Kriterien für die Umsetzung in einer durch den Nationalrat beschlossene Vereinbarung aufgenommen³⁷.

Die letzte Weiche zur Realisierung von PVE in Österreich stellte das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 (GRUG 2017), welches am 28. Juni 2017 im Nationalrat beschlossen wurde und mit dem Tag nach der Veröffentlichung am 1. August 2017, somit am 2. August 2017, in Kraft getreten ist. Mit dem GRUG 2017 wurde das Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG 2017) erlassen. Dies ist jenes Gesetz, das die rechtliche Grundlage für die Errichtung von PVE bildet und das Details zu deren Ausgestaltung festlegt. Mit dem GRUG 2017 wurden außerdem Änderungen in bestehenden Gesetzen vorgenommen, die indirekt auf PVE einwirken. Als Beispiele können hierzu die unterschiedlichen Sozialversicherungsgesetze, das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sowie das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz genannt werden. Die aufgezählten Gesetze wurden in jenem Hinblick geändert, dass PVE fortan als neu geschaffene medizinische Versorgungseinrichtungen anerkannt und überall berücksichtigt werden. Außerdem wurde im Abschlussbericht zum GRUG 2017 die Verteilung der geplanten 75 PVE auf die einzelnen Bundesländer vorgenommen. Konkret sollen bis 31. Dezember 2021 drei PVE im Burgenland, fünf in Kärnten, vierzehn in Niederösterreich, dreizehn in Oberösterreich, fünf in Salzburg, elf in der Steiermark, fünf in Tirol, drei in Vorarlberg und sech-

³⁴ S. BGBl. I Nr. 98/2017.

³⁵ S. BGBl. I Nr. 97/2017.

³⁶ S. Artikel 31 Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

³⁷ S. Artikel 6 Vereinbarung gem. Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

zehn in Wien entstehen.³⁸ Auffallend hierbei ist, dass der Zeitraum für die geplante Umsetzung der 75 PVE um ein Jahr im Gegensatz zur Vereinbarung nach Artikel 15a über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verkürzt wurde.

2.2. Umsetzung von PVE in Österreich

Im folgenden Unterkapitel wird auf die derzeitige Situation in Österreich in Hinblick auf PVE eingegangen. Dabei werden zuerst allgemein die Organisation und der Aufbau von PVE erörtert und dann die bereits realisierten und geplanten Projekte dargelegt. Als Stichtag wurde dafür der 1. Jänner 2018 gewählt. Im Anschluss daran wird auf die politische Diskussion zu dem Thema eingegangen und die von der Politik erhofften Vorteile für alle Personengruppen kritisch betrachtet.

2.2.1. Organisation und Aufbau einer PVE

Wie bereits in der Definition zu PVE erwähnt, können PVE als wohnortnahe, multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgungseinheiten gesehen werden. Das heißt, dass mehrere Gesundheitsberufe in einer Organisation zusammenarbeiten. Nach dem PrimVG sollen PVE aus einem Kernteam, das sich aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin sowie Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzen. Mit einer orts- oder bedarfsabhängigen Begründung sollen auch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde einen Teil des Kernteams bilden dürfen.³⁹

Unter den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind jene Berufe zu verstehen, die unter das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz fallen. Dies sind insbesondere diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleginnen bzw. Krankenpfleger.⁴⁰

Ebenfalls ort- und bedarfsabhängig sind weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen als Mitglieder des Kernteams einer PVE möglich. Als solche kommen unter anderem Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischer Masseur- und Heilmasseur-Gesetz geregelt sind sowie Angehörige des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes in Betracht. Des Weiteren sind Kooperation zwischen einer PVE und anderen Organisationen wie zum Beispiel Apotheken denkbar.⁴¹

³⁸ S. AB 1714 Blg. NR 25. GP 29, S. 11.

³⁹ S. § 2 (2) PrimVG; Vgl. HOLZGRUBER (2018), S. 58.

⁴⁰ Vgl. BRAZA-HORN/HERDEGA (2014), S. 63; BMFG (2017), S. 82.

⁴¹ S. § 2 (3) PrimVG.

Die folgende Grafik zeigt, wie das Team einer PVE zusammengesetzt sein könnte.

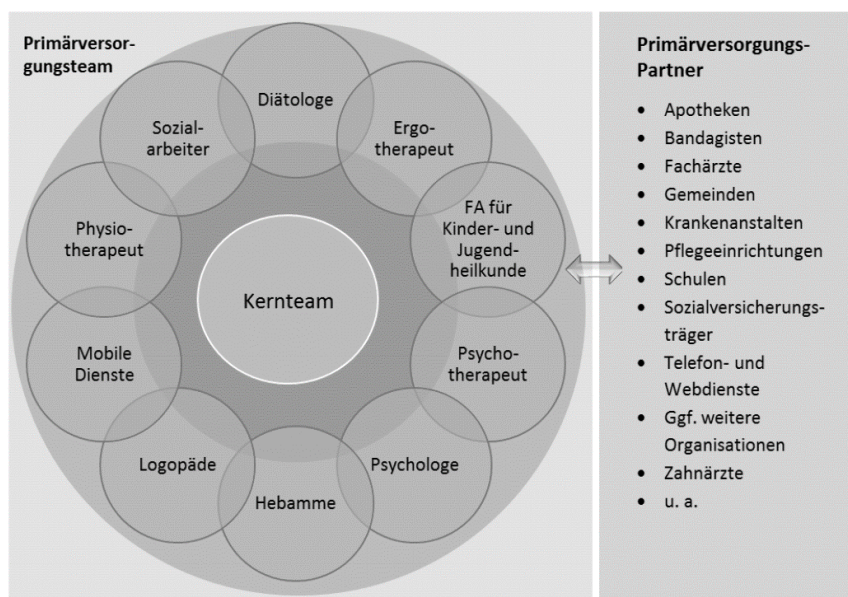


Abbildung 1: Team einer PVE, Quelle: BMGF (2014), S. 26 (leicht modifiziert).

Um den Anforderungen unterschiedlicher regionaler Bedarfe bestmöglich entsprechen zu können, wurde bereits in dem von der Bundesgesundheitskonferenz in Auftrag gegebenen Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ ausdrücklich angeführt, dass bei den Ausgestaltungsformen von PVE eine höchstmögliche Flexibilität für die Beteiligten gegeben sein muss. Des Weiteren wurde darin gefordert, dass sowohl Lösungen für den ländlichen als auch für den städtischen Raum geschaffen werden müssen.⁴²

Das PrimVG wurde diesen Forderungen auch weitestgehend gerecht und hat die Ideen hinsichtlich der möglichen Ausgestaltungsformen aus dem Konzept übernommen.

Die Regelungen zu den Ausgestaltungsformen finden sich in § 2 (5) PrimVG. Grundsätzlich sind zwei unterschiedlichen Typen von PVE zu unterscheiden. Einerseits kann eine PVE an einem Standort als Zentrum oder an mehreren Standorten als Netzwerk eingerichtet werden. Wird die PVE an einem Standort als Zentrum errichtet, so kommen als Organisationsformen nur eine Gruppenpraxis nach § 52a Ärztegesetz (ÄrzteG) oder ein selbstständiges Ambulatorium nach § 2 (1) Z 5 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) in Frage. Wird die PVE als Netzwerk geführt, so kann diese auch in anderen Betriebsformen ausgestaltet werden. Als Beispiel wird im PrimVG dazu die Ausgestaltung als Verein angeführt. Mitglieder des Netzwerkes dürfen allerdings nur freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen sowie andere

⁴² Vgl. BMGF (2014), S. 18 f.

nichtärztliche Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen sowie deren jeweiligen Trägerorganisationen sein.⁴³

Die folgende Grafik gibt einen Überblick, welche Umsetzungsformen einer PVE möglich sind.

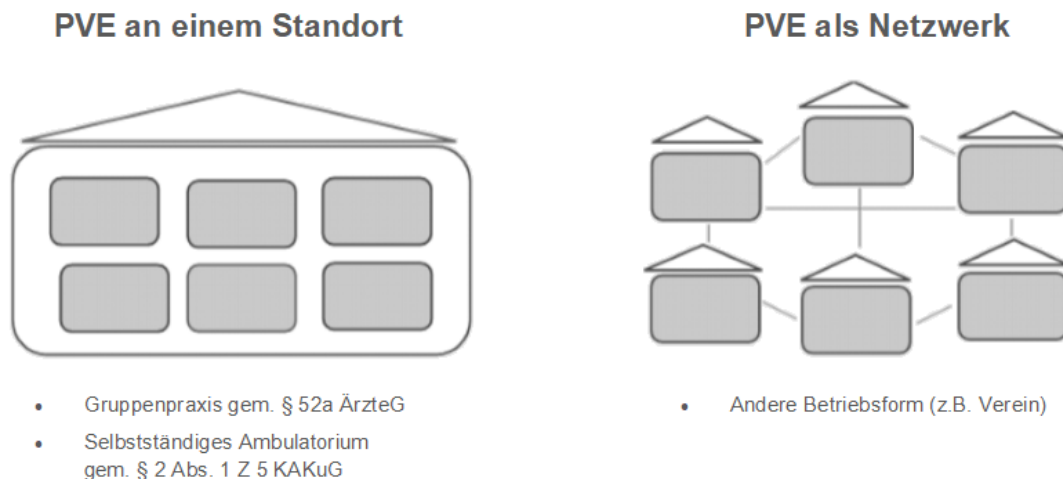


Abbildung 2: Ausgestaltungsformen einer PVE, Quelle: in Anlehnung an BMGF (2014), S. 18.

Ausführliche Analysen der unterschiedlichen Ausgestaltungsformen und deren Restriktionen sowie Vor- und Nachteile finden sich in den Kapiteln 3 und 4 dieser Arbeit.

2.2.2. Bestehende und geplante Zentren in Österreich

Zum Stichtag 1. Jänner 2018 gibt es in Österreich vier Primärversorgungseinheiten. Eine Einrichtung befindet sich in Enns und die drei anderen in Wien. Die Einrichtung in Wien-Mariahilf (Medizin Mariahilf Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG) wurde im April 2015 eröffnet und gilt als die erste PVE in Österreich. Die Einrichtung in Enns (Die Hausärzte- Ennsler Allgemeinmediziner Dres. Eichner, Hockl, Schneitler, Sonne-Schneiderbauer und Winkler GmbH) hat im Februar 2017 ihre Tätigkeit aufgenommen. Da diese beiden PVE vor dem Inkrafttreten des PrimVG am 3. August 2017 eröffnet wurden, sind beide PVE als Pilotprojekte mit jeweils einer Laufzeit von fünf Jahren begrenzt worden.⁴⁴ Die jüngste PVE hat im September 2017 in Wien-Donaustadt (PHC – Dr. Regina EWALD & Partner, Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG) eröffnet.⁴⁵

Die folgende Tabelle zeigt eine Aufstellung der zum Stichtag 1. Jänner 2018 in Betrieb befindlichen PVE, welche aus einer aktuellen Aussendung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen herausgeht. Ergänzungen wurden durch Firmenbuchabfragen der jeweiligen Gesellschaften vorgenommen.

⁴³ S. § 2 (5) PrimVG.

⁴⁴ Vgl. KIESL/FLOIMAYR (2017), S. 121; MAYR (2015), S. 24.

⁴⁵ Vgl. STADT WIEN (2017), Onlinequelle [07.04.2018], S. 1 f.

Name:	PHC - Dr. Regina EWALD & Partner Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG	Die Hausärzte - Enns Allgemeinmediziner Dres. Eichner, Hockl, Leutgöb, Schneitler, Sonne- Schneiderbauer und Winkler GmbH	Medizin Mariahilf Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG	Primärversorgung Donaustadt - Primary Health Care OG
Aufnahme der Tätigkeit:	September 2017	Februar 2017	April 2015	September 2017
Standort:	Zschokkegasse 140/ Top 33 1220 Wien	Kathreinstraße 19 4470 Enns	Mariahilfer Straße 95, Stiege 1 1060 Wien	Zschokkegasse 140/33 1220 Wien
Organisationsform:	Gruppenpraxis	Gruppenpraxis	Gruppenpraxis	Gruppenpraxis
Rechtsform:	OG	GmbH	OG	OG
Team:	3 AllgemeinmedizinerInnen Dipl. Krankenpflegekräfte Medizinische Assistenzberufe 1 Psychotherapeutin 1 Diätologin	6 AllgemeinmedizinerInnen 3 Dipl. Krankenpflegekräfte 6 OrdinationsassistentInnen 3 PhysiotherapeutInnen 1 Psychotherapeutin 1 Diätologin 1 Ergotherapeutin 1 Hebamme 1 Sozialarbeiter	4 AllgemeinmedizinerInnen 2 Dipl. Krankenpflegekräfte 6 OrdinationsassistentInnen 1 Ordinationsmanager 1 Psychotherapeutin 1 Diabetikerberaterin	3 AllgemeinmedizinerInnen 1 Dipl. Krankenpflegekräfte 1 OrdinationsassistentInnen 2 Ordinationsmanager 1 Psychotherapeutin 1 Diätologin

Tabelle 1: Bestehende PVE in Österreich, Quelle: in Anlehnung an BMGF (2017a), S. 1 f.

Wie viele Zentren derzeit in Planung sind kann nur schwer abgeschätzt werden, da nicht alle Informationen öffentlich einsehbar sind. Der Verein Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen hat dies dennoch versucht und auf seiner Homepage eine Landkarte mit den aktuellen sowie geplanten PVE veröffentlicht⁴⁶.

Die folgende Tabelle zeigt die aktuelle Versorgungssituation in der Allgemeinmedizin gegliedert nach Bundesländern. Die Informationen zu den jeweiligen Einzel-, Gruppen- u. Wahlarztpraxen stammt aus den Ärztelisten der einzelnen Bundesländer. Die Informationen zu den geplanten PVE wurden mit den jeweiligen Regionalen Strukturplänen Gesundheit⁴⁷ abgestimmt:

Bundesland	Einzel- ordinationen	Gruppen- praxen	Wahlarzt- praxen	Ärzte- netzwerke	PVE realisiert	PVE in Planung
Bgld.	139	2	145	0	0	1
Ktn.	257	0	521	0	0	6
NÖ	878	42	786	0	0	1
OÖ	563	71	635	0	1	2
Sbg.	230	8	258	2	0	0
Stmk.	568	3	535	1	0	1
T	326	0	302	0	0	1
Vbg.	159	0	62	0	0	2
W	708	15	704	0	3	1
GESAMT	3.828	141	3.948	3	4	15

Tabelle 2: Versorgungssituation in der Allgemeinmedizin in Österreich, Quelle: eigene Darstellung.

⁴⁶ Vgl. ÖSTERREICHISCHES FORUM PRIMÄRVERSORGUNG (2017), Onlinequelle [07.04.2018], S. 1 ff.

⁴⁷ Die vorgenommene Prüfung erfolgte nur insoweit, wie die jeweiligen RSG öffentlich einsehbar waren.

2.2.3. Erhoffte Vorteile durch PVE

Bevor in der Arbeit auf die rechtlichen Details von PVE eingegangen wird, werden die erhofften Vorteile des neuen Systems erörtert und kritisch analysiert werden. Dabei werden diese in drei unterschiedlichen Gruppen getrennt, nämlich in die Vorteile für die Patientinnen und Patienten, die Vorteile für die beteiligten Ärztinnen bzw. Ärzte und für die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie die Vorteile für das gesamtheitliche österreichische Gesundheitssystem.

Vorteile für Patientinnen und Patienten

PVE sollen den Patientinnen und Patienten durch die Verknüpfung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern (Hausärzten) mit anderen Gesundheitsberufen eine umfassende medizinische Grundversorgung in Wohnortnähe ermöglichen. Das heißt, dass der gesamte Heilungsprozess, beginnend bei der medizinischen Diagnostik über die Aufklärung und Beratung bis hin zur Therapie und der Nachversorgung zukünftig an einem Ort bzw. über eine Organisation abgewickelt werden kann. Dabei sollen auch die Abstimmung und die Organisation des gesamten Prozesses weitestgehend durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PVE durchgeführt werden. Dadurch können Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten verkürzt werden und durch einfache Kommunikationswege soll die Qualität der Leistungen gesteigert werden. Des Weiteren werden unnötige Wege reduziert und Doppeluntersuchungen vermieden.

Neben den Heilungsprozess können PVE durch die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Professionisten des Gesundheitswesens auch Leistungen anbieten, die über den Heilungsprozess hinausgehen. Diese können unter anderem die Unterstützung bei der Pflege oder die Präventionsberatung sein. Auch sollen Patientinnen und Patienten Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitsversorgungssystem und damit verbunden im Sozialbereich erhalten.

Ein weiterer Vorteil, den der Zusammenschluss mehrerer Ärztinnen und Ärzte mit sich bringt ist, dass die Öffnungszeiten einer PVE länger sein können als jene einer Einzelordination oder einer Gruppenpraxis. Es ist somit möglich, dass PVE auch an Wochenenden geöffnet haben. Dadurch soll vor allem Berufstätigen der Zugang zur Primärversorgung erleichtert werden.

Darüber hinaus fallen Schließungen auf Grund von Urlauben weg, da sich die Medizinerinnen und Mediziner gegenseitig vertreten dürfen. Auch haben diese im Bedarfsfall durch die zentrale Organisation Zugriff auf die Patientendaten und die Krankengeschichten der betroffenen Patientinnen und Patienten.⁴⁸

⁴⁸ Vgl. HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (2017a), Onlinequelle [07.04.2018], S. 3; BMGF (2014), S. 8 f; S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017, I. Allgemeiner Teil.

Vorteile für Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörigen anderer Gesundheitsberufe

Neben den Vorteilen für Patientinnen und Patienten sollen PVE auch auf Anbieterseite den beteiligten Personen zahlreiche Vorteile bringen. Ein Gedanke, der bei der rechtlichen Ermöglichung von PVE eine wichtige Rolle gespielt hat, war die Aufwertung und Stärkung des Berufsstandes der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner. Dies wurde unter anderem dadurch erreicht, dass die neue Form der Vergesellschaftung im Rahmen einer PVE nur diesen vorbehalten ist. Fachärztinnen und Fachärzte, mit der Ausnahme von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, dürfen nicht Mitglieder einer PVE werden.

Ein weiterer Vorteil, der sowohl für Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin als auch für Angehörige anderer Gesundheitsberufe im Rahmen einer PVE besteht, ist die Attraktivierung der Tätigkeitsfelder der einzelnen Personen durch verstärkte Kommunikation und Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen und den behandelnden Professionisten. Dadurch wird eine Fokussierung auf die jeweilige ärztliche, heilberufliche oder pflegerische Kernkompetenz ermöglicht. Des Weiteren wird der Austausch zwischen Kolleginnen und Kollegen erleichtert.

Auch die gemeinschaftliche Gründung kann Vorteile bringen. Einerseits wird das unternehmerische Risiko auf mehrere Personen verteilt und andererseits genießen PVE derzeit einige Möglichkeiten für Anschubfinanzierungen durch öffentliche Mittel. Zusätzlich können die unterschiedlichen Berufsgruppen durch Agglomeration voneinander profitieren und gemeinsam leichter wachsen.

Der größte Vorteil von PVE liegt jedoch in der Ermöglichung von modernen Arbeitsbedingungen für alle Beteiligten. Durch die Zusammenarbeit werden flexible Arbeitszeitausgestaltungen ermöglicht und Teilzeitarbeit wird leichter umsetzbar. Auch kann die Urlaubsplanung untereinander abgestimmt werden und es müssen keine externen Vertretungen beauftragt werden. Zusätzlich können die für viele Ärztinnen und Ärzte gerade am Land als anstrengend empfundenen Bereitschaftsdienste leichter und besser aufgeteilt werden. Dies kann zu einer großen Verbesserung der Work-Life-Balance der Berufsgruppe führen.

Ein weiterer Vorteil von PVE liegt in der Verbesserung von Ausbildungsmöglichkeiten. PVE können sowohl Ausbildungsstätten für die praktische Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten (Lehrpraxen) als auch Ausbildungsstätten für Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe sein. Im Rahmen Letzterer können z.B. Pflichtpraktikumsstellen für die schulische oder akademische Ausbildung geschaffen werden. Dies unterstützt eine zeitgemäße Lern- und Lehrkultur bei den Gesundheits- und Sozialberufen auch in Hinblick auf ein berufsgruppenübergreifendes Training.⁴⁹

⁴⁹ Vgl. BMGF (2017b), Onlinequelle [07.04.2018] S. 1 ff; BMGF (2014), S. 5 f; S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017, I. Allgemeiner Teil.

Vorteile für das österreichische Gesundheitssystem

Den größten Vorteil, den die Realisierung von PVE bringen soll, ist die Verbesserung und Stärkung des Gesundheitssystems in Österreich. Dies soll damit erreicht werden, dass der Berufsstand der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner verbessert wird und auch Stellen am Land wieder attraktiver werden⁵⁰. Mit einer gesicherten ärztlichen Versorgung können in weiterer Folge die Lebensqualität und die Attraktivität von ländlichen Regionen wieder verbessert werden.

Auch soll eine transparente Planung der Gesundheitsversorgung durch gezielte Steuerung und Förderungen geschaffen werden.

Eine weitere wichtige Rolle spielt auch die Entlastung von Krankenhäusern durch das erweiterte Leistungsangebot von PVE. Wie bereits im Einleitungskapitel beschrieben, ist die Anzahl der Krankenhausaufenthalte der in Österreich lebenden Personen im Vergleich zu anderen Ländern besonders hoch. Durch PVE kann diese Zahl insoweit gesenkt werden, dass nun mehrere ambulanzähnliche, multiprofessionelle Versorgungseinrichtungen geschaffen werden, die einen Teilbereich der Krankenhausleistungen übernehmen können und als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten bereitstehen.

Zwar war die generelle Kostensenkung kein zentrales Ziel der Politik bei der Ermöglichung von PVE, dennoch wurde dieses Argument immer in Verbindung mit der Aussage, dass die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert wird, weil vor allem unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden und Wege verkürzt werden, aufgebracht.⁵¹

2.2.4. Kritische Analyse der erhofften Vorteile von PVE

Um die Objektivität der Arbeit gewährleisten zu können, müssen die im vorangegangenen Unterkapitel geschilderten Vorteile auch kritisch betrachtet werden. Dabei werden Meinungen unterschiedlicher Personen und Institution betrachtet, welche diese im Rahmen des Entstehungsprozesses des PrimVG veröffentlicht haben. Auch werden die Erkenntnisse zu diesem Thema aus den geführten Interviews im Rahmen dieser Arbeit erläutert.

Zum Stichtag 1. Jänner 2018 wurde lediglich eine Studie über PVE in Österreich veröffentlicht, die sich mit der Evaluierung eines solchen Zentrums befasst hat. Diese Studie trägt den Titel „Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf“ und wurde von der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH herausgegeben. Ziel der Studie war es, die als Pilotprojekt eröffnete PVE in Wien Mariahilf zu evaluieren. Als Ergebnis fanden die Forscher heraus, dass die Patientinnen und Patienten mit der Versorgung sehr zufrieden

⁵⁰ S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017, I. Allgemeiner Teil.

⁵¹ Vgl. BMGF (2014), S. 8.

sind. Auch ließ sich feststellen, dass Stammpatientinnen und Stammpatienten signifikant öfter die Primärversorgungsebene und signifikant seltener die Facharztbene sowie tendenziell weniger oft Spitalsambulanzen aufsuchen.⁵²

Blickt man über die Staatsgrenze hinweg, so finden sich in anderen Ländern vergleichbare Modelle in der Primärversorgung die mit dem neuen Konzept in Österreich vergleichbar sind und über die bereits mehr Erfahrungswerte vorliegen. Eine Studie, die das österreichische Primärversorgungssystem mit dem aus anderen Länder vergleicht, wurde im Jahr 2014 von Dr. Thomas Czypionka veröffentlicht. Dabei wurde unter anderem festgestellt, dass die Niederlande und England die führenden Nationen bei der Qualität des Primärversorgungsangebotes sind.⁵³ Bei genauer Betrachtung dieser Länder kann festgestellt werden, dass Primärversorgungszentren in beiden Ländern weit verbreitet sind und dementsprechend einen wichtigen Beitrag zu den Gesundheitssystemen dieser Länder leisten.

Die Niederlande, welche laut Meinung von Dr. Czypionka das beste Primärversorgungssystem in Europa haben, haben bereits in den 1970er Jahren damit angefangen die Rolle von Gesundheitsberufen und insbesondere der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu stärken und diesen eine bestmögliche Zusammenarbeit in unterschiedlichen Formen zu ermöglichen.⁵⁴

Ähnliches trifft auf England zu. Hier wurde ein allumfassendes Primärversorgungskonzept zwar erst später eingeführt, dennoch sind auch aus dem System dieses Landes Vorteile abzuleiten.⁵⁵

Eine weitere Studie, die den Erfolg von Primärversorgungszentren bestätigt, wurde von Dr. Dagmar Herle im Jahr 2015 publiziert. Die Studie hat untersucht, wie zufrieden die Ärztinnen und Ärzte mit der Primärversorgung in ihrem jeweiligen Land sind. Auch aus dieser Studie geht hervor, dass in jenen Ländern, in denen sich Ärztinnen und Ärzte in Form von Primärversorgungszentren zusammenschließen können, die Zufriedenheit höher ist, als in anderen Ländern ohne vergleichbare Möglichkeiten. Anzumerken ist, dass England und die Niederlande auch bei dieser Studie besonders gut abgeschnitten haben.⁵⁶

Trotz der vielen positiven Erfahrungen aus anderen Ländern hat es in Österreich auch viel Kritik an der Ermöglichung von PVE und den von der Politik versprochenen Vorteilen gegeben. Ein Beleg dafür ist, dass zum Begutachtungsentwurf des GRUG 2017, welches auch das PrimVG 2017 enthält, 367 Stellungnahmen von unterschiedlichen Institutionen und Personen über die

⁵² Vgl. FRÖSCHL/ANTONY (2017), S. 3 ff.

⁵³ Vgl. CZYPIONKA/ULINSKI (2014), S. 49.

⁵⁴ Vgl. CZYPIONKA/ULINSKI (2014), S. 20.

⁵⁵ Vgl. CZYPIONKA/ULINSKI (2014), S. 21 f.

⁵⁶ Vgl. HERTLE/STOCK (2015), S. 269 ff.

Homepage des Parlaments der Republik Österreich eingegangen sind. Rund ein Drittel dieser Stellungnahmen ist öffentlich einsehbar. Im Rahmen dieser Arbeit wurden 25 ausgewählte Stellungnahmen betrachtet⁵⁷ und die wichtigsten Argumente aus fünf davon werden im Folgenden zusammengefasst:

Der österreichische Rechnungshof hat in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf den Einwand eingebracht, dass im Rahmen des Verwirklichungsprozesses von PVE keine Berechnungen aufgestellt wurden, die nachweisen, dass neu geschaffene PVE tatsächlich zu einer Reduktion der öffentlichen Ausgaben im Gesundheitswesen führen. Somit kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass das Gesundheitssystem finanziell tatsächlich entlastet werden wird. Weiters hält der Rechnungshof in seiner Stellungnahme fest, dass die in der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens versprochenen 200 Millionen Euro zur Förderung der Primärversorgung keine näheren Angaben über deren Herleitung und deren Verwendung enthalten. Somit ist nicht klar, wie viel Geld tatsächlich für die Förderung von PVE bereitgestellt wird und aus welchem Etat das Geld kommen soll.⁵⁸

Die Wirtschaftskammer Österreich (WKO) begrüßt in ihrer Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf des GRUG 2017 die neue Gesetzesinitiative. Die Idee, gesundheitspolitisch die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheitssektor zu stärken wird als positiv angesehen. Gleiches gilt für die versprochenen Vorteile die Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen zu erleichtern, längere Öffnungszeiten zu Tagesrandzeiten zu ermöglichen, eine kontinuierliche Versorgung von chronisch Erkrankten zu gewährleisten sowie eine Entlastung des stationären Bereichs zu erreichen. Allerdings wird von der WKO angemerkt, dass aus derzeitiger Sicht auf Grund von fehlenden Erfahrungswerten nicht abgeschätzt werden kann, ob diese Vorteile tatsächlich durch die Errichtung und Förderung von PVE erreicht werden können.⁵⁹

In der Stellungnahme des Österreichischen Forums Primärversorgung (OEFOP) ist Ähnliches zu lesen wie in jener der WKO zu dem Thema. Grundsätzlich erachtet auch die OEFOP Veränderungen im österreichischen Gesundheitssystem als zwingend notwendig. Allerdings werden auch in dieser Stellungnahme die versprochenen Ziele und Vorteile als durchaus kritisch gesehen. Als einer der größten allgemeinen Kritikpunkte wird die erhoffte Verbesserung der wohnor-

⁵⁷ Eine Liste der analysierten Stellungnahmen zum Begutachtungsentwurf des GRUG 2017 findet sich im Anhang unter Punkt f).

⁵⁸ S. 351/SN-312/ME XXV.GP – Stellungnahme des Rechnungshofs zum Begutachtungsentwurf GRUG 2017, S. 1 ff.

⁵⁹ S. 341/SN-312/ME XXV.GP – Stellungnahme der Wirtschaftskammer Österreich zum Begutachtungsentwurf GRUG 2017, S. 1 ff.

tnahen Versorgung aufgezeigt. Seitens der OEFOP wird ausgeführt, dass es vermutlich durch PVE zu einer Verschlechterung bzw. Gefährdung der jetzigen Situation kommen könnte. Begründet wird dies damit, dass Einzelordinationen nicht nachbesetzt werden könnten, weil sich Ärztinnen und Ärzte auf Grund diverser persönlicher Vorteile eher in einer PVE betätigen könnten. Konkret würde dies bedeuten, dass es zukünftig anstatt vieler verteilter Einzelordinationen nur mehr einige wenige PVE für das gleiche Einzugsgebiet geben könnte. Dies würde insbesondere am Land zu bedeutend längeren Wegen für Patientinnen und Patienten führen.

Auch die klaren Vorgaben des PrimVG bezüglich der gesellschaftsrechtlichen Ausgestaltungsformen sind laut OEFOP zu eng geschnürt. Dies erschwert die Umsetzung von individuellen regionalen Lösungen, die auf die Wünsche und Möglichkeiten der Akteure vor Ort eingehen.

Ein weiterer versprochener Vorteil, der in der Stellungnahme hinterfragt wird, ist die erhoffte Steigerung der Multi- und Interprofessionalität. Hierzu wird angeführt, dass das PrimVG viel zu sehr auf die Rolle der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner ausgelegt ist und viel zu wenig auf die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe eingeht. Dieses Missverhältnis könnte laut OEFOP dazu führen, dass Angehörige anderer Berufsgruppen nur wenig Interesse haben könnten in einer PVE tätig zu werden.⁶⁰

Die kritischste Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf des GRUG 2017, welche im Rahmen der Analyse gefunden wurde, wurde von der Österreichischen Ärztekammer eingereicht. Darin wird vor allem bekrittelt, dass das neue Gesetz hinsichtlich Terminologie und Inhalten in weiten Bereichen von der in Lehre und Rechtsprechung gefestigten Begrifflichkeiten und Vorgehensweisen abweicht. Als Argumente hierfür werden unter anderem die Änderungen im Vertragspartnerrecht, sowie der Ausschluss der Ärztekammer in der Mitsprache bei der Planung und Vergabe von PVE-Bewilligungen genannt. Außerdem wird angeführt, dass die Mittel für die geplante Finanzierung von PVE in Höhe von € 200 Millionen aus bereits vorhandenen Mittel umgewidmet werden würden. Dies lässt laut Ärztekammer Einschnitte in der künftigen niedergelassenen Versorgung befürchten. Im Abschluss der Stellungnahme wird außerdem festgehalten, dass aus Sicht der Ärztekammer der Gesetzesentwurf in Hinblick auf die eigentliche Zielsetzung, nämlich eine sinnvolle und international vergleichbare Primärversorgung in Österreich zu realisieren, als absolut entbehrlich anzusehen ist.⁶¹

⁶⁰ S. 78/SN-312/ME XXV.GP – Stellungnahme des Österreichischen Forums Primärversorgung zum GRUG 2017, S. 1 ff.

⁶¹ S. 141/SN-312/ME XXV.GP – Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer zum Begutachtungsentwurf GRUG 2017, S. 1 ff.

Zusammenfassung Experteninterviews

Auch aus den Interviews, welche im Rahmen dieser Masterarbeit durchgeführt wurden, wurde die Erkenntnis gewonnen, dass die Entscheidungsträger der Ärztekammer tendenziell kritisch zum neuen PrimVG stehen und einige weitere Kritikpunkte angebracht haben. Dennoch sind beide Experten davon überzeugt, dass es Veränderungen braucht, um die medizinische Versorgung auf der primären Ebene zu verbessern. Auch müsse die Position der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner gestärkt werden.

Dr. Zahrl ist der Meinung, dass das neue PrimVG zu kompliziert ausgefallen ist⁶². Seiner Ansicht nach hätte es ein schlankes Gesetz gebraucht, das Ärztinnen und Ärzte dazu animiert etwas zu gründen. Zum Beispiel ein Netzwerk, das die Zusammenarbeit erleichtert, aber gleichzeitig Autonomien für die einzelnen Mitglieder offenlässt.⁶³

Auch hätte den Ärztinnen und Ärzten mehr Freiheiten eingeräumt werden müssen. Dies hätte unter anderem damit erreicht werden können, dass das neue Gesetz die Möglichkeit eröffnet, dass Ärztinnen und Ärzte andere Ärztinnen und Ärzte in deren freiberuflichen Gesellschaften anstellen können.⁶⁴

Des Weiteren wurde von Seiten Dr. Zahrl bekräftigt, dass die Angehörigen nichtärztlicher medizinischer Berufe keine Erwähnung im Gesetz finden. Somit bleibt es weitestgehend unklar, in welcher Form diese überhaupt an einer PVE, insbesondere an einem PVE-Netzwerk, beteiligt werden können.⁶⁵

Außerdem wurden von Dr. Zahrl Bedenken zu einigen Punkten im Kassenvertragsrecht für PVE und der daraus ableitbaren Honorierung geäußert. Auf die Ausführungen zu diesem Punkt wird in Kapitel 3 der Arbeit im Detail eingegangen.⁶⁶

Nichtsdestotrotz sieht Dr. Zahrl aber auch Potential in den neu geschaffenen Möglichkeiten. Vor allem die Zusammenarbeit in Netzwerken könnte seiner Meinung nach eine große Rolle spielen, wenn das Gesetz umfangreich novelliert wird.⁶⁷ Dies insbesondere im ländlichen Raum. Die größeren Zentren werden sich eher in den Ballungsräumen durchsetzen.⁶⁸ Die in der Vereinbarung gem. Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens festgelegte Zahl von 75 hält Dr. Zahrl für nicht realistisch. Die Frage, ob PVE ein Einsparungspotential für das Gesundheitssystem bringen könnten, wurde mit der Begründung, dass ein besseres System auch mehr kosten dürfe, tendenziell verneint.⁶⁹

⁶² S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 2.

⁶³ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 4.

⁶⁴ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 40.

⁶⁵ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 22 u. RZ 26.

⁶⁶ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 4, RZ 28 u. RZ 38.

⁶⁷ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 14.

⁶⁸ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 18.

⁶⁹ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 14 u. RZ 36.

Ähnliche Ansichten, wie die von Dr. Zahrl, werden auch von Dr. Holzgruber vertreten. Wobei dieser sogar die Meinung vertritt, dass es für die Reformierung der Primärversorgung in Österreich kein neues Gesetz gebraucht hätte, sondern dass Ärztinnen und Ärzten einfach mehr Freiheiten gegeben werden müsse.⁷⁰

Neben den Kritikpunkten hinsichtlich der Umsetzung im Kassenvertragsrecht und der Honorierung⁷¹, auf welche ebenfalls ausführlich im Kapitel 3 eingegangen wird, sieht Dr. Holzgruber ein großes Problem in der Finanzierung. Dieser meint, dass kein eigenes Etat für PVE geschaffen wurde, sondern dass das Geld von anderen Bereichen in der Versorgung abgezogen werden wird. Dr. Holzgruber vertritt außerdem die Meinung, dass das PVE-System jedenfalls Mehrkosten für das Gesundheitssystem verursachen wird. Seine Aussage bekräftigt er mit dem Beispiel, dass eine flächendeckende Versorgung von Wien mit PVE Mehrkosten in Höhe von 40 Prozent verursachen würden.⁷²

Hinsichtlich der Berücksichtigung von Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe ist Dr. Holzgruber ebenfalls der Meinung, dass diese nicht ausreichend im Gesetz berücksichtigt wurden. Seiner Meinung wird die Umsetzung in den PVE so ausgestaltet sein, dass diese Personen in den PVE angestellt werden, und dass deren Gehalt durch höhere Behandlungshonorare für die Ärztinnen und Ärzte der PVE abgegolten werden wird.⁷³

Trotz seiner Kritikpunkte sieht Dr. Holzgruber dennoch Potential in der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten. Dies wird bereits heute in den größeren Gruppenpraxen, welche seiner Meinung nach dem Grunde nach nichts anders als PVE sind, sichtbar. Die Patientinnen und Patienten nehmen diese Einrichtungen gut an. Dennoch wird es auch in Zukunft laut Dr. Holzgruber einen guten Mix zwischen Zusammenschlüssen von Ärztinnen und Ärzten sowie Einzelordinationen benötigen, da die Patientinnen und Patienten unterschiedliche Präferenzen haben. Die eine Gruppe legt besonderen Wert auf die persönliche Betreuung und der anderen ist es wichtig, auch zu Tagesrandzeiten und am Wochenende eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen zu können, ohne eine weite Wegstrecke bzw. lange Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen. Umgelegt auf die Situation in Wien vertritt Dr. Holzgruber die Meinung, dass die Etablierung von größeren Einrichtungen wie PVE ein langer Prozess sein wird. Dies ist seiner Meinung nach auf die derzeitige Immobiliensituation zurückzuführen, die es erschwert geeignete Räumlichkeiten für die Umsetzung zu finden.⁷⁴

⁷⁰ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber RZ 6.

⁷¹ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber RZ 12, RZ 14 u. RZ 16.

⁷² S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber RZ 18.

⁷³ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber RZ 20.

⁷⁴ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber RZ 22.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen für PVE

In diesem Kapitel der Arbeit wird auf die rechtlichen Aspekte bei der Errichtung von PVE eingegangen. Dabei werden zu Beginn die möglichen Umsetzungsformen von PVE aufgezeigt und im Detail erläutert. Danach wird auf die Gründungsvoraussetzungen eingegangen. Hierbei wird auch ein Vergleich zu den Gründungsvoraussetzungen anderer Vergesellschaftungsformen, welchen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung stehen, vorgenommen.

Das Hauptaugenmerk in diesem Kapitel liegt allerdings am Kassenvertragsrecht zwischen Ärztinnen und Ärzten, die sich in einer PVE zusammengeschlossen haben, und den Sozialversicherungsträgern. Auch hierbei wird wiederum auf die Unterschiede zu den bisher möglichen Vergesellschaftungsformen eingegangen. Zusätzlich werden gefundene Probleme im neuen System aufgezeigt und kritisch analysiert. Den Abschluss des Kapitels bildet die Verknüpfung zum Praxisoutput der Arbeit.

3.1. Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten

Wie bereits in Kapitel 2.2.1 der Arbeit beschrieben, können PVE in zwei Ausgestaltungsformen (Primärversorgungstypen) realisiert werden. Gemäß § 2 (5) PrimVG kann eine PVE einerseits an einem Standort als Zentrum oder an mehreren Standorten als Netzwerk eingerichtet werden.

Wird die PVE an einem Standort als Zentrum errichtet, so kann diese nur in den Organisationsformen einer Gruppenpraxis nach § 52a Ärztegesetz (ÄrzteG) oder eines selbstständigen Ambulatoriums nach § 2 (1) Z 5 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) realisiert werden. Wird die PVE als Netzwerk geführt, so kann diese in allen Rechtsformen mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestaltet werden. Als Beispiel wird im Gesetz die Ausgestaltung als Verein explizit als Beispiel angeführt. Mitglieder des Netzwerkes dürfen allerdings nur freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzte der Kinder- und Jugendheilkunde, Gruppenpraxen dieser beider Fachrichtungen sowie Angehörige nichtärztlicher Gesundheits- und Sozialberufen und deren jeweilige Trägerorganisationen sein.⁷⁵

In den folgenden Unterkapiteln wird auf die jeweiligen Ausgestaltungsformen im Detail eingegangen. Dabei wird zu Beginn immer die Umsetzung der beschriebenen Ausgestaltungsform als PVE ausgeklammert. Durch diese Vorgehensweise wird es ermöglicht, dass in Kapitel 3.2.

⁷⁵ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 58 f; S. § 2 (5) PrimVG.

die Besonderheiten, welche nur bei der Gründung im Rahmen einer PVE zur Anwendung kommen, aufgezeigt werden können und somit ein Vergleich vorgenommen werden kann.

3.1.1. Gruppenpraxen nach § 52a ÄrzteG

Im ÄrzteG finden sich zwei Kooperationsformen nach denen sich freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte, das sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit eigener Ordinationsstätte gem. § 45 ÄrzteG und Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte gem. § 47 ÄrzteG, zu einer Gemeinschaft zusammenschließen können.

Einerseits ist dies die

- **Ordinations- bzw. Apparategemeinschaft** nach § 52 ÄrzteG

und andererseits die

- **Gruppenpraxis** nach § 52a ÄrzteG.⁷⁶

Die eingangs erwähnte Trennung zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzten, welche darin besteht, dass die Wohnsitzärztin bzw. der Wohnsitzarzt für die Berufsausübung der ärztlichen Tätigkeit grundsätzlich keine Betriebsstätte braucht⁷⁷, die niedergelassene Ärztin bzw. der niedergelassene Arzt hingegen schon, ist für die Arbeit nicht relevant, da es sich bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen einer PVE immer um niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte handeln wird.⁷⁸

Auch die Kooperationsform einer **Ordinations- bzw. Apparategemeinschaft** (in der Literatur auch als Gemeinschaftspraxis bezeichnet) gemäß § 52 ÄrzteG ist für die weitere Arbeit nicht von Bedeutung, da es bei dieser Kooperationsform zu einer bloßen Vergesellschaftung von Betriebsmitteln kommt. Der Zweck liegt ausschließlich in der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen. Bei Gemeinschaftspraxen ist insbesondere darauf zu achten, dass die Eigenverantwortlichkeit jedes Arztes gewahrt bleibt. Daher stellt diese in der Regel nur eine Innengesellschaft dar. Das heißt, dass sie gegenüber Patientinnen und Patienten (nach außen) nicht in Erscheinung tritt. Wird die Gemeinschaftspraxis zivilrechtlich in der Rechtsform einer OG gegründet, so ist es grundsätzlich erlaubt, dass diese Vermögen erwirbt (z.B. Ankauf eines medizinischen Geräts) oder mit Dritten ein Mietverhältnis eingeht und so im Rahmen der nicht ärztlichen Berufsausübung nach außen auftritt.

Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass der Terminus Ordinationsgemeinschaft bei der gemeinsamen Nutzung von Ordinationsräumlichkeiten und der Terminus Apparategemeinschaft

⁷⁶ Vgl. KAROLLUS (2011), S. 777.

⁷⁷ Vgl. GRUBER (2011), S. 281 f; S. § 47 ÄrzteG.

⁷⁸ S. § 45 ÄrzteG.

bei der gemeinsamen Nutzung von medizinischen Geräten oder Materialien (z.B. Röntgengerät) Anwendung finden.⁷⁹

Anzumerken ist, dass Ordinations- bzw. Apparategemeinschaften in der Praxis sehr beliebt sind und daher immer häufiger realisiert werden. Gründe dafür sind, dass zwar jede Ärztin bzw. jeder Arzt vollkommen eigenständig gegenüber den Patientinnen und Patienten auftritt, aber dass gleichzeitig Kosten gemeinsam getragen werden können. Des Weiteren sind die Gründungskosten einer Gemeinschaftspraxis meist geringer als für eine Gruppenpraxis und es ist kein aufwendiges Zulassungsverfahren zu durchlaufen.⁸⁰

Im Gegensatz zu der Gemeinschaftspraxis stellt die **Gruppenpraxis** eine Vergesellschaftungsform dar, die auf den gemeinsamen Betrieb einer Ordination durch mehrere Ärztinnen und Ärzte abzielt. Der Zweck einer Gruppenpraxis besteht somit in der gemeinsamen Ausübung des ärztlichen Berufes.⁸¹ Die Regelungen zur Gruppenpraxis sind weit strenger als für eine Gemeinschaftspraxis und finden sich in den §§ 52a – 52c ÄrzteG.

Generelle Rahmenbedingungen für eine Gruppenpraxis

Eines der wichtigsten Merkmale einer Gruppenpraxis ist, dass diese in jedem Fall mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit ausgestattet sein muss. Somit kann eine Gruppenpraxis im rechtsgeschäftlichen Verkehr auftreten und Dienstverträge mit Mitarbeitern (z.B. medizinischem Fachpersonal sowie Ordinationsgehilfen) abschließen, Ordinationsräumlichkeiten anmieten und Vermögen im eigenen Namen erwerben. Darüber hinaus schließt die Gruppenpraxis, im Gegensatz zur Gemeinschaftspraxis, Behandlungsverträge unmittelbar mit den Patientinnen und Patienten ab und diese tritt somit immer nach außen auf.⁸²

Durch die erweiterten Möglichkeiten und den Außenauftritt der Gesellschaft stellt das Gesetz eine Vielzahl an Anforderungen sowie Einschränkungen an Gruppenpraxen.

So sieht beispielsweise § 52a (1) ÄrzteG vor, dass eine Gruppenpraxis nur in den Rechtsformen einer

- a) **offenen Gesellschaft (OG)** im Sinne des § 105 UGB oder einer
- b) **Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)** im Sinne des GmbH-Gesetzes

gegründet werden darf.

⁷⁹ Vgl. HUMMELBRUNNER (2005), S. 5 ff.

⁸⁰ Vgl. LEONHART (2014), S. 129 f.

⁸¹ Vgl. KAROLLUS (2011), S. 775.

⁸² Vgl. LEONHART (2014), S. 465 f.

Des Weiteren findet sich in § 52a (3) ÄrzteG ein Kriterienkatalog, welcher sicherstellen soll, dass eine Gruppenpraxis keine Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt, zum Beispiel in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums gemäß § 2 (1) Z 5 KAKuG, aufweist. Für Gruppenpraxen sind daher Regulierungen zu beachten, die über die gesellschaftsrechtlichen Bestimmungen von UGB und GmbHG hinausgehen (Sondergesellschaftsrecht)⁸³.

Die folgende Aufzählung von Kriterien, welche bei allen Gruppenpraxen zwingend zu beachten und einzuhalten sind, orientiert sich an der Nummerierung des § 52a (3) ÄrzteG:

1. Gruppenpraxen dürfen als Gesellschafterinnen und Gesellschafter nur zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte Ärztinnen und Ärzte angehören.
2. Andere natürliche und juristische Personen dürfen der Gruppenpraxis nicht als Gesellschafterin oder Gesellschafter angehören und daher auch nicht am Umsatz oder Gewinn beteiligt werden (auch nicht über stille Beteiligungen oder Ähnlichem).
3. Die Übertragung und Ausübung von übertragenen Gesellschaftsrechten ist unzulässig. Das bedeutet, dass sowohl Treuhandbeteiligungen als auch die Übertragung von Geschäftsanteile an Dritte unzulässig ist. Ausnahmen bestehen allerdings für die Übertragung an andere berufsberechtigte Medizinerinnen oder Mediziner.⁸⁴
4. Die Berufsbefugnis der Gruppenpraxis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der an der Gruppenpraxis als Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter beteiligten Ärztinnen und Ärzte.
5. Die Tätigkeit der Gruppenpraxis muss auf
 - a) die Ausübung von Tätigkeiten im Rahmen der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis und mit der Berufsbefugnis der Gruppenpraxis im direkten Zusammenhang stehenden Tätigkeiten von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie
 - b) die Verwaltung des Gesellschaftsvermögens beschränkt werden.
6. Jede Gesellschafterin und jeder Gesellschafter ist maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet.

⁸³ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2010), S. 16.

⁸⁴ Vgl. WIEDENBAUER/KANDUTH-KRISTEN (2015), S. 42 f.

7. Unzulässig sind

a) die Anstellung von Gesellschafterinnen und Gesellschaftern sowie die Anstellung von anderen Ärztinnen und Ärzten sowie

b) das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen der Gesellschaft oder der Gesellschafterinnen und Gesellschafter zu anderen Ärztinnen und Ärzten oder Ärzte-Gesellschaften, insbesondere durch den Abschluss von freien Dienstverträgen, Werkverträgen und Leiharbeitsverhältnissen, zum Zweck der Erbringung ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis, die über das Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung, insbesondere aufgrund von Fortbildung, Krankheit und Urlaub, hinausgehen.⁸⁵

8. Eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist nur in einem Ausmaß zulässig, das keine Regelung in einer Anstaltsordnung erfordert. Wenn das Verhältnis zwischen den Gesellschaftern und den Vollzeitäquivalenten der angestellten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, ausgenommen Ordinationsgehilfen, die Verhältniszahl 1:5 übersteigt oder wenn die Zahl der angestellten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, ausgenommen Ordinationsgehilfen, die Zahl 30 übersteigt, wird das Vorliegen eines selbstständigen Ambulatoriums vermutet. Bei Sonderfächern mit hohem Technisierungsgrad wie medizinische und chemische Labordiagnostik, physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation sowie Radiologie tritt auch bei Übersteigen der genannten Zahlen die Vermutung des Vorliegens eines selbstständigen Ambulatoriums solange nicht ein, als die ärztliche Verantwortung für die ärztliche Leistung für einen bestimmten Behandlungsfall bei einer bestimmten Gesellschafterin oder einem bestimmten Gesellschafter liegt.⁸⁶

9. Die Berufsausübung der Gesellschafterinnen und Gesellschafter darf nicht an eine Weisung oder Zustimmung der Gesellschafter (Gesellschafterversammlung) gebunden werden.

10. Über Fragen der Berufsausübung entscheiden ausschließlich die entsprechend berufsberechtigten Gesellschafterinnen und Gesellschafter. Gegen den Willen jener Gesellschafterinnen und Gesellschafter, die über die den Gegenstand einer Entscheidung überwiegend betroffene Berufsberechtigung verfügen, darf keine Entscheidung getroffen werden.

⁸⁵ Vgl. KAROLLUS (2011), S. 788 f.; S. § 52a (4) ÄrzteG.

⁸⁶ Vgl. KAROLLUS (2011), S. 789 f.

11. Für die Patientinnen und Patienten ist die freie Arztwahl unter den Gesellschafterinnen und Gesellschaftern derselben Fachrichtung im Rahmen der Gruppenpraxis zu gewährleisten.⁸⁷

Darüber hinaus sieht § 52a (4) ÄrzteG vor, dass eine Gruppenpraxis grundsätzlich nur einen Standort haben darf. Weitere Standorte sind nur unter Einhaltung restriktiver Kriterien möglich, wie zum Beispiel, dass durch den zusätzlichen Standort im Einzugsgebiet das medizinische Versorgungsangebot wesentlich verbessert werden kann. Die Höchststandortzahl einer Gruppenpraxis ist mit der Anzahl der Gesellschafterinnen und Gesellschafter begrenzt.⁸⁸

Gründung einer Gruppenpraxis

Die Gründung einer Gruppenpraxis erfolgt im Wesentlichen in vier Schritten, welche sich aus § 52b ÄrzteG ableiten lassen:

1. Abschluss eines Gesellschaftsvertrages

Am Beginn des Prozesses steht der Abschluss eines Gesellschaftsvertrages über die Gründung einer OG oder GmbH. Darin werden in der Regel aufschiebende Bedingungen festgelegt, die besagen, dass die Gesellschaft erst nach dem erfolgreichen Durchlaufen des Zulassungsverfahrens entstehen kann.

2. Zulassung durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann⁸⁹

Als nächsten Schritt ist die Zulassung durch die örtliche zuständige Landeshauptfrau bzw. den örtlich zuständigen Landeshauptmann vorgesehen. Dabei gibt es im Hinblick auf die Komplexität des Zulassungsverfahrens unterschiedliche Szenarien differenziert zu betrachten.

Hat jede zukünftige Gesellschafterin und jeder zukünftige Gesellschafter der geplanten Gruppenpraxis bereits einen Einzelvertrag (Kassenvertrag) mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und hat diese Gebietskrankenkasse ebenfalls eine schriftliche Zusage über den Abschluss eines Gruppenpraxis-Einzelvertrags abgegeben, so ist die Gründung der Gruppenpraxis der zuständigen Landeshauptfrau bzw. dem zuständigen Landeshauptmann lediglich anzuzeigen. Diese bzw. dieser hat in Folge die jeweilige Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses zu befassen und der Gruppenpraxis bei Vorliegen keines Mangels die Genehmigung zu erteilen. Ein generelles Ablehnungsrecht kommt im diesem Fall weder der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann noch der Landesgesundheitsplattform zu.

⁸⁷ Vgl. BRAZA-HORN/HERDEGA (2014), S. 177 f.; CHINI (2010), S. W 107 ff.; S. § 52a (3) ÄrzteG.

⁸⁸ S. § 52a (4) ÄrzteG.

⁸⁹ S. § 52b (1) Z 2 ÄrzteG.

Gleiches gilt, wenn eine geplante Kassen-Gruppenpraxis bereits im Stellenplan⁹⁰ des jeweiligen Bundeslandes vorgesehen ist. Auch in diesem Fall besteht für die Gründerinnen und Gründer der Gruppenpraxis lediglich eine Anzeigepflicht an die Landeshauptfrau bzw. an den Landeshauptmann.⁹¹

Haben nicht alle beteiligten Gesellschafterinnen und Gesellschafter Einzelverträge, so hat für eine geplante Kassen-Gruppenpraxis ein Bedarfs- und Bewilligungsverfahren durch die lokal zuständige Ärztekammer in Abstimmung mit der regional zuständigen Gebietskrankenkasse zu erfolgen. Anzumerken ist, dass in den jeweiligen Gruppenpraxen-Gesamtverträgen, abgeschlossen jeweils zwischen den einzelnen Landesärztekammern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, noch nicht jede nach § 52a (1) ÄrzteG zulässige Rechtsform Erwähnung findet. So ist beispielsweise auf Grund dieser Hürde die Gründung einer Kassen-Gruppenpraxis GmbH in den Bundesländern BGLD, OÖ, NÖ und STMK nicht möglich. Nach Erhalt der Bewilligung durch die zuständige Gebietskrankenkasse und dem Vorliegen einer schriftlichen Zusage für den Abschluss eines Gruppenpraxis-Einzelvertrages gilt die zuvor beschriebene Anzeigepflicht an die Landeshauptfrau bzw. an den Landeshauptmann analog.⁹²

Eine ledigliche Anzeigepflicht an die Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann bei der Gründung gilt auch für Gruppenpraxen, die ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen erbringen (Privat-Gruppenpraxen). Als Beispiel hierfür kann eine Gruppenpraxis für Schönheitschirurgie angeführt werden. Auch hierbei kommt der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann wiederum kein generelles Ablehnungsrecht zu.⁹³

Für alle anderen Gruppenpraxen (z.B. Wahlarztgruppenpraxen) sind im Rahmen der Gründung sowohl ein umfassendes Zulassungsverfahren durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann als auch ein Zulassungsverfahren durch die zuständige Gebietskrankenkasse zu durchlaufen. Beide Instanzen müssen dabei eine Zustimmung geben, damit die Gruppenpraxis ihre Tätigkeit aufnehmen darf. Der Ablauf des Zulassungsverfahrens durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann ist unter anderem im § 52c ÄrzteG geregelt. Die Entscheidung, ob die Gruppenpraxis bewilligt wird, baut auf einem von der Gesundheit Österreich GmbH verpflichtend zu erstellenden Gutachten sowie auf einer von der Landesgesundheitsplattform verpflichtend abzugebenden Stellungnahmen auf. In diesen wird, unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse (wie zum Beispiel Besiedlungsdichte, Bevölkerungsstruktur und Verkehrsanbindung), beurteilt, ob die geplante Gruppenpraxis zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet beitragen würde. Zusätzlich wird darin auf die Regiona-

⁹⁰ Der aktuelle Stellenplan für die Steiermark findet sich im Anhang unter Punkt h).

⁹¹ Vgl. LEONHART (2014), S. 136.

⁹² Vgl. LEONHART (2014), S. 136 f.

⁹³ Vgl. CHINI (2010), S. W 114.

len Strukturpläne Gesundheit (RSG) Bedacht genommen. Außerdem muss das Zulassungsverfahren durch die Gebietskrankenkasse, welche ebenfalls beurteilt, ob die Gruppenpraxis an dem geplanten Standort benötigt wird, positiv verlaufen sein. Die letztgültige Entscheidung, ob die Gruppenpraxis bescheidmässig genehmigt wird, liegt bei der Landeshauptfrau bzw. bei dem Landeshauptmann.⁹⁴

3. Eintragung ins Firmenbuch⁹⁵

Erst wenn eine bescheidmässige Zusage durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann vorliegt, wird eine Gruppenpraxis OG oder GmbH als solche in das Firmenbuch eingetragen und die Gesellschaft entsteht.⁹⁶ In der Zeit zwischen dem Abschluss des Gesellschaftsvertrags bis zur Eintragung ins Firmenbuch werden die Gesellschafterinnen und Gesellschafter im Rahmen einer Vorgesellschaft, beispielsweise einer GesBR, zusammenarbeiten. Mit der Eintragung der Gruppenpraxis ins Firmenbuch tritt die neu entstandene Gesellschaft sodann in die bereits begründeten Rechtsverhältnisse der Vorgesellschaft ein.⁹⁷

4. Eintragung in die Ärzteliste⁹⁸

Die Eintragung in die Ärzteliste ist die letzte Gründungsvoraussetzung. Die Ärzteliste wird von der Österreichischen Ärztekammer in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in den Bundesländern geführt. Darin finden sich alle zur Berufsausübung gelisteten Ärztinnen und Ärzte sowie Gruppenpraxen in Österreich.⁹⁹ Die Verantwortung der Eintragung liegt bei den Ärztinnen und Ärzten bzw. bei der Gruppenpraxis. Für Privat-Gruppenpraxen gilt zusätzlich die Auflage, dass diese bei der Eintragung in die Ärzteliste eine Erklärung abgeben müssen, dass keine von den Krankenkassen erstattungsfähigen Leistungen erbracht werden.¹⁰⁰ Damit eine Gruppenpraxis in die Ärzteliste eingetragen wird, muss neben den ersten drei Voraussetzungen zusätzlich eine angemessene Haftpflichtversicherung abgeschlossen werden.

Erst nach erfolgreichem Abschluss aller vier Gründungsschritte sowie etwaiger sonstiger rechtlicher Vorschriften, wie zum Beispiel der baulichen Abnahme der Ordinationsräumlichkeiten, darf die Gruppenpraxis ihre ärztlichen Tätigkeiten aufnehmen.

⁹⁴ Vgl. GRUBER (2011), S. 25 f.

⁹⁵ S. § 52b (1) Z 1 ÄrzteG.

⁹⁶ Vgl. LEONHART (2014), S. 137.

⁹⁷ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2010), S. 16.

⁹⁸ S. § 52b (3) Z 3 ÄrzteG.

⁹⁹ S. § 27 ÄrzteG.

¹⁰⁰ Vgl. WALLNER (2015), S. 704.

3.1.2. Selbstständige Ambulatorien

Neben der Vergesellschaftung in Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen können Ärztinnen und Ärzte ihre Tätigkeit unter bestimmten Voraussetzungen auch in der Form eines selbstständigen Ambulatoriums ausüben. Selbstständige Ambulatorien gelten in Österreich als Krankenanstalten. Dementsprechend findet sich der rechtliche Rahmen zu diesen im Bundesgesetz über Kranken- und Kuranstalten (KAKuG) sowie in den Landes-Krankenanstaltengesetzen.

§ 2 KAKuG definiert selbstständige Ambulatorien als organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbstständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn das Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die ausschließlich für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich sind. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet durch Personal des selbstständigen Ambulatoriums ist zulässig.¹⁰¹

Als Beispiele für häufig als Ambulatorien geführte Einrichtungen können Röntgeninstitute und Institute für Labordiagnostik angeführt werden.

Gleich wie in Ordinationsstätten von Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten werden auch in selbstständigen Ambulatorien ambulante ärztliche Leistungen an Patientinnen und Patienten erbracht. Dennoch bestehen zwischen den unterschiedlichen Vergesellschaftungsformen grundlegende Unterschiede. Allgemein gilt, dass eine Krankenanstalt dann vorliegt, wenn der für die Erbringung der jeweiligen ärztlichen Leistung notwendige organisatorische oder sachliche Aufwand ein Maß überschreitet, das medizinisch nicht mehr vertretbar durch einen Einzelnen verantwortet werden kann¹⁰². Im Detail gibt es eine Vielzahl an Abgrenzungskriterien.

Bei Ärztinnen und Ärzten in Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen muss, wie bereits angeführt, die Eigenverantwortlichkeit jeder einzelnen Gesellschafterin bzw. jedes einzelnen Gesellschafters gewahrt bleiben. Außerdem gelten für die Ordinationsstätten keine besonderen Organisationsregeln bzw. unterliegen dieser keiner differenzierten behördlichen Aufsicht.

Dies trifft auf selbstständige Ambulatorien nicht zu. Sie unterliegen sowohl einer behördlichen Aufsicht als auch spezifischen Normen für die innere Organisation sowie für den Betrieb. Des Weiteren ist die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in einem Ambulatorium möglich. Eine Gemeinsamkeit, die zwischen Gruppenpraxen und selbstständigen Ambulatorien besteht, ist,

¹⁰¹ Vgl. STADLER (2010), S. 36.

¹⁰² Vgl. MAZAL (2000), S. 129.

dass Patientinnen und Patienten den Behandlungsvertrag nicht mit der jeweiligen Ärztin bzw. dem jeweiligen Arzt, sondern mit der Organisation abschließen.¹⁰³

Gründung eines selbstständigen Ambulatoriums

Der Gründungsprozess eines selbstständigen Ambulatoriums erfolgt nach noch strengeren Voraussetzungen als für die bisher beschriebenen Vergesellschaftungsformen. Möchte eine Ärztin oder ein Arzt ein Ambulatorium betreiben, so bedarf es gemäß § 3a (1) KAKuG sowohl für die Errichtung als auch für den Betrieb einer gesonderten Bewilligung der Landesregierung. Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit eine bereits bestehende ärztliche Ordinationsstätte in ein selbstständiges Ambulatorium umzuwandeln. Jedoch ist auch dafür eine Errichtungsbewilligung zu beantragen.¹⁰⁴

Die wesentlichen Voraussetzungen für die Erteilung einer Errichtungsbewilligung für ein selbstständiges Ambulatorium sind in § 3a (2) KAKuG geregelt. Oberste Priorität hat dabei, dass die neue Einrichtung nach dem angegebenen Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot öffentlicher, privater, gemeinnütziger und sonstiger Krankenanstalten mit Kassenverträgen sowie auch im Hinblick auf das Versorgungsangebot durch Ambulanzen und kasseneigene Einrichtungen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen und anderen selbstständige Ambulatorien, soweit sie sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen, zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit sowie zu einer wesentlichen Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet beitragen wird (Grundgedanke der Bedarfsprüfung). Die Beurteilung dieser Voraussetzungen hat unter anderem auch auf Basis des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit zu erfolgen¹⁰⁵.

Zusätzlich muss nachgewiesen werden, dass ein Eigentumsrecht oder ein sonstiges Recht zur Benützung der für die Anstalt in Aussicht genommenen Betriebsanlage besteht, dass das in Frage kommende Gebäude den hierfür geltenden bau-, feuer- und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entspricht und dass gegen die Bewerberinnen und Bewerber keine Bedenken bestehen.¹⁰⁶

¹⁰³ Vgl. GRUBER (2011), S. 15.

¹⁰⁴ Vgl. STÄRKER (2015), S. 436 f.

¹⁰⁵ Vgl. SCHRATTBAUER (2017), S. 188; S. § 3a (2) KAKuG.

¹⁰⁶ S. § 3a (2) KAKuG.

Die Bedarfsprüfung für ein selbstständiges Ambulatorium wurde im Jahr 2010 durch die Entscheidung des EuGHs in der Rechtssache „Hartlauer“¹⁰⁷ mit der Installierung einer Gruppenpraxis harmonisiert, sodass im Wesentlichen im Prüfungsprozess keine Unterschiede bestehen.¹⁰⁸

Vor diesem Hintergrund finden sich im § 3a KAKuG analoge Bestimmungen zu § 52c ÄrzteG hinsichtlich der Bedarfsprüfung. Auch für die Entscheidung, ob die Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums durch die zuständige Landeshauptfrau bzw. den zuständigen Landeshauptmann bewilligt wird, ist von der Gesundheit Österreich GmbH oder von einem vergleichbaren Planungsinstitut sowie von dem jeweiligen Landesgesundheitsfonds eine begründete Stellungnahme einzuholen¹⁰⁹.

Sowohl die Stellungnahmen als auch die letztgültige Entscheidung der Landeshauptfrau bzw. des Landeshauptmanns haben auf den festgelegten Kriterienkatalog des § 3a (3) KAKuG aufzubauen. Dieser bestimmt, dass bei der Beurteilung, ob eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann, ausgehend von den Ergebnissen der Planungen des jeweiligen RSG, folgende Kriterien zu berücksichtigen sind:

1. Die örtlichen Verhältnisse (regionale, rurale oder urbane Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte),
2. die für die Versorgung bedeutsamen Verkehrsverbindungen,
3. das Inanspruchnahmeverhalten und die Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern, die sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringen,
4. die durchschnittliche Belastung bestehender Leistungsanbieter sowie
5. die Entwicklungstendenzen in der Medizin.¹¹⁰

Sofern zu dem Schluss gekommen wird, dass eine Verbesserung im Versorgungsgebiet erreicht werden kann, ohne dass bereits bestehende Gesundheitseinrichtungen mit nicht vertretbaren Einbußen rechnen müssen, hat die Landesregierung durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann die Bewilligung zur Errichtung des selbstständigen Ambulatoriums zu erteilen. Diese hat ebenfalls, im Rahmen des jeweiligen Antrages, das Leistungsangebot, die Öffnungszeiten sowie die erforderlichenfalls notwendigen Bereitschaftszeiten und die Verpflichtungen zur Durchführung von Hausbesuchen festzulegen¹¹¹. Der Zweck dieser Bestimmung liegt darin, dass die Schaffung neuer ambulanter Strukturen in der Entlastung des Spitalsambu-

¹⁰⁷ S. EuGH 10.3.2009, C-169/07, „Hartlauer“.

¹⁰⁸ Vgl. SCHRATTBAUER (2017), S. 188.

¹⁰⁹ S. § 3a (5) KAKuG.

¹¹⁰ S. § 3a (3) KAKuG.

¹¹¹ S. § 3a (7) KAKuG.

lanzsektors liegt, welcher vor allem an Wochenenden, an Feiertagen sowie zu Tagesrandzeiten die wesentliche Versorgungsfunktion¹¹² trägt.¹¹³

Anzumerken ist, dass bereits in der Vergangenheit erteilte Errichtungsbewilligungen für ein bestimmtes Einzugsgebiet grundsätzlich nicht zeitlich begrenzt sind. Dementsprechend ist es in der Praxis üblich, dass mit solchen Bewilligungen auch gehandelt wird. Vergleichbar ist dieses gewachsene System mit einer Art Konzessionssystem.¹¹⁴

Wie bereits erwähnt, benötigt auch der Betrieb eines selbstständigen Ambulatoriums eine Bewilligung. Diese ist allerdings in der Regel leichter zu bekommen, da der in der Praxis als größte Hürde gesehene Prozess der Bedarfsprüfung bereits abgeschlossen ist. Dennoch gibt es auch für den Betrieb eines Ambulatoriums taxativ aufgezählte Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen. Diese finden sich in § 3b (1) KAKuG und lauten wie folgt:

1. Eine positive Errichtungsbewilligung muss erteilt worden sein.
2. Die für den unmittelbaren Betrieb der Anstalt erforderlichen medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen müssen vorhanden sein und die Betriebsanlagen sowie alle medizinischen Apparate und technischen Einrichtungen den sicherheitspolizeilichen und gesundheitspolizeilichen Vorschriften entsprechen.
3. Gegen die für den inneren Betrieb der Anstalt vorgesehene Anstaltsordnung dürfen keine Bedenken bestehen.
4. Eine geeignete Ärztin oder ein geeigneter Arzt muss als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes namhaft gemacht werden und es muss glaubhaft gemacht werden, dass auch im Übrigen die nach dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot erforderliche personelle Ausstattung gesichert ist.
5. Der Abschluss einer Haftpflichtversicherung muss nachgewiesen werden, sofern eine solche gesetzlich vorgeschrieben ist.¹¹⁵

Gesellschaftsrechtlich kommen für die Errichtung eines selbstständigen Ambulatoriums sämtliche Rechtsformen des Gesellschaftsrechts, welche eine eigene Rechtspersönlichkeit besitzen, in Betracht. In der Praxis werden selbstständige Ambulatorien jedoch meistens in der Rechtsform der GmbH geführt.¹¹⁶

Für Ambulatorien würde grundsätzlich auch die Möglichkeit bestehen, einen Kassenvertrag mit Krankenversicherungsträgern abzuschließen.

¹¹² S. ErläutRV 779 Blg Nr 24. GP 28.

¹¹³ Vgl. STRAUB (2017), S. 18.

¹¹⁴ Vgl. GRUBER (2011), S. 17.

¹¹⁵ S. § 3b (1) KAKuG; Vgl. STÄRKER (2015), S. 441 ff.

¹¹⁶ Vgl. GRUBER (2011), S. 17.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gründung eines selbstständigen Ambulatoriums im Gegensatz zu einer Gruppenpraxis einige Vorteile mit sich bringt. Diese sind unter anderem, die Möglichkeit zur Anstellung von anderen Ärztinnen und Ärzten, die Möglichkeit der finanziellen Beteiligung am Erfolg von Nicht-Ärztinnen und Nicht-Ärzten sowie die völlige Freiheit der Rechtsformwahl. Demgegenüber steht aber der weit höhere finanzielle Aufwand für die notwendigen umfangreichen organisatorischen Anforderungen des Krankenanstaltenrechts. Hierzu sei die Bestellung eines wirtschaftlichen Leiters, die Einrichtung eines Qualitätssicherungssystems, die Bestellung eines Krankenhaushygienikers und eines technischen Sicherheitsbeauftragten sowie der komplexe und langwierige Zulassungsprozess erwähnt.¹¹⁷

In der Praxis eignet sich die Organisationsform eines selbstständigen Ambulatoriums daher besonders für Behandlungseinrichtungen mit einer großen Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die äußerst spezialisierte Leistungen erbringen (z.B. Labordiagnostik) oder für Behandlungseinrichtungen, in denen teure medizintechnische Geräte durch die Beschäftigung einer großen Zahl von Personen besser ausgelastet werden können (z.B. Radiologieeinrichtungen).¹¹⁸

3.1.3. Sonstige Gesellschaftsformen (Verein)

Wie bereits in der Arbeit erwähnt, kann eine PVE auch als Netzwerk geführt werden. Diese Ausgestaltungsform wird dann Bedeutung zukommen, wenn die PVE mehrere Standorte haben soll. Ein PVE-Netzwerk kann grundsätzlich in jeder Organisationsform und in jeder Rechtsform, soweit diese eine eigene Rechtspersönlichkeit besitzt, geführt werden.

Bezüglich der Ausgestaltung nennt das PrimVG in § 2 (5) Z 2 explizit die Organisation im Rahmen eines Vereins als Beispiel. Darum wird auf diesen im Folgenden im Detail eingegangen. Allerdings wäre auch die Umsetzung des Netzwerkes in Form einer Genossenschaft, einer OG, einer GmbH oder einer GmbH und Co KG theoretisch denkbar.

Hinsichtlich des Zusammenschlusses von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen eines Vereines finden sich im ÄrzteG keine expliziten Bestimmungen. Dementsprechend sind generell für die Gründung und die Zusammenarbeit in Form dieser Vergesellschaftung die Regelungen des Vereinsgesetzes (VerG 2002) anzuwenden, welches einheitlich für ganz Österreich gilt.

¹¹⁷ Vgl. GRUBER (2011), S. 17.

¹¹⁸ Vgl. SCHNEIDER (2017), S. 109.

Gemäß der Definition des § 1 VerG ist ein Verein ein freiwilliger, auf Dauer angelegter, auf Grund von Statuten organisierter Zusammenschluss mindestens zweier Personen zur Verfolgung eines bestimmten, gemeinsamen, ideellen Zwecks.¹¹⁹

Der Verein genießt Rechtspersönlichkeit und stellt dementsprechend eine juristische Person dar. Das bedeutet, dass ein Verein uneingeschränkt im Rechtsverkehr auftreten kann und somit Verträge abschließen, Schulden aufnehmen und Forderungen begründen kann. Ebenfalls darf ein Verein Dienstverträge mit Angestellten abschließen und Geschäftsräume anmieten.¹²⁰

Als wesentliche Hindernisse bei der Vergesellschaftung in Form eines Vereins ist allerdings anzumerken, dass ein Verein nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet sein darf und, dass das Vereinsvermögen nur im Sinne des festgelegten Vereinszwecks verwendet werden darf.¹²¹

Gründung eines Vereins

Die Gründung eines Vereins erfordert als ersten Schritt, dass mindestens zwei Gründer Vereinsstatuten vereinbaren. Unter Vereinsstatuten versteht man grundsätzlich die Regelungen über die Organisation eines Vereins, ähnlich zu sehen wie ein Gesellschaftsvertrag bei Gesellschaften. Die Statuten eines Vereins sind schriftlich, in deutscher Sprache zu verfassen und müssen folgende Punkte jedenfalls enthalten¹²²:

1. den Vereinsnamen,
2. den Vereinssitz,
3. eine klare und umfassende Umschreibung des Vereinszwecks,
4. die für die Verwirklichung des Zwecks vorgesehenen Tätigkeiten und die Art der Aufbringung der dafür benötigten finanziellen Mittel,
5. Bestimmungen über den Erwerb und die Beendigung der Mitgliedschaft,
6. die Rechte und Pflichten der Vereinsmitglieder,
7. die Organe des Vereins und ihre Aufgaben, insbesondere eine klare und umfassende Angabe, wer die Geschäfte des Vereins führt und wer den Verein nach außen vertritt,
8. die Art der Bestellung der Vereinsorgane und die Dauer ihrer Funktionsperiode,
9. die Erfordernisse für gültige Beschlussfassungen durch die Vereinsorgane,
10. die Art der Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Vereinsverhältnis sowie
11. Bestimmungen über die freiwillige Auflösung des Vereins und die Verwertung des Vereinsvermögens im Fall einer solchen Auflösung.¹²³

¹¹⁹ S. § 1 (1) VerG.

¹²⁰ Vgl. BRÄNDLE/REIN (2015), S. 49.

¹²¹ Vgl. BRÄNDLE/REIN (2015), S. 59; S. § 1 (2) VerG.

¹²² Vgl. BRÄNDLE/REIN (2015), S. 67 ff.

¹²³ S. § 3 (2) VerG.

Eine hervorzuhebende Rolle kommt der Beschreibung des Vereinszwecks zu. Dieser ist für eine ordnungsgemäße Gründung umfassend zu umschreiben, sodass alle Tätigkeiten, die der Verein bzw. dessen Mitglieder gemeinsam ausführen wollen, beinhaltet sind.¹²⁴

Den zweiten Schritt stellt die Anzeige der Vereinsgründung bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde (Bezirkshauptmannschaft) oder bei der im örtlichen Wirkungsbereich zuständigen Landespolizeidirektion dar. Ohne die Einschaltung der Behörde kann kein Verein entstehen.

Nach der Anzeige erfolgt die Prüfung durch die zuständige Behörde. Diese hat einerseits zu entscheiden, ob der Verein nicht gesetzeswidrig ist und andererseits zu prüfen, ob die formale Vollständigkeit der Unterlagen gewährleistet ist. Sind alle Unterlagen vollständig und bestehen keine Bedenken gegenüber dem Vereinszweck, so ist der Verein durch die zuständige Behörde zu bewilligen. In der Regel erfolgt dies mittels Bescheid. Aber auch wenn binnen sechs Wochen kein Bescheid von der Behörde erlassen wird, gilt das Schweigen der Behörde als Einladung zur offiziellen Aufnahme der Vereinstätigkeit.

Der dritte und letzte Schritt, dem lediglich deklarative Wirkung zukommt, ist die Aufnahme des Vereins ins Vereinsregister durch die zuständige Vereinsbehörde.¹²⁵

3.2. Voraussetzungen für die Gründung einer PVE

In diesem Unterkapitel wird auf die Voraussetzungen für die Gründung einer PVE eingegangen. Dabei werden Verknüpfungen zu den unterschiedlichen Umsetzungsformen gezogen und die Besonderheiten des PrimVG aufgezeigt.

3.2.1. Generelle Voraussetzungen für eine PVE

Aus dem PrimVG können folgende fünf, für alle Umsetzungsformen gültige Voraussetzungen abgeleitet werden, welche jede PVE unbedingt erfüllen muss:

- a) Erstellung eines **Versorgungskonzeptes** (§ 2 (1) PrimVG iVm § 6 PrimVG)
- b) **Eigene Rechtspersönlichkeit** (§ 2 (4) PrimVG)
- c) Vorsehung in einem **Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG)** (§ 2 (4) PrimVG)
- d) Abschluss eines **Primärversorgungsvertrags** (§ 2 (4) PrimVG iVm § 8 PrimVG)
- e) Abschluss einer **Haftpflichtversicherung** (§ 13 PrimVG)

¹²⁴ Vgl. BRÄNDLE/REIN (2015), S. 69.

¹²⁵ Vgl. BRÄNDLE/REIN (2015), S. 99 f.

a) Versorgungskonzept

Die Verpflichtung ein Versorgungskonzept zu erstellen findet sich in § 2 (1) und ist in § 6 PrimVG im Detail erläutert. Das Versorgungskonzept soll dazu dienen, eine Konkretisierung der Versorgungsaufgaben der PVE in Bezug auf die Bevölkerung im Einzugsgebiet und deren allfälligen epidemiologischen Besonderheiten zu beschreiben¹²⁶.

Allgemeine Vorgaben, auf welche das Versorgungskonzept aufbauen soll, finden sich in den §§ 4 und 5 PrimVG.

§ 4 PrimVG beschreibt die allgemeinen Anforderungen an eine PVE. Diese sind unter anderem eine wohnortnahe Versorgung und gute verkehrsmäßige Erreichbarkeit, bedarfsgerechte Öffnungszeiten mit ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag einschließlich der Tagesrandzeiten, die Organisation der Erreichbarkeit für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und gegebenenfalls unter Einbindung von Bereitschaftsdiensten, die Einbindung von vorhandenen telemedizinischen, telefon- und internetbasierten Diensten in das Erreichbarkeitskonzept, die Gewährleistung von Hausbesuchen, die Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung und die Betreuung von Patientinnen und Patienten, ein barrierefreier Zugang und bedarfsgerechte Sprachdienstleistungen sowie das Vorhandensein von notwendiger (medizinisch-) technischer Ausstattung.¹²⁷

§ 5 PrimVG bezieht sich hingegen auf die Patientinnen und Patienten der PVE. Die Bestimmung sieht vor, dass eine breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-) Kompetenzen insbesondere für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, älterer Personen sowie von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten in der PVE angeboten werden muss. Dabei sollen sich die angebotenen Leistungen sowohl auf die abhängig vom Schweregrad der Erkrankung möglichst abschließende Akutbehandlung als auch Langzeittherapien bei chronischen Erkrankungen beziehen.¹²⁸

Die Bestimmungen in den §§ 4 und 5 PrimVG sind sehr allgemein ausformuliert und es kann davon ausgegangen werden, dass nicht jedes Versorgungskonzept alle aufgezählten Punkte abdecken wird.

Strenger zu sehen sind jene Punkte, die explizite im § 6 (1) PrimVG aufgezählt werden. Daher kann davon ausgegangen werden, dass jedes Versorgungskonzept

¹²⁶ S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017 zu § 6.

¹²⁷ S. § 4 PrimVG 2017.

¹²⁸ S. § 5 PrimVG 2017.

- Inhalte zu den Zielen des Primärversorgungsteams,
- eine Beschreibung des Leistungsspektrums sowie
- Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung beinhalten wird.

Auch werden Regelungen

- zur Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen,
- zur Arbeits- und Aufgabenverteilung im Primärversorgungsteam,
- zur zeitlichen Abstimmung der Verfügbarkeit betreffend Anwesenheit, Rufbereitschaften und Vertretungsregelungen sowie
- zum gemeinsamen Auftritt nach außen enthalten sein müssen.¹²⁹

Neben den im Gesetz bereits hervorgehobenen Bereichen können darüber hinaus noch folgende Punkte in das Primärversorgungskonzept aufgenommen werden:

- Regelungen zur wechselseitigen Übernahme von Patientinnen und Patienten,
- Regelungen über die Durchführung von betreuungsabhängigen Team- und Fallbesprechungen,
- Regelungen zur abgestimmten Fort- und Weiterbildung hinsichtlich der multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit im Team,
- Regelungen zur Führung eines gemeinsamen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems,
- Regelungen zu integrierten IT-Systemen insbesondere für ein strukturiertes Management der zu versorgenden Personen,
- Regelungen über eine elektronische, standardisierte und multiprofessionelle Patientendokumentation sowie
- Regelungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Partnerinnen und Partnern außerhalb der PVE zur Optimierung des Diagnose- und Behandlungsprozesses.¹³⁰

In seiner Gesamtheit soll das Versorgungskonzept ein abstraktes Gerüst für die konkrete Festlegung der Leistungen in der Praxis bilden und eine Hilfestellung für die Aufbau- und Ablauforganisation der PVE sein. Es ist darauf hinzuweisen, dass das Versorgungskonzept in seinen wesentlichen Inhalten auf den mit der Sozialversicherungsanstalt abzuschließenden Primärversorgungsvertrag Bezug nehmen soll.¹³¹

¹²⁹ Vgl. STRAUB (2017), S. 12; S. § 6 PrimVG 2017.

¹³⁰ S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017 zu § 6.

¹³¹ S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017 zu § 6; Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 60.

In der Praxis wird die Erstellung des Versorgungskonzeptes die geringste Hürde bei der Errichtung einer PVE darstellen, da dabei dem Grunde nach die angebotenen Leistungen beschrieben werden müssen. Die Erstellung eines Versorgungskonzeptes kann somit mit der Erstellung eines Businessplans in gewissen Punkten gleichgesetzt werden.

b) Eigene Rechtspersönlichkeit

Die Voraussetzung, dass eine PVE zwingend mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit ausgestattet sein muss, findet sich in § 2 (4) PrimVG. Der Hauptzweck dieser Bestimmung besteht darin, dass die Sozialversicherung jedenfalls bezüglich des Leistungsportfolios und der Honoraraufteilung einen Rechtsträger als Vertragspartner benötigt. Des Weiteren soll dadurch der Auftritt der PVE nach außen gestärkt werden.¹³²

Alle möglichen Umsetzungsformen einer PVE, wie die Gruppenpraxis, welche nur als OG oder GmbH ausgestaltet werden kann, dem selbstständigen Ambulatorium, welches in allen Gesellschaftsformen mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestaltet werden kann und dem Verein, erfüllen diese Voraussetzung.

Die einzig theoretisch denkbare Umsetzungsform einer PVE, welche durch diese Voraussetzung verhindert wird, ist die Umsetzung eines PVE-Netzwerkes, welches gesellschaftsrechtlich in der Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts ausgestaltet ist.

c) Vorsehung im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG)

Eine weitere zwingende Voraussetzung für die Entstehung einer PVE ist deren Abbildung im jeweiligen Regionalen Strukturplan Gesundheit. Diese Voraussetzung kann ebenfalls aus § 2 (4) PrimVG abgeleitet werden.

Um den RSG zu erläutern muss ein Blick auf das System der Gesundheitsplanung in Österreich geworfen werden. Die Sicherung der Gesundheit ist grundsätzlich eine öffentliche Aufgabe. Die unterschiedlichen Teilbereiche dafür, wie Gesetzgebung, Verwaltung, Finanzierung und Qualitätskontrolle, sind auf die Körperschaften (Bund, Länder und Gemeinden), den Sozialversicherungen und den gesetzlichen Interessensvertretungen, wie beispielsweise Ärztekammer und Patienten-anwaltschaft, verteilt.¹³³

Auf Bundesebene sind am Prozess der Gesundheitsplanung im Wesentlichen die Mitglieder der Bundes-Zielsteuerungskommission (BZK), welche sich aus Vertretern von Bund, Ländern und

¹³² S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017 zu § 2.

¹³³ Vgl. FÜLÖP (2017), S. 61.

Sozialversicherungsträgern zusammensetzt, beteiligt. Analog dazu gibt es auf Landesebene neun Landes-Zielsteuerungskommissionen (LZK) deren Aufgabe es ist, die auf Bundesebene vorgegebene Rahmenplanung umzusetzen.¹³⁴

Zentrale Planungsinstrumente der BZK sowie der LZK sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sowie die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG). Der ÖSG, welcher im Wesentlichen von der BZK erstellt und laufend aktualisiert wird, stellt dabei einen Rahmenplan als verbindliche Vorgaben für die Planung bestimmter Bereiche des Gesundheitsversorgungssystems dar. Die RSG können als Detailplanungen des ÖSG, heruntergebrochen auf einzelne Regionen, gesehen werden.

Sowohl der ÖSG als auch die RSG berücksichtigen grundsätzlich sämtliche Gesundheitsdienstleister und Gesundheitseinrichtungen im Versorgungssystem und umfassen den ambulanten Bereich, den akutstationären und tagesklinischen Bereich sowie den ambulanten und stationären Rehabilitationsbereich. Ebenfalls werden in den Strukturplänen auch Wahlarztpraxen, der Sozialbereich und das Rettungs- und Krankentransportwesen berücksichtigt.¹³⁵

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) wurde erstmalig auf Grundlage des GesundheitsreformG 2005¹³⁶ erstellt. Im Jahr 2008 wurden, um eine bessere Zusammenarbeit der Kompetenzen im Gesundheitswesen, welche zwischen Bund und Land aufgeteilt sind,¹³⁷ zu schaffen, zusätzlich zum ÖSG auf Landesebene die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) eingeführt.¹³⁸

Oberstes Ziel der Strukturpläne ist es, eine integrative und patientenorientierte Versorgungsplanung über alle Bereiche zu erhalten und darauf aufbauend eine ressourceneffiziente Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung in allen Regionen zu ermöglichen.¹³⁹

Aus rechtlicher Sicht ist allerdings anzumerken, dass weder der ÖSG noch den RSG ein grundsätzlicher Rechtsnormcharakter zukommt. Dadurch wäre eine unmittelbare Verbindlichkeit der Strukturpläne für Dritte nicht gegeben. Zwingend bindend sind diese nur für Bund und Länder, die sich in der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens dazu verpflichtet haben.¹⁴⁰

Um diese Gesetzeslücke zu schließen, wurde im Rahmen des VUG 2017 das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) erlassen. In § 23 G-ZG wird dabei der für das Gesundheitswesen

¹³⁴ Vgl. FÜLÖP (2017), S. 61.

¹³⁵ Vgl. BMGF (2017c), S. 15.

¹³⁶ S. BGBl. I 2004/179.

¹³⁷ S. Art. 10 (1) Z 12 B-VG.

¹³⁸ Vgl. SCHRATTBAUER (2017), S. 187.

¹³⁹ Vgl. BMGF (2017c), S. 16.

¹⁴⁰ Vgl. SCHRATTBAUER (2017), S. 187.

zuständigen Bundesministerin bzw. dem zuständigen Bundesminister die Verantwortung übertragen, eine nicht gewinnorientierte GmbH zu gründen, welche die Kompetenz erhält von BZK und LZK beschlossene Planungen im Gesundheitsbereich per Verordnung für verbindlich zu erklären. Die derzeit dafür zuständige Gesellschaft führt die Firma „Gesundheitsplanungs GmbH“. Gesellschafterinnen der Gesundheitsplanungs GmbH sind der Bund, die Länder und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die jeweils eine Vertreterin bzw. einen Vertreter in die Generalversammlung entsenden.¹⁴¹

Zentrale Aufgabe und Hauptzweck der Gesellschaft ist es Verordnungen zu erlassen, die bestimmte Teile des ÖSG sowie der RSG für verbindlich erklären, sodass diese Rechtsnormcharakter erhalten. Durch die Gesundheitsplanungs GmbH wurde somit ein Organ geschaffen, dem sowohl hoheitliche Befugnisse im Kompetenzbereich des Bundes als auch in jenem der Länder eingeräumt werden. Anzumerken ist allerdings, dass die GmbH keine eigene Entscheidungskompetenz besitzt. Sie muss sich zwingend an die beschlossenen Bestimmungen des ÖSG bzw. der RSG orientieren und unterliegt den Weisungen der zuständigen Bundes- bzw. Landesorgane.¹⁴²

Auswirkungen hat die neue Rechtslage auf all jene bundesgesetzlichen Bestimmungen, die direkt auf die Strukturpläne, allen voran den RSG, verweisen. Als Beispiele können hier die Bestimmungen für die Bedarfsprüfung für selbstständige Ambulatorien gem. § 3a (3) KAKuG und für Gruppenpraxen gem. § 52b (2) ÄrzteG genannt werden. Vor Inkrafttreten des G-ZG war unklar, ob es sich bei Verweisen auf den ÖSG bzw. die RSG um verfassungswidrige dynamische Verweise auf die Regelungen eines anderen Normsetzers handelt.¹⁴³ Durch die neuen Bestimmungen wurde in dieser Beziehung nun Rechtssicherheit geschaffen.

Im Hinblick auf die Vorsehung des § 2 (4) PrimVG, welche bestimmt, dass eine PVE zwingend im RSG abgebildet sein muss, kann somit gesagt werden, dass nach derzeitiger Rechtslage keinerlei rechtliche Bedenken gegen diese Voraussetzung geäußert werden können und somit Abweichungen bzw. Ausnahmen nicht möglich sein werden.

Allerdings schränkt diese Voraussetzung die Gründung von PVE insoweit ein, dass PVE nur entstehen können, wenn auf landespolitischer Ebene die Vorgaben der Artikel 15a-Vereinbarungen umgesetzt werden.

¹⁴¹ S. § 23 (3) G-ZG.

¹⁴² Vgl. SOUHRADA (2017), S. 117 f.

¹⁴³ Vgl. SCHRATTBAUER (2017), S. 188.

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Beschlussfassung des ÖSG bzw. der RSG, deren einseitiges Zusammenspiel und über die weitere Auswirkung auf die Gründung von Gruppenpraxen, selbstständigen Ambulatorien und PVE. Auch ist darin zu erkennen, dass die Frage, ob die Umsetzung in Form einer PVE möglich ist, gleich zu Beginn des Realisierungsprozesses gestellt werden muss (hellgraue Pfeile).

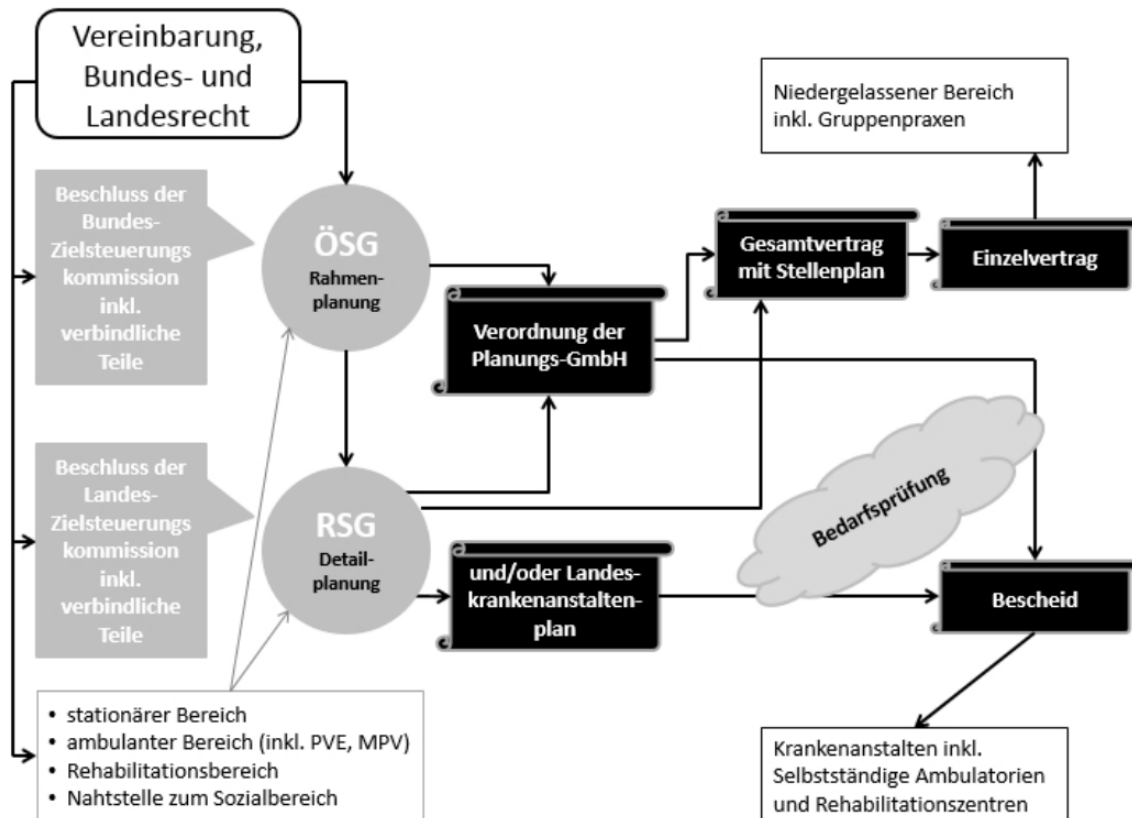


Abbildung 3: Rechtliche Umsetzung der integrierten Versorgungsplanung, Quelle: BMGF (2017c), S. 19.

d) Primärversorgungsvertrag

Eine weitere Voraussetzung für die PVE ist der Abschluss eines Primärversorgungsvertrags. Diese Bestimmung findet sich in § 2 (4) PrimVG mit Verweis auf § 8 PrimVG. Der Primärversorgungsvertrag regelt die grundsätzlichen Beziehungen zwischen dem Träger der Sozialversicherung und der PVE.¹⁴⁴

Nähere Ausführungen zum Kassenvertragsrecht zwischen Sozialversicherungsträger und PVE finden sich im Kapitel 3.3. der Arbeit.

¹⁴⁴ S. § 2 (4) PrimVG.

e) Haftpflichtversicherung

Die letzte gesetzlich genannte Voraussetzung für die Realisierung einer PVE ist der Abschluss einer Haftpflichtversicherung. Die Regelungen dazu finden sich in § 13 PrimVG. PVE müssen zwingend eine Haftpflichtversicherung vor Aufnahme der Tätigkeit abschließen, die eine Mindestdeckungssumme pro Versicherungsfall von zwei Millionen aufweist. Die Haftungshöchstgrenze der Versicherung darf außerdem pro Versicherungsjahr einen Betrag von zehn Millionen nicht unterschreiten.¹⁴⁵

Die Versicherung hat auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen an der PVE beteiligte Personen bestehen. Besteht die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang, so haften neben der Primärversorgungseinheit auch die an der Primärversorgungseinheit beteiligten Personen unabhängig davon, ob ihnen ein Verschulden vorzuwerfen ist, persönlich in Höhe des fehlenden Versicherungsschutzes.¹⁴⁶

Anzumerken ist, dass § 13 PrimVG nur Anwendung findet, sofern nicht bereits eine berufs- bzw. krankenanstaltenrechtliche Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung besteht, welche sich aus anderen Gesetzen ableiten lässt. So sieht beispielsweise § 52d ÄrzteG eine gleiche Bestimmung für Gruppenpraxen vor. Auch in § 5c KAKuG findet sich eine analoge Bestimmung, welche bei selbstständigen Ambulatorien Anwendung findet.¹⁴⁷ Annahmegemäß wird daher die Bestimmung des PrimVG nur für PVE-Netzwerke Relevanz haben.

3.2.2. Besonderheiten bei der Umsetzung einer PVE-Gruppenpraxis

Die Besonderheiten einer als Gruppenpraxis geführten PVE werden explizit in § 9 PrimVG beschrieben. Dabei wird in Absatz eins die Bestimmung des § 52a (4) ÄrzteG, dass eine Gruppenpraxis nur so viele Standorte wie Gesellschafter haben darf, aufgehoben. Eine PVE in Form einer Gruppenpraxis unterliegt somit keiner Einschränkung im Hinblick auf die Anzahl der Standorte, sofern eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet erreicht werden kann.¹⁴⁸

Auch § 52b ÄrzteG, welcher die Voraussetzungen für die Gründung einer Gruppenpraxis auflistet, wird durch § 9 PrimVG signifikant berührt. Für gewöhnliche Gruppenpraxen ist ein verpflichtendes Zulassungsverfahren durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann, in welchem eine Bedarfsprüfung durchgeführt werden muss, grundsätzlich notwendig. Für die Er-

¹⁴⁵ S. § 13 (2) PrimVG.

¹⁴⁶ S. § 13 (3) PrimVG.

¹⁴⁷ S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017 zu § 13.

¹⁴⁸ S. § 9 PrimVG.

richtung einer PVE in Form einer Gruppenpraxis entfällt dieses Erfordernis. Somit können auch nicht die Bestimmungen des § 52c ÄrzteG zur Anwendung kommen und eine PVE-Gruppenpraxis kann ohne Zulassungsbescheid von der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann eröffnet werden¹⁴⁹. Dies bringt allerdings auch mit sich, dass durch die Nichtanwendbarkeit des § 52c ÄrzteG Wahlarztgruppenpraxen als PVE ausgeschlossen werden.¹⁵⁰

Im Gegenzug zum Zulassungsverfahren des § 52c ÄrzteG ist für die Vergabe von PVE-Gruppenpraxen ein Auswahlverfahren nach § 14 PrimVG vorgesehen. Im Rahmen dessen ist jedenfalls eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags notwendig. Des Weiteren besteht das zwingende Erfordernis, dass die PVE im RSG abgebildet sein muss¹⁵¹. Die Notwendigkeit der Eintragung im Firmenbuch besteht analog zu § 52b ÄrzteG.¹⁵² Das Vorliegen dieser drei Kriterien muss grundsätzlich auch durch die Landeshauptfrau bzw. durch den Landeshauptmann mittels Feststellungsbescheid bestätigt werden. Die Feststellung kann allerdings unter der Voraussetzung entfallen, dass vor der Gründung der PVE-Gruppenpraxis bereits alle Gesellschafterinnen und Gesellschafter einen Kassenvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse hatten.¹⁵³ Eine ausführliche Beschreibung des gesamten Auswahlverfahrens für PVE findet sich in Kapitel 3.2.5. der Arbeit.

Bei dem Vergleich des Auswahlverfahrens für eine PVE-Gruppenpraxis mit dem Zulassungsverfahren für eine gewöhnliche Gruppenpraxis kann festgestellt werden, dass bei beiden Hindernisse zu überwinden sind. Es ist anzunehmen, dass das PVE-Zulassungsverfahren daher eher in Städten, in welchen die Bedarfsprüfung für Gruppenpraxen tendenziell negativ ausgehen, attraktiv sein wird. Dies setzt allerdings voraus, dass der RSG für das Einzugsgebiet eine PVE vorsieht und in weiterer Folge auch eine Ausschreibung der PVE-Gruppenpraxis stattgefunden hat.

Als allgemeine Besonderheit bei PVE-Gruppenpraxen ist anzumerken, dass die regelmäßigen Verweise des PrimVG auf das ÄrzteG implizieren, dass Angehörige anderer Gesundheitsberufe nicht Gesellschafter einer PVE-Gruppenpraxis sein können. Sie können lediglich im Rahmen ihrer freiberuflichen Tätigkeit mit der PVE kooperieren oder im Anstellungsverhältnis für diese tätig werden.¹⁵⁴

¹⁴⁹ S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017 zu § 9.

¹⁵⁰ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 67.

¹⁵¹ S. § 9 (2) PrimVG.

¹⁵² S. § 9 (3) PrimVG.

¹⁵³ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 106.

¹⁵⁴ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 67.

3.2.3. Besonderheiten bei der Umsetzung eines PVE-Ambulatoriums

Gleich wie in § 9 PrimVG finden sich in § 10 PrimVG die Besonderheiten für die Umsetzung einer PVE in der Form eines selbstständigen Ambulatoriums. Dabei gibt es auch bei den Auswirkungen auf das Bewilligungsverfahren signifikante Parallelen in den beiden Paragraphen.

Abweichend von § 3a KAKuG, welcher die Voraussetzungen für den Erhalt einer Errichtungsbewilligung für ein gewöhnliches selbstständiges Ambulatorium regelt, ist die Errichtungsbewilligung für eine PVE in Form eines selbstständigen Ambulatoriums zu erteilen, wenn die PVE im RSG abgebildet ist, ein Auswahlverfahren nach § 14 PrimVG erfolgreich abgeschlossen wurde und eine vorvertragliche Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags vorliegt.¹⁵⁵

Die Bestimmungen zur Erlangung der Betriebsbewilligung bleiben weitestgehend unverändert. Allerdings ist diesbezüglich anzumerken, dass die Notwendigkeit entfällt, eine Anstaltsordnung im Sinne des § 6 KAKuG aufzusetzen.¹⁵⁶ Dies kann damit gerechtfertigt werden, dass die Bestimmungen der §§ 4 - 6 PrimVG bereits analoge Regelungen enthalten.¹⁵⁷

Eine weitere Besonderheit im Rahmen der Umsetzung einer PVE als selbstständiges Ambulatorium ist, dass die ärztliche Leiterin bzw. der ärztliche Leiter nach § 7 KAKuG hauptberuflich zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet sein muss. Mehrfachfunktionen einer Ärztin bzw. eines Arztes sollen durch diese Bestimmung verhindert werden.¹⁵⁸

Die weitreichendste Sonderbestimmung bei der Umsetzung einer PVE als selbstständiges Ambulatorium ist allerdings, dass die Möglichkeit sich als Gesellschafterin oder Gesellschafter am selbstständigen PVE-Ambulatorium zu beteiligen, gemeinnützigen Anbietern gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzlichen Krankenversicherungsträgern, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds, vorbehalten ist.¹⁵⁹ Durch diese Beschränkung wird es freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Personen de facto verboten eine PVE in Form eines selbstständigen Ambulatoriums zu gründen. Eine Begründung dieser Einschränkung kann aus den Materialien zum GRUG 2017¹⁶⁰ abgeleitet werden. Der Gesetzgeber wollte gewinnorientierte Unternehmen vom Betrieb von selbstständigen PVE-Ambulatorien ausschließen, um sicherzustellen, dass die Gewinnerzielungsabsicht nicht über das Interesse der Patientenversorgung gestellt wird.¹⁶¹

¹⁵⁵ S. § 10 Z 1 PrimVG.

¹⁵⁶ S. § 10 Z 2 PrimVG.

¹⁵⁷ S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017 zu § 10.

¹⁵⁸ S. § 10 Z 4 PrimVG.

¹⁵⁹ S. § 10 Z 4 PrimVG.

¹⁶⁰ S. AB 1714 Blg. NR 25. GP, S. 7 f.

¹⁶¹ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 70 f.

3.2.4. Besonderheiten bei der Umsetzung eines PVE-Netzwerks

Für die Umsetzung einer PVE als Netzwerk findet sich kein eigenständiger Paragraph im PrimVG. Eine der wenigen Bestimmungen des PrimVG, die auf die Ausgestaltung als Netzwerk verweist, ist § 2 (5) PrimVG, welcher bestimmt, dass ein beispielsweise als Verein geführtes PVE-Netzwerk nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen sowie Angehörigen von nichtärztlichen Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden darf.¹⁶²

Mangels anderslautender gesetzlicher Regelungen kann davon ausgegangen werden, dass hinsichtlich der zivilrechtlichen Beziehungen sowie der gesellschaftsrechtlichen Ausgestaltung grundsätzlich Gestaltungsfreiheit bei PVE-Netzwerken besteht. Auch bleibt durch den Gesetzeswortlaut offen, ob die Honorierung der Leistungen über die PVE-Gesellschaft oder direkt über die Mitglieder erfolgen wird und ob die Mitglieder des Netzwerkes sich aktiv an der Zusammenarbeit beteiligen müssen.¹⁶³ Eine besondere Problematik könnte auch die Honorierung von Mitgliedern des Netzwerkes, welcher nichtärztlichen Berufsgruppen angehören, darstellen. Dies deshalb, da eine Vertragspartei des Gesamtvertrages, welcher die Grundlage für die Honorierung bildet, die Ärztekammer ist. Diese ist nicht zur Vertretung für Berufsgruppen außerhalb der Ärzteschaft zuständig und dementsprechend bleibt offen, ob die Honorarregelungen aus dem Gesamtvertrag und den darauf beruhenden Primärversorgungs-(Einzel-)Verträgen überhaupt für Angehörige nichtärztlicher Berufe Anwendung finden können.

Aus § 8 (1) Z 3 lit. a PrimVG kann entnommen werden, dass dislozierte Gruppenpraxen gemäß § 52a (4) ÄrzteG ebenfalls als PVE-Netzwerk geführt werden können. Für diese würden annehmegemäß weiterhin die Vorschriften des ÄrzteG gelten, mit der einzigen Ausnahme, dass gemäß § 9 (1) PrimVG die Anzahl der Standorte die Anzahl der Gesellschafter überschreiten darf, sofern dadurch eine Verbesserung des Versorgungsangebots im Einzugsgebiet bewirkt werden kann.¹⁶⁴

Weitere Spezifikationen zu PVE-Netzwerken finden sich nicht im PrimVG. Zu beachten bei Netzwerken wird allerdings sein, dass das generelle Erfordernis, wonach eine PVE nach Außen einheitlich auftreten muss, besonders gewahrt werden muss.

Wie ein PVE-Netzwerk in der Praxis genau ausgestaltet sein wird, kann mangels klarer rechtlicher Bestimmungen aus heutiger Sicht noch nicht gesagt werden. Daher werden die ersten Ausschreibungen im Rahmen des Auswahlverfahren sowie der Abschluss des Gesamtvertrags für PVE abzuwarten sein, um eindeutige Aussagen zu PVE-Netzwerken treffen zu können.

¹⁶² S. § 2 (5) PrimVG.

¹⁶³ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 72 f.

¹⁶⁴ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 74.

3.2.5. Auswahlverfahren für eine PVE

Im Folgenden wird das Auswahlverfahren für eine PVE beschrieben. Dabei ist vorab klarzustellen, dass es hierbei um die Entscheidung geht, nach welchen Kriterien Kassenverträge (Primärversorgungsverträge) vergeben werden, um die geplante PVE überhaupt realisieren zu können. De facto stellt diese Entscheidung das Zulassungsverfahren dar, da eine Grundvoraussetzung für die Gründung einer PVE der Abschluss eines Primärversorgungsvertrages mit einem Krankenversicherungsträger ist.

Um darlegen zu können, welche Neuerungen das PrimVG im Auswahlverfahren gegenüber bisherigen Vorgehensweisen bei der Vergabe von Kassenverträgen für Gruppenpraxen gebracht hat, wird zuerst auf das Auswahlverfahren bei Gruppenpraxen eingegangen.

Auswahlverfahren bei Gruppenpraxis

Die allgemeine Bestimmung, wie die Vergabe von Kassenverträgen für Gruppenpraxen oder auch für Einzelordinationen auszusehen hat, findet sich in § 343 (1) ASVG. Dabei wird bestimmt, dass die Auswahl nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer erfolgen muss. Zur Auswahl sind auf Vorschlag der Österreichischen Ärztekammer und durch Verordnung der Bundesministerin bzw. des Bundesministers für Gesundheit verbindliche Kriterien für die Reihung der Bewerberinnen und Bewerber für Einzelverträge und Gruppen-Einzelverträge festzulegen (Reihungskriterien).¹⁶⁵

Diese Reihungskriterien finden sich in der ÄrztInnen-Reihungskriterien-Verordnung (RKVO)¹⁶⁶. Die Verordnung sieht vor, dass unter anderem die fachliche Eignung, die auf Grund der bisherigen Berufserfahrung der Ärztin oder des Arztes zu beurteilen ist, das Vorhandensein von Zusatzqualifikationen und der Zeitpunkt der ersten Eintragung in die Bewerberliste für einen Einzel- bzw. Gruppenpraxen-Einzelvertrag zur Beurteilung heranzuziehen sind. Zusätzlich können geleistete Präsenz-, Ausbildungs- und Zivildienstzeiten sowie Mutterschutzzeiten berücksichtigt werden. Auch die soziale Förderungswürdigkeit, etwa auf Grund von bestehenden Sorgepflichten für Kinder oder auf Grund von gegenwärtiger Arbeitslosigkeit können Berücksichtigung finden.¹⁶⁷

Für die genannten Kriterien legt die RKVO ein Punkteschema fest. Der Berufserfahrung der Bewerberinnen und Bewerber wird dabei die größte Gewichtung zugemessen. Gefolgt vom Zeitpunkt der Bewerbung und zuletzt die vorhandenen Zusatzqualifikationen.¹⁶⁸

¹⁶⁵ S. § 343 (1) ASVG.

¹⁶⁶ S. BGBl. II Nr. 379/2017.

¹⁶⁷ S. § 2 RKVO.

¹⁶⁸ S. § 3 RKVO.

Für die Auswahl von Vertrags-Gruppenpraxen sind die sich jeweils gemeinsam bewerbende Ärztinnen und Ärzte als Team zu bewerten. Für die Nachbesetzung einer in einer Vertrags-Gruppenpraxis gebundenen Planstelle wird den bestehenden Mitgliedern dieser Gruppenpraxis ein Auswahlrecht innerhalb der fünf bestgereihten Bewerberinnen und Bewerber eingeräumt.¹⁶⁹

Das Reihungsverfahren wird von der jeweilig zuständigen Ärztekammer durchgeführt. Die letztgültige Entscheidung, welche Ärztin bzw. welcher Arzt oder welches Gruppenpraxisteam einen Kassenvertrag erhält, wird von dem regional zuständigen Krankenversicherungsträger sowie der regional zuständigen Ärztekammer gemeinsam¹⁷⁰ getroffen.¹⁷¹

Auswahlverfahren PVE

Das Auswahlverfahren für PVE unterscheidet sich grundlegend von dem Auswahlverfahren für Gruppenpraxen. Bei Einzel- und Gruppenpraxen erfolgt der Anstoß zum Auswahlverfahren durch die Abgabe einer Bewerbung. Bei PVE kommt hingegen der Anstoß durch eine öffentliche Ausschreibung, die von der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse gemäß Gesetz vorzunehmen ist.

Die Regelungen für das Auswahlverfahren von PVE finden sich in § 14 PrimVG. Darin normiert der erste Absatz, dass die Auswahl zur Invertragnahme von PVE unabhängig von deren Organisationsform nach gleichen objektiven, nichtdiskriminierenden und nachvollziehbaren Kriterien zu erfolgen hat.¹⁷²

Der Ablauf des Auswahlverfahrens richtet sich danach, inwieweit die Planung des RSG in den Stellenplan transferiert werden konnte.

Die Stellenpläne nach § 342 (1) ASVG sind zwingende Bestandteile der zwischen Hauptverband der Sozialversicherungsträger und regional zuständigen Ärztekammer abzuschließenden Gesamtverträge. Diese regeln die Anzahl und Verteilung der Vertragsarztstellen im Versorgungsgebiet und müssen zwingend auf den RSG Bedacht nehmen. Im Rahmen des GRUG 2017 wurde § 342 (1) ASVG insoweit novelliert, dass auch PVE im Sinne des PrimVG im Stellenplan zu konkretisieren und festzulegen sind.¹⁷³

¹⁶⁹ S. § 4 RKVO.

¹⁷⁰ S. § 5 RKVO.

¹⁷¹ Vgl. KETTLER (2017), S. 1251.

¹⁷² S. § 14 (1) PrimVG.

¹⁷³ Vgl. RISAK (2015), S. 255 ff.

Durch den Umstand, dass die Umsetzung in einem Stellenplan eine Einigung von Hauptverband der Sozialversicherungsträger mit der lokal zuständigen Ärztekammer voraussetzt, wäre es möglich, dass eine Vertragspartei die Umsetzung blockiert¹⁷⁴. Um dies zu verhindern, sieht § 14 (3) PrimVG einen Ausweg vor, wenn die Vertragsparteien eine im RSG vorgesehene PVE im Stellenplan nicht innerhalb von sechs Monaten ergänzen.

Durch diese Bestimmung kann es somit bei dem Auswahlverfahren von PVE zu zwei Situationen kommen:

- a. Die iRd RSG beschlossene PVE wurde innerhalb von sechs Monaten auch in den jeweiligen Stellenplan integriert (durch vertragliche Einigung) oder
- b. die iRd RSG beschlossene PVE wurde nicht binnen sechs Monaten im Stellenplan umgesetzt (keine Einigung).

Im Fall a. (vertragliche Einigung) ist im Auswahlverfahren wie folgt vorzugehen:

Im ersten Schritt hat die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern ihre bereits unter Vertrag stehenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie ihre Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin, deren Planstellen im Stellenplan für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind, einzuladen. Abhängig von den Planungsvorgaben sind im Zuge dieser Einladung erforderlichenfalls weitere berufsrechtliche Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde zur Bewerbung um einen Primärversorgungsvertrag einzuladen.¹⁷⁵

Liegen nach einem Zeitraum von sechs Monaten ab der Einladung keine geeigneten Bewerbungen vor, so hat die Einladung zur Bewerbung für die PVE in einem zweiten Schritt über diesen Personenkreis hinaus zu erfolgen. Es kann angenommen werden, dass sich in dieser Phase alle Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Fachärztinnen und Fachärzte der Kinder- und Jugendheilkunde auf die PVE-Stelle bewerben können.

Abhängig davon, ob es sich bei der ausgeschriebenen PVE um ein Netzwerk oder ein Zentrum handelt, werden auch gemeinnützige Betreiber, welche ein PVE Ambulatorium (als Zentrum) errichten dürfen, in dieser zweiten Phase zur Bewerbung zugelassen sein.¹⁷⁶

¹⁷⁴ Vgl. KETTLER (2017), S. 1207.

¹⁷⁵ S. § 14 (2) Z 1 PrimVG.

¹⁷⁶ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 77.

Im Fall b. (keine vertragliche Einigung) gilt hingegen Folgendes:

Soweit eine Einigung über die Umsetzung der Planungsvorgaben im Stellenplan nicht innerhalb von sechs Monaten nach Abbildung der PVE im RSG erreicht werden konnte, ergeht die Einladung im ersten Schritt nicht an die bereits unter Vertrag stehenden und im Stellenplan vorgesehenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, sondern an alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin, welche in der im RSG ausgewiesenen Versorgungsregion tätig sind. Liegen hierbei wiederum nach sechs Monaten keine geeigneten Bewerbungen vor, so hat die Einladung auch im Fall b. über den genannten Personenkreis hinaus zu erfolgen.¹⁷⁷

Alle Einladungen, unabhängig von den möglichen Varianten, haben jedenfalls den Vorgaben des RSG im Hinblick auf das erforderliche Leistungsangebot und den vorgesehenen Planungszeitraum sowie den in den §§ 4 bis 6 PrimVG sowie § 342c ASVG genannten Anforderungen, zu folgen. Die Einladungen sind außerdem öffentlich kundzumachen. Das Gesetz nennt dafür zumindest die Veröffentlichung auf der Website der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse.¹⁷⁸

Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen erfolgt durch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern. Im Fall a. muss zusätzlich ein Einvernehmen mit der zuständigen Landesärztekammer über die Auswahl der Bewerberin bzw. des Bewerbers hergestellt werden.¹⁷⁹

Die Bewertungskriterien für eine PVE sind anders als für eine Gruppenpraxis. Bei PVE hat die Auswahl an Hand der auf Grundlage der Planungsfeststellungen des RSG erstellten Einladung zu erfolgen. Bei der Auswahl sind insbesondere

1. das Versorgungskonzept nach § 6,
2. die in der Reihungskriterien-Verordnung (RKVO) festgelegten Kriterien sowie
3. im Fall b. eine verpflichtend einzuholende Stellungnahme der jeweiligen Landesärztekammer oder bei Ambulatorien der örtlich zuständigen gesetzlichen Vertretung der Privatkrankenanstalten

heranzuziehen. Das für die Entscheidung relevante Bewertungsschema ist bereits in der Einladung darzustellen.

¹⁷⁷ S. § 14 (2) Z 2 PrimVG.

¹⁷⁸ S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017 zu § 14.

¹⁷⁹ S. § 14 (3) PrimVG.

Bei der Auswahl ist sicher zu stellen, dass die Vielfalt der Anbieter gewahrt bleibt und in der Versorgungsregion keine der Versorgungssituation beherrschenden Eigentümerstrukturen entstehen. Das Ergebnis und die Reihung der Bewerbungen hat allen Bewerberinnen und Bewerbern nachweislich mitgeteilt zu werden.¹⁸⁰

Herauszuheben ist, dass im Fall b. lediglich eine Stellungnahme der lokal zuständigen Ärztekammer einzuholen ist, aber keine zwingende Einigung mit dieser erzielt werden muss¹⁸¹. Dies stellt eine große Veränderung zu allen anderen Vergesellschaftungsformen für Ärztinnen und Ärzten dar, denn bei diesen führte bisher für die erfolgreiche Gründung kein Weg an der Zustimmung der Ärztekammer vorbei.

Auswirkungen der Unterschiede in den Auswahlverfahren

Das Auswahlverfahren hat zur Auswirkung, dass PVE in Form der selbstständigen Ambulatorien grundsätzlich benachteiligt werden, da diese nur dann errichtet werden können, wenn im ersten Schritt des Bewerbungsverfahrens keine passenden Bewerberinnen und Bewerber gefunden werden konnten und das Verfahren somit in die zweite Phase gelangt.

Auch kann es bei der Realisierung von im Rahmen des RSG beschlossenen PVE zu erheblichen Verzögerungen kommen, da das PrimVG gewisse Fristen vorsieht, bis alle Umsetzungsformen rechtlich möglich sind. Ein Extremfall tritt zum Beispiel dann ein, wenn sich Ärztekammer und Gebietskrankenkasse nicht binnen sechs Monate auf die Umsetzung der Planstellen im Stellenplan einigen können und sich binnen weiterer sechs Monaten keine geeigneten Bewerberinnen und Bewerber aus der Versorgungsregion des RSG finden. Erst danach wird der Zugang einem erweiterten Personenkreis ermöglicht und es benötigt zusätzliche Zeit bis Bewerberinnen und Bewerber gefunden und ausgewählt wurden. Somit kann sich der Prozess vom Zeitpunkt des Beschlusses der PVE im RSG bis hin zur Realisierung und Eröffnung der PVE auf mehr als zwei Jahre erstrecken.

Des Weiteren kommt es beim Entscheidungsprozess zu einem Wechsel der Verantwortlichkeiten. Bei der Auswahl von Gruppenpraxen ist zwingend ein Konsens zwischen Ärztekammer und Gebietskrankenkasse zu erzielen. Bei der Auswahl von PVE ist dieser Konsenszwang nicht in jedem Fall gegeben, da ein Alleingang der Gebietskrankenkasse im Entscheidungsprozess nach sechs Monaten grundsätzlich möglich wäre. Die in diesem Fall einzuholende Stellungnahme der Ärztekammer ist für die Gebietskrankenkasse in ihrer Entscheidung nicht bindend.

¹⁸⁰ S. § 14 (5) PrimVG.

¹⁸¹ S. 312/ME XXV. GP Erläuterungen PrimVG 2017 zu § 14.

3.3. Vertragsbeziehungen zwischen PVE und Sozialversicherungsträger

In diesem Unterkapitel wird auf die Vertragsbeziehungen zwischen PVE und Sozialversicherungsträgern eingegangen. Dabei wird, wie in den vorangegangenen Kapiteln auch, zuerst die allgemeine Situation in Österreich beschrieben und dann wiederum im Detail auf PVE eingegangen. So wird es wiederum ermöglicht, die Spezifika und Neuerungen bei PVE übersichtlich aufzuzeigen.

3.3.1. Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung im extramuralen Bereich

Das Sozialversicherungssystem in Österreich beruht auf dem Prinzip der Pflichtversicherung. Das bedeutet, dass jeder der in Österreich einer beruflichen Tätigkeit nachgeht, per Gesetz dazu verpflichtet ist eine Sozialversicherung abzuschließen und Beiträge dafür zu bezahlen.¹⁸² Als Gegenleistung erhält die versicherte Person die Gewissheit, dass diese bei einer vorübergehenden Störung im Einsatz ihrer Arbeitskraft darauf vertrauen kann, dass sie auf kostenlose Hilfe zurückgreifen kann (Sachleistungen) bzw. dass eine Geldleistung bereitgestellt wird, um eine drohende Notsituation zu verhindern.¹⁸³

Grundsätzlich können vier Versicherungsfälle unterschieden werden, bei welchen die Träger der Sozialversicherungen den versicherten Personen Leistungen bereitstellen. Diese sind das Erreichen des Pensionsalters, das Erleiden einer Erkrankung, das Erleiden eines Unfalls oder der Verlust des Arbeitsplatzes und damit einhergehender Arbeitslosigkeit. Jeder Bereich ist dabei unterschiedlich geregelt und es gibt geteilte Verantwortlichkeiten, die von unterschiedlichen Institutionen des öffentlichen Rechts wahrgenommen werden.¹⁸⁴

Die folgende Grafik bildet das österreichische Sozialversicherungssystem mit den jeweilig verantwortlichen Institutionen in Grundzügen grafisch ab. Das sinnbildliche Dach, welches auf den drei Säulen der Versicherungsbereiche (Kranken-, Unfall- u. Pensionsversicherung) aufgesetzt ist, bildet der Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Darunter befinden sich die unterschiedlichen Sozialversicherungsträger, welche unterschiedlich nach Berufsgruppen, die einzelnen Bereiche für die versicherten Personen abdecken.

¹⁸² Vgl. NEUMANN/SEIDL (2013), S. 69 f.

¹⁸³ Vgl. PFEIL (2016), S. 73.

¹⁸⁴ Vgl. NEUMANN/SEIDL (2013), S. 23.

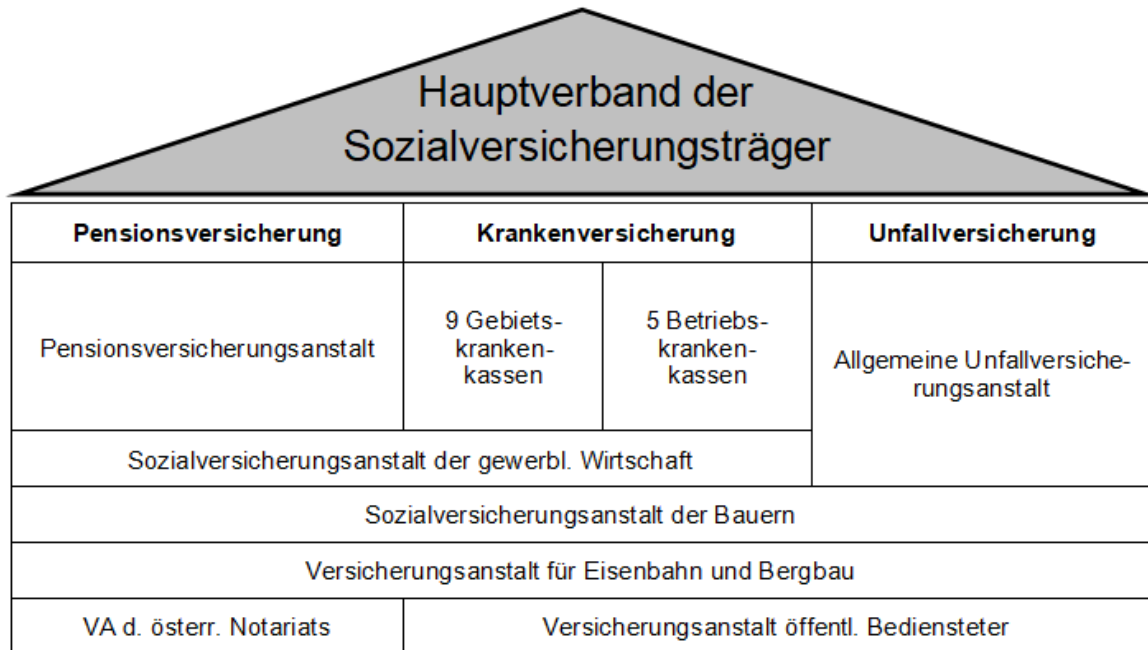


Abbildung 4: Die österr. Sozialversicherungsträger, Quelle: in Anlehnung an Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017), S. 6.

Im Folgenden wird auf den Bereich der Krankenversicherung im extramuralen Bereich im Detail eingegangen. Dieser unterliegt in Österreich größtenteils der Bundesgesetzgebung.

Erkrankt eine in Österreich versicherte Person, so hat diese den Anspruch sich von einer Ärztin oder einem Arzt behandeln zu lassen (Sachleistung). Der Krankenversicherungsträger hat dabei die Möglichkeit, diese Leistungen entweder selbst bereitzustellen oder aber diese an Dritte auszulagern. Insbesondere bei der Auslagerung an Dritte sind Regelungen erforderlich durch die das System organisiert und eine faire und transparente Abwicklung gewährleistet wird. In Österreich werden diese Regelungen durch vertragliche Rechtsgestaltung auf Grundlage von Gesetzen bewirkt.¹⁸⁵

Das durch den Krankenversicherungsträger bereitgestellte Versorgungssystem hat so organisiert zu sein, dass den versicherten Personen ein Zugang zur medizinischen Versorgung ermöglicht wird, ohne dafür in Vorkasse treten zu müssen. Die Behandlungskosten sind somit direkt zwischen dem Leistungserbringendem und dem Krankenversicherungsträger zu verrechnen.¹⁸⁶

In der Praxis ist das System so ausgestaltet, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, unabhängig davon, ob diese in Einzelordinationen oder Gruppenpraxen tätig sind, als Leistungserbringer für den Sozialversicherungsträger auftreten und die Behandlungen durchführen.¹⁸⁷ Die

¹⁸⁵ Vgl. BRAZA-HORN/HERDEGA (2014), S. 169; TOMANDL (2009), S. 98 ff.

¹⁸⁶ Vgl. PFEIL (2016), S. 51.

¹⁸⁷ Vgl. STRAUB (2017), S. 47.

Einbindung in das Sozialversicherungssystem wird dabei mittels allgemein gültigen Gesamtverträgen sowie darauf beruhenden Einzelverträgen, abgeschlossen zwischen den jeweiligen Ärztinnen und Ärzten und dem Krankenversicherungsträger, erreicht.¹⁸⁸

Durch Abschluss des Einzelvertrages (Kassenvertrag) wird die jeweilige Kassenärztin bzw. der jeweilige Kassenarzt dazu berechtigt, seine an der versicherten Person erbrachten Leistungen direkt mit dem Krankenversicherungsträger abzurechnen. Bei Gruppenpraxen, welche einen Gruppen-Einzelvertrag mit dem Sozialversicherungsträger abschließen, gilt das gleiche System.¹⁸⁹

Anders ist das System bei Wahlärztinnen und Wahlärzten sowie bei Wahlarzt-Gruppenpraxen aufgebaut, welche ohne Kassenverträge praktizieren. Sucht eine versicherte Person eine Wahlärztin oder einen Wahlarzt auf, so hat diese keinen Anspruch darauf, dass die Sozialversicherung die Kosten direkt mit dem Leistungserbringenden verrechnet. Die Patientin oder der Patient muss auf Grund des individuell abgeschlossenen Behandlungsvertrags mit der Wahlärztin oder dem Wahlarzt das Honorar selbst zahlen. In weitere Folge besteht allerdings gemäß § 131 ASVG der Anspruch, einen Teil der entstandenen Kosten vom Krankenversicherungsträger rückerstattet zu bekommen. Für die Geltendmachung dieses Anspruches ist die Patientin bzw. der Patient selbst verantwortlich.¹⁹⁰

Auf Grund der direkten Abrechnungsmöglichkeit zieht die überwiegende Mehrheit der Österreicherinnen und Österreicher im Bedarfsfall den Besuch bei einer Kassenärztin bzw. bei einem Kassenarzt dem Besuch bei einer Wahlärztin bzw. einem Wahlarzt vor.¹⁹¹ Dementsprechend groß ist das Interesse in der Ärzteschaft einen Kassenvertrag zu erhalten. Weitere Gründe, die den Kassenvertrag bei Ärztinnen und Ärzten so erstrebenswert machen, sind ein sicheres und geregeltes Einkommen sowie die relativ einfache Abwicklung der Abrechnung der erbrachten Leistungen.

Durch all diese Vorteile übersteigt die Nachfrage in den meisten Regionen Österreichs in der Ärzteschaft das Angebot an freien Kassenstellen.¹⁹² Daher lassen sich auch die in dem vorangegangenen Kapitel beschriebene komplizierten Zulassungs- und Vergabesysteme rechtfertigen.

¹⁸⁸ Vgl. PFEIL (2016), S. 51.

¹⁸⁹ Vgl. RESCH (2015), S. 597 f.

¹⁹⁰ Vgl. STRAUB (2017), S. 52.

¹⁹¹ Vgl. HAUPTVERBAND DER ÖSTERR. SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (2014), S. 44 ff; S. 9691/AB XXV. GP, S. 3 ff.

¹⁹² S. 9691/AB XXV. GP, S. 7 ff.

3.3.2. Vertragstypen

Wie bereits erwähnt haben, im Falle der Auslagerung von Leistungen an Dritte, Regelungen auf Basis von privatrechtlichen Verträgen (Einzel- und Gesamtverträgen) zu erfolgen. Die rechtlichen Grundlagen für diese Verträge finden sich in den §§ 338 ff ASVG. Hinsichtlich deren Hierarchie ist zu erwähnen, dass der Abschluss eines Einzelvertrags immer auf einem Gesamtvertrag beruhen muss. Somit steht der Gesamtvertrag grundsätzlich über dem Einzelvertrag und Vereinbarungen in Einzelverträgen sind rechtsunwirksam, insoweit diese gegen den Inhalt des zur Anwendung kommenden Gesamtvertrags verstoßen.¹⁹³

In der Literatur wird das Kassenvertragssystem für Kassenärztinnen und Kassenärzten oft mit dem Kollektivvertragssystem für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verglichen, auch wenn es rechtlich durchaus bedeutsame Unterschiede gibt.¹⁹⁴

Im Folgenden werden Gesamt- und Einzelverträge im Detail erläutert.

Gesamtverträge

Die Gesamtverträge bilden die Grundlage für die Auslagerung von durch die Sozialversicherungsträger zu erbringende Leistungen an Dritte (freiberufliche Ärztinnen und Ärzte). Der größte Teil der gesetzlichen Regelungen zu den Gesamtverträgen findet sich in den §§ 341 – 343 ASVG. Gesamtverträge werden jeweils für unterschiedliche Bundesländer und für die unterschiedlichen Formen der Arbeit bzw. Zusammenarbeit von Medizinerinnen und Medizinern (Einzelordinationen, Gruppenpraxen, PVE) geschlossen.

Abschlussberechtigt auf der Seite der Krankenversicherungsträger ist dabei der übergeordnete Hauptverband der Krankenversicherungsträger. Allerdings ist die Zustimmung der jeweiligen Krankenversicherungsträger, für die der Vertrag abgeschlossen wird, notwendig. Der Grund, dass der Hauptverband als übergeordnete Instanz den Vertrag abschließt, liegt darin, dass dadurch sichergestellt werden soll, dass in ganz Österreich möglichst idente Regelungen geschaffen werden. Die zweite abschlussberechtigte Vertragspartei, welche die Seite der Ärzteschaft vertritt, sind die jeweils örtlich zuständigen Landes-Ärzttekammern. Theoretisch ist es auch möglich, dass die Österreichische Ärztekammer als zweite Vertragspartei auftritt. Hierzu ist allerdings die Zustimmung der lokal betroffenen Landes-Ärzttekammer notwendig.¹⁹⁵

Welche Inhalte im Gesamtvertrag zu regeln sind, wird in § 342 ASVG demonstrativ aufgezählt. Die folgende Aufzählung orientiert sich an der Nummerierung der Ziffern in § 342 (1) ASVG und fasst die Inhalte aus diesen zusammen:

¹⁹³ Vgl. RESCH (2015), S. 459 f.

¹⁹⁴ Vgl. GRILLBERGER/MOSLER (2012), S. 72 f.

¹⁹⁵ Vgl. RESCH (2015), S. 460.

1. Der Gesamtvertrag hat die Zahl und die örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie der Vertrags-Gruppenpraxen unter der Bedachtnahme auf die RSG festzusetzen. Dieser Bestimmung wird österreichweit durch die Erstellung von Stellenplänen¹⁹⁶ nachgekommen.

2. Weiters ist die Auswahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie der Vertrags-Gruppenpraxen zu regeln. Durch diese Bestimmung wird insbesondere der Ärztekammer ein besonderes Recht bei der Auswahl der Personen bzw. Personengruppen eingeräumt. In Hinblick auf das Auswahlverfahren ist auf § 343 (1) Z 1a ASVG Bedacht zu nehmen. Darin wird die Bundesministerin bzw. der Bundesminister für Gesundheit dazu ermächtigt eine Verordnung hinsichtlich der Reihungskriterien (Reihungskriterien-VO) zu erlassen. Zusätzlich sind auch Bestimmungen zum Abschluss und zur Lösung der mit den ausgewählten Personen bzw. Personengruppen geschlossenen Einzelverträge zu vereinbaren.¹⁹⁷

3. Der Gesamtvertrag hat auch die Rechte und Pflichten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertrags-Gruppenpraxen zu regeln. Hierzu wird insbesondere der zu regelnde Anspruch der Vergütung für die erbrachten ärztlichen Leistungen hervorgehoben. Da die Honorierung ein komplexes Thema ist, sind hierzu zusätzlich gesonderte Bestimmungen in § 342 (2) ASVG zu finden, auf welche an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird.

4.-6. In den Bestimmungen der Ziffern vier bis sechs finden sich Vorgaben, die sich insbesondere auf die Kontrolle von Kosten und die Qualitätssicherung beziehen.

7.-8. In den Bestimmungen der Ziffern sieben und acht wird normiert, dass auch hinsichtlich der Kündigung, der Abänderung und auch der Auflösung des Gesamtvertrags Regelungen getroffen werden müssen.

9. Auch Bestimmungen zur Sicherstellung der Barrierefreiheit von Kassenordinationen sind in den Gesamtvertrag aufzunehmen.

10. Letztlich hat der Gesamtvertrag eine Altersgrenze für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte festzulegen.¹⁹⁸

Ergänzend zu den Bestimmungen des § 342 sind nach § 342a in den Gesamtverträgen für Vertrags-Gruppenpraxen spezielle Regelungen im Hinblick auf deren spezifische Versorgungsaufgaben (insbesondere hinsichtlich Öffnungszeiten und Leistungsspektren) und der Honorierung vorzusehen. Damit wird bestimmt, dass Kassen-Gruppenpraxen nicht den gleichen Honorierungsbestimmungen wie Kassen-Einzelordinationen unterliegen müssen. Bei Honorierungsmo-

¹⁹⁶ Eine Erläuterung zu den Stellenplänen findet sich in Kapitel 3.2.5.

¹⁹⁷ Vgl. KETTLER (2017) S. 1211.

¹⁹⁸ S. § 342 ASVG; Vgl. KETTLER (2017), S. 1208 ff.

dellen für Gruppenpraxen haben die Sozialversicherungsträger die Möglichkeit allenfalls mögliche Synergieeffekte, die durch die Organisation als Gesellschaft für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte entstehen, zu berücksichtigen. Dadurch soll es möglich werden eine faire und gleiche Honorierung für alle Kassen-Ärztinnen und Kassen-Ärzte, unabhängig von deren Praxisausgestaltung, zu erreichen.¹⁹⁹

Eine weitere zentrale Bestimmung, die für alle Kassen-Ärztinnen und Kassen-Ärzte von zentraler Bedeutung ist, findet sich in § 342a (4). Schließen sich diese zu einer Gruppenpraxis zusammen, so erlöschen ihre bisherigen Einzelverträge. An die Stelle der Einzelverträge tritt ein Gruppenpraxis-Einzelvertrag oder ein Sonder-Einzelvertrag. Im Falle des späteren Ausscheidens der Ärztin oder des Arztes lebt der erloschene Einzelvertrag unter der Bedingung der Mitnahme der Planstelle aus der Gruppenpraxis wieder auf.²⁰⁰

Eine letzte Besonderheit für Gruppenpraxen sieht § 342a (5) vor. Darin wird es Gruppenpraxen ermöglicht einen Sonder-Einzelvertrag mit dem Hauptverband der Sozialversicherung zu schließen, wenn kein bestehender Gruppenpraxen-Gesamtvertrag auf die Gruppenpraxis Anwendung finden würde. In der Praxis ist diese Bestimmung von geringerer Bedeutung, da es nur sehr wenige Fälle gibt, in denen kein Gesamtvertrag Anwendung finden würde. Ein Beispiel hierzu ist, dass es noch nicht in allen Bundesländern einen Gesamtvertrag für Kassen-Ärzte-GmbHs gibt. In der Praxis ist diese Bestimmung dennoch von geringer Bedeutung, da in solchen Bundesländern auf Grund der fehlenden Rechtssicherheit eher eine Gruppenpraxis-OG als eine Gruppenpraxis-GmbH gegründet werden würde.²⁰¹

Einzelverträge

Durch den Abschluss von Gesamtverträgen wird noch keine Ärztin oder kein Arzt bzw. keine Gruppenpraxis zur Behandlung von Versicherten auf Kosten des Krankenversicherungsträgers berechtigt. Hierzu ist zusätzlich zum Gesamtvertrag der Abschluss eines Einzelvertrags, der allerdings untrennbar mit dem Gesamtvertrag in Verbindung steht, erforderlich. Somit gibt es grundsätzlich ohne Gesamtvertrag auch keinen Einzelvertrag.²⁰² Ausnahmen davon sind allerdings in bestimmten rechtlichen Situationen möglich (z.B. fehlender Gesamtvertrag). In diesen Fällen werden dann Sonder-Einzelverträge geschlossen, die ebenfalls jene Punkte abdecken, die sonst in den Gesamtverträgen zu finden sind.

¹⁹⁹ Vgl. KETTLER (2017), S. 1240.

²⁰⁰ S. § 342a (4) ASVG.

²⁰¹ Vgl. KETTLER (2017), S. 1245 f.

²⁰² Vgl. GRILLBERGER/MOSLER (2012), S. 86 f.

Abgeschlossen werden Einzelverträge direkt zwischen dem Träger der Krankenversicherung und der jeweiligen Ärztin bzw. dem jeweiligen Arzt oder den rechtlichen Vertretern einer Gruppenpraxis.²⁰³

Der wichtigste Inhalt des Einzelvertrags ist die Begründung der Rechtsbeziehung zwischen der Ärztin bzw. dem Arzt oder der Gruppenpraxis mit dem Träger der Sozialversicherung. Erst dadurch werden die Behandlungspflicht und das Recht zur direkten Verrechnung begründet.

Daneben wird in den Einzelverträgen noch geregelt, wo die jeweilige Kassen-Ordination ihre genaue Ordinationsstätte hat und wann die Ordinationszeiten sind. Von Seiten der Krankenversicherungsträger gibt es vorgegebenen Maximalöffnungszeiten pro Woche, die zwingend eingehalten werden müssen. Auch wird in den Einzelverträgen geregelt, dass die Abfuhr der Ärztekammerumlage an die Ärztekammer über den Weg des Honorarabzuges seitens des Krankenversicherungsträgers zu erfolgen hat.²⁰⁴

Grundsätzlich dürfen Bestimmungen des Einzelvertrages gegen keine Bestimmung des Gesamtvertrages verstoßen, da diese ansonsten rechtsunwirksam werden.²⁰⁵ Die einzige Ausnahme in dieser Beziehung normiert § 343 (1) ASVG. Darin wird es den Einzelvertragsparteien ermöglicht, abweichend von § 341 (3) ASVG mit Zustimmung der zuständigen Ärztekammer ergänzende oder abweichende Regelungen hinsichtlich Art, Umfang und Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeit, insbesondere im Zusammenhang mit der Festlegung der Öffnungszeiten, für Spitalsambulanzen entlastende Leistungen oder für dislozierte Standorte, zu treffen.²⁰⁶

3.3.3. Spezifika bei PVE

Dem Grunde nach ist das Vertragssystem zwischen PVE und den Trägern der Krankenversicherung ähnlich aufgebaut wie jenes für Gruppenpraxen, denn auch für PVE kommen einzelvertragliche Regelungen auf gesamtvertraglicher Basis zur Anwendung. Dennoch sehen PrimVG und ASVG eine Reihe von Besonderheiten vor, die nur für PVE gelten. Rechtlich wurden diese gleichzeitig mit den Bestimmungen für PVE im Rahmen des VUG und des GRUG 2017 verankert.

Hinsichtlich der Terminologie sehen die Gesetze die Wörter Primärversorgungsvertrag für den äquivalenten Gruppenpraxen-Einzelvertrag, Primärversorgungs-Einzelvertrag für äquivalente Einzelverträge für selbstständige Ärztinnen und Ärzte sowie Primärversorgungs-Gesamtvertrag für den äquivalenten Gesamtvertrag vor.

²⁰³ Vgl. RESCH (2015), S. 597.

²⁰⁴ Vgl. RESCH (2015), S. 597 f.

²⁰⁵ Vgl. GRILLBERGER/MOSLER (2012), S. 86.

²⁰⁶ S. § 343 (1) ASVG.

Die Bestimmungen zu den jeweiligen Inhalten der Verträge und deren rechtliche Grundlagen finden sich zum größten Teil in § 8 PrimVG sowie in den §§ 338, 342b und 342c ASVG.

Vorweggenommen sei, dass für die unterschiedlichen Ausgestaltungsformen von PVE unterschiedliche Vertragssysteme Anwendung finden.

- Bei PVE in Form einer Gruppenpraxis wird ein Primärversorgungsvertrag auf Basis des Primärversorgungs-Gesamtvertrages geschlossen.
- Bei PVE in Form eines Netzwerkes werden zusätzlich zu dem Primärversorgungsvertrag, welcher ebenfalls auf Basis des Primärversorgungs-Gesamtvertrages geschlossen wird, Primärversorgungs-Einzelverträge mit den jeweiligen Mitgliedern (selbstständige Ärztinnen und Ärzte bzw. Gruppenpraxen) geschlossen. Diese Primärversorgungs-Einzelverträge beruhen wiederum auf Basis des Primärversorgungsvertrages bzw. damit einhergehend auf dem Primärversorgungs-Gesamtvertrag.
- Bei PVE in Form eines selbstständigen Ambulatoriums wird nur ein Primärversorgungsvertrag, welcher keinen Gesamtvertrag zur Basis hat, geschlossen.²⁰⁷

Die folgende Grafik stellt die beschriebenen Vertragsbeziehungen der unterschiedlichen PVE-Ausgestaltungsformen grafische dar.

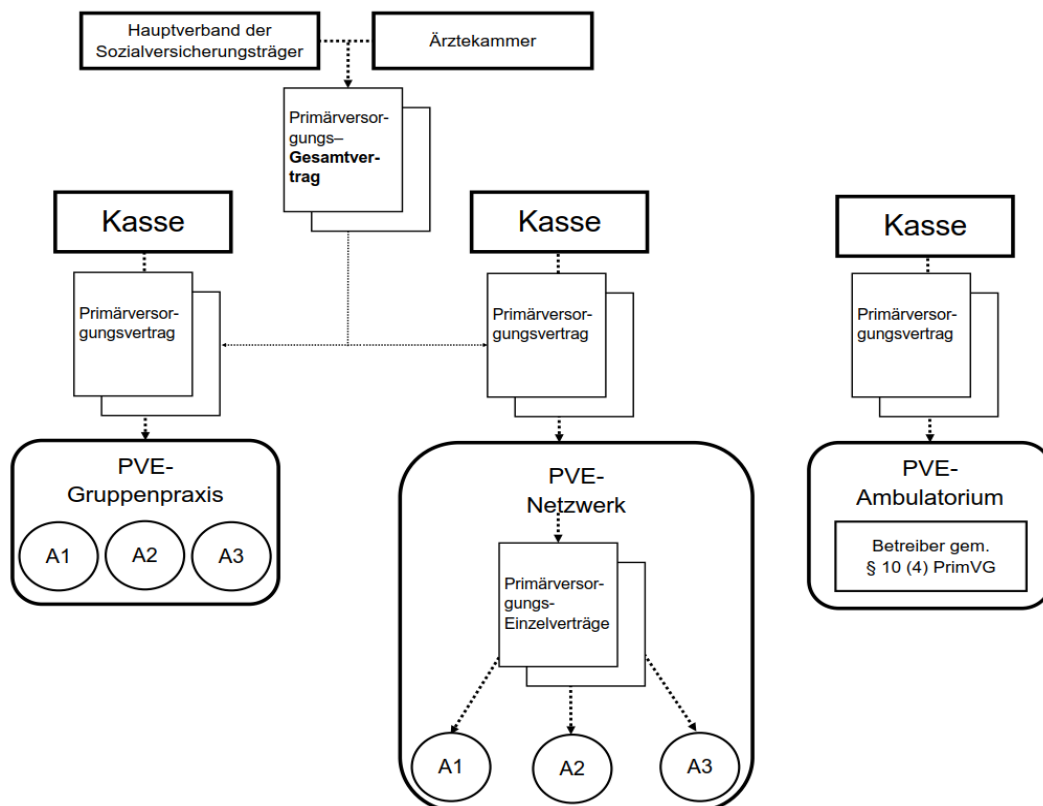


Abbildung 5: Vertragsbeziehungen von PVE, Quelle: eigene Darstellung.

²⁰⁷ S. § 8 (1) PrimVG.

Ergänzend ist festzuhalten, dass ein PVE-Netzwerk in der Form einer dislozierten Gruppenpraxis nach § 52a (4) ÄrzteG die gleiche Vertragsstruktur wie eine PVE-Gruppenpraxis hätte.²⁰⁸

Im Folgenden werden nun die einzelnen Vertragstypen und deren Inhalte im Detail erläutert.

Primärversorgungs-Gesamtvertrag

Die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu PVE hinsichtlich der ärztlichen Hilfe sind ähnlich wie bei Gruppenpraxen über einen bundesweit einheitlichen und eigenständigen Gesamtvertrag zu regeln. Dieser Gesamtvertrag ist auf Seiten der Ärzteschaft durch die Österreichische Ärztekammer und auf Seiten der Krankenversicherungsträger durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger abzuschließen.²⁰⁹

Anzumerken ist allerdings, dass der Gesamtvertrag nicht für PVE, welche in Form eines selbstständigen Ambulatoriums geführt werden, gilt. Zu begründen ist dies damit, dass der Ärztekammer aufgrund der Wirtschaftskammerzugehörigkeit der Ambulatorien keine Vertretungsbefugnis zukommt. Bei PVE in der Form von selbstständigen Ambulatorien liegt somit ein vertragsloser Zustand vor. Dieser führt dazu, dass für solche PVE-Einrichtungen immer (Sonder-)Primärversorgungsverträge abgeschlossen werden müssen, welchen kein Gesamtvertrag zu Grunde liegt.²¹⁰

Für alle anderen Formen von PVE gilt der Primärversorgungs-Gesamtvertrag. Dessen Inhalte sind in § 342b (2) ASVG taxativ aufgezählt. Die wesentlichen Punkte sind dabei das aus den §§ 4 bis 6 des PrimVG 2017 abgeleitete Mindestleistungsspektrum an angebotenen Behandlungsleistungen, die Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie Regelungen über die Grundsätze der Vergütung für erbrachte Behandlungsleistungen der PVE.

Hinsichtlich der Vergütung der Leistungen durch die Sozialversicherungsträger sieht § 342b (3) ASVG eine Kombination von Elementen aus Grund- und Fallpauschalen, Verrechnungspositionen für Einzelleistungen und gegebenenfalls Sonderprämien für die Erreichung von zuvor vereinbarten Ergebniszielen vor.²¹¹ Diese Kombination aus unterschiedlichen Honorierungsformen soll es ermöglichen, dass Leistungen von PVE möglichst flexibel in Hinblick auf deren gebotenes medizinisches Leistungsspektrum abgegolten werden können. Anzumerken ist, dass der Gesamtvertrag nur die Grundzüge der Honorierung abbilden soll. Die jeweiligen Details sind in

²⁰⁸ S. § 8 (1) Z 3 lit. a PrimVG.

²⁰⁹ S. § 342b ASVG.

²¹⁰ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 83.

²¹¹ S. § 342b (3) ASVG.

den Primärversorgungsverträgen bzw. den Primärversorgungs-Einzelverträgen direkt zwischen PVE und Sozialversicherungsträger zu vereinbaren.²¹²

Um eine möglichst faire Honorierung über das gesamte Bundesgebiet zu ermöglichen, sieht § 342b (5) ASVG ergänzend vor, dass durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger mit der Zustimmung der jeweiligen örtlich zuständigen Landes-Ärztelkammer unterschiedliche Honorare sowie Bandbreiten samt Zu- und Abschlägen in regionalen Musterhonorarordnungen für Bundesländer bzw. Versorgungsgebiete vereinbart werden können. Des Weiteren besteht die Möglichkeit Richtwerte für den Mindestanteil der Grundpauschale am jeweils durchschnittlich zu erwartenden Gesamthonorar festzusetzen, die abhängig vom regionalen Umfeld von Bundesland zu Bundesland ebenfalls unterschiedlich ausgestaltet sein können.²¹³

In den unterschiedlichen Formen der Honorierung und der nur in Grundzügen durch den Gesamtvertrag geregelten Höhen, liegen die wesentlichsten Unterschiede zu den Gesamtverträgen für Gruppenpraxen. In diesen sind die Honorierungsmöglichkeiten weitaus weniger flexibel und es bestehen weniger Möglichkeiten die Honorierung auf Einzelvertragsbasis auf die jeweilige Einrichtung zu adaptieren.

Anzumerken ist, dass zum Stand 20. April 2018 noch kein Primärversorgungs-Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossen wurde. Die Verhandlungen zu diesem wurden im Jänner 2018 aufgenommen.

Können sich die Verhandlungsparteien bis zum 31. Dezember 2018 nicht auf einen Gesamtvertrag mit Wirksamkeit 1. Juli 2019 betreffend den ärztlichen Leistungen einigen, so sieht § 342c (13) ASVG vor, dass der Hauptverband unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) für die Träger der Krankenversicherung einen den Gesamtvertrag ersetzende Primärversorgungs-Sondervertrag mit PVE abschließen darf. Diese haben allerdings nach einheitlichen Grundsätzen, welche zum jetzigen Zeitpunkt ebenfalls noch nicht definiert sind, zu erfolgen. Des Weiteren würde ein Primärversorgungs-Sondervertrag der Zustimmung der jeweils örtlichen Gebietskrankenkasse sowie der regional zuständigen Ärztekammer bedürfen.²¹⁴

²¹² Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 86 f.

²¹³ S. § 342b (5) ASVG.

²¹⁴ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 88 f.

Primärversorgungsvertrag

Gibt es zukünftig einen Gesamtvertrag, dann sollen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und der jeweiligen PVE, Primärversorgungsverträge abgeschlossen werden können. Diese sollen die grundlegenden Beziehungen zwischen beiden Parteien regeln und die PVE zur direkten Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern berechtigen.

Hauptinhalte sind, gleich wie bei Einzelverträgen, dass auf Kosten der Sozialversicherung zu erbringende Leistungsspektrum, Öffnungszeiten sowie Details zur konkreten Honorierung. Zusätzlich sollen darin auch jene Leistungen und deren Honorierung abgebildet werden, die durch Angehörige der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, welche in der PVE beschäftigt sind, erbracht werden. Vertragsfreiheit hinsichtlich der Honorierung dieser Leistungen besteht insoweit, dass diese nicht bereits durch eine Grundpauschale oder in sonstiger Form durch den ärztlichen Gesamtvertrag bzw. in dessen Anhängen mitumfasst sind.²¹⁵

Je nach Struktur und Ausgestaltung der PVE werden die Regelungen, welche im Primärversorgungsvertrag hinsichtlich der Leistungen der Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe bestimmt werden müssen, mehr oder weniger komplex sind. Dies ist damit zu begründen, dass unterschiedliche Vertragssituationen zu den jeweiligen Personen bestehen können. Angehörige nicht ärztlicher Gesundheitsberufe können entweder freiberuflich mit der PVE zusammenarbeiten, in einem Dienstverhältnis zu einem anderen Gesundheitsdienstanbieter oder in einem Dienstverhältnis mit der PVE stehen.

Zusätzlich dazu sollen PVE auch in den Aufgabenbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes integriert werden dürfen und bei Vorliegen eines regionalen Bedarfs ausgewählte gemeindeärztliche Aufgaben übernehmen (wie zum Beispiel Totenbeschau, Untersuchungen nach dem Unterbringungs- und Heimaufenthaltsgesetz, Impfungen sowie Infektionsschutzmaßnahmen).²¹⁶

Weitere Konkretisierungen der Inhalte und Wirkungen des Primärversorgungsvertrages finden sich in § 342c ASVG. Darin wird unter anderem auch das Vergabeverfahren für PVE, welches in § 14 PrimVG geregelt ist, im ASVG verankert und anerkannt. Auch finden sich hierin taxativ aufgezählte Kündigungsmöglichkeiten für Primärversorgungsverträge sowie eine Beschreibung hinsichtlich der kassenvertraglichen Auswirkungen für die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte bei der Umwandlung einer Gruppenpraxis in eine PVE bzw. für den Zusammenschluss zu einer PVE.²¹⁷

²¹⁵ S. § 8 (3) PrimVG.

²¹⁶ S. § 8 (7) PrimVG.

²¹⁷ S. § 342c ASVG.

Kommt es zu einem Zusammenschluss zu einer PVE, so erlöschen die bisherigen Einzelverträge der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. der Vertrags-Gruppenpraxen. Löst sich die PVE wieder auf oder scheidet eine freiberuflich tätige Ärztin bzw. ein freiberuflich tätiger Arzt aus der PVE aus, so kommt es innerhalb von drei Jahren ab Invertragnahme zu einem Wiederaufleben des vorher bestehenden Einzelvertrages. Nach Ablauf dieser drei Jahren, sind für die Mitnahme der Planstelle (Kassenvertrag) aus der PVE, die vorherigen Zustimmungen der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse, der jeweiligen Landesärztekammer sowie der Gesamtvertragsparteien (Hauptverband der Sozialversicherungsträger sowie Österr. Ärztekammer) einzuholen. Im Falle einer Kündigung durch den Krankenversicherungsträger mit der Begründung, dass sich die Voraussetzungen des § 14 PrimVG geändert haben, leben alle zuvor bestehenden Einzelverträge ohne die zuvor genannten Voraussetzungen und Fristen jedenfalls wieder auf.²¹⁸

Für die Ärztinnen und Ärzte einer PVE bedeute diese Bestimmung, dass sie im Gegensatz zu Gruppenpraxen enger an die Gesellschaft gebunden werden, denn die Mitnahme einer Planstelle (Kassenvertrag) aus einer Gruppenpraxis ist grundsätzlich unbefristet möglich und erfordert lediglich die formale Zustimmung der Gesamtvertragsparteien.

Hinsichtlich der Kündigungsmöglichkeiten des Primärversorgungsvertrages durch den Krankenversicherungsträger sind die Regelungen für PVE ebenfalls gesetzlich strenger ausgestaltet als für Gruppenpraxen. So sieht beispielsweise § 342c (8) vor, dass bei wiederholter nicht unerheblicher oder schwerwiegender Berufspflichtverletzung, Nichterfüllung der im Primärversorgungsvertrag vereinbarten Leistungen oder bei Änderung der Organisation der PVE, welche im Widerspruch zu den vereinbarten Planvorgaben steht, ein Kündigungsrecht für den Krankenversicherungsträger besteht. Im Falle einer solchen Kündigung besteht zwar durch die Gesellschafterinnen und die Gesellschafter der PVE ein Einspruchsrecht, aber im Falle einer negativen Entscheidung durch eine Landesschiedskommission besteht für diese kein grundsätzlicher Anspruch auf die Rückkehr zu deren eventuell zuvor bestehenden Einzelverträgen.²¹⁹

Auf Grund der eingeschränkten Rücktrittsmöglichkeiten und der Vielzahl an Kündigungsmöglichkeiten werden im Gesellschaftsvertrag für eine PVE Vorkehrungen diesbezüglich zu treffen sein, um sowohl die Gesellschaft als auch die einzelnen Gesellschafterinnen und Gesellschafter zu schützen. Dies insbesondere in jenem Hinblick, dass Fehlverhalten einer Person, das negative Auswirkungen auf die gesamte PVE-Gesellschaft hat, bereits auf Gesellschaftsebene bestraft werden kann (z.B. durch Ausschluss aus der PVE-Gesellschaft).

²¹⁸ S. § 342c (12) ASVG.

²¹⁹ S. § 342c (8) ASVG.

Primärversorgungs-Einzelvertrag

Wird die PVE in Form eines Netzwerkes (z.B. als Verein) geführt, so muss das Netzwerk als juristische Person ebenfalls einen Primärversorgungsvertrag mit einem Träger der Krankenversicherung schließen. Die Bestimmungen zum Primärversorgungsvertrag für PVE-Netzwerke sind hinsichtlich der Inhalte analog zu jenen einer PVE-Gruppenpraxis. Jedoch werden bei PVE-Netzwerken, mit Ausnahme der Ausgestaltungsform als dislozierte Gruppenpraxis, zusätzlich zum Primärversorgungsvertrag noch Primärversorgungs-Einzelverträge mit den teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten abgeschlossen. Die Inhalte des Primärversorgungs-Einzelvertrags sind in § 8 (5) PrimVG geregelt. Die Regelungen im Sozialversicherungsgesetz finden sich dazu in § 342c ASVG.

In Primärversorgungs-Einzelverträgen werden die für den Krankenversicherungsträger erbrachten Leistungen durch die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte des PVE-Netzwerkes gesondert geregelt. Auch die Honorierung dieser Leistungen wird darin festgelegt. Zu beachten dabei ist, dass die Primärversorgungs-Einzelverträge sowohl mit dem Primärversorgungsvertrag als auch mit dem Primärversorgungs-Gesamtvertrag in Einklang stehen müssen. Sollte es keinen Primärversorgungs-Gesamtvertrag geben, so tritt an dessen Stelle der zwischen PVE-Netzwerk und Krankenversicherungsträger geschlossene Primärversorgungs-Sondervertrag.

Hervorzuheben ist, dass die Verantwortung für die Erbringung der mit dem Krankenversicherungsträger vereinbarten Leistungen grundsätzlich nicht bei der jeweiligen Ärztin oder dem jeweiligen Arzt, sondern bei dem PVE-Netzwerk liegt.²²⁰

Primärversorgungs-Einzelverträge sind ein integrativer Bestandteil des mit der PVE geschlossenen Primärversorgungsvertrags und unmittelbar von dessen Bestehen abhängig. Das hat zur Folge, dass ein Ende des Primärversorgungsvertrages unmittelbar auch das Ende aller daran gebundenen Primärversorgungs-Einzelverträge bewirkt. Umgekehrt besteht diese Wirkung nicht. Kündigt eine Primärversorgungs-Einzelvertragspartei einen Primärversorgungs-Einzelvertrag auf, zum Beispiel auf Grundlage von gesetzlichen Kündigungsgründen, dann hat dies nicht unmittelbar zur Folge das auch der Primärversorgungsvertrag aufgekündigt werden muss. Diese vertragliche Ausgestaltung hat für das PVE-Netzwerk den Vorteil, dass bei Rechtsverletzung eines Mitgliedes nur die dafür verantwortliche Person die Folgen zu tragen hat und nicht die gesamte PVE die Konsequenzen zu tragen hat.²²¹

²²⁰ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 82.

²²¹ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 83.

Zusammenfassung Experteninterviews

Wie bereits in Kapitel 2 angeführt, ist zur Umsetzung im Kassenvertragsrecht Kritik im Rahmen der geführten Experteninterviews angebracht worden.

Dr. Zahrl vertritt die Meinung, dass durch die neuen Regelungen viele Fragen, insbesondere hinsichtlich der Honorierung, offengeblieben sind. Am besten kann dies anhand der Honorargestaltung erläutert werden. Hierbei besteht das Problem, dass zwar der Gesamtvertrag und dessen Honorarregelungen grundsätzlich auf Bundesebene zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer ausgehandelt werden, aber auf Landesebene die Möglichkeit besteht, dass zum Gesamtvertrag Annexe geschaffen werden. Diese Annexe werden allerdings von anderen Vertragsparteien, nämlich von den Landesärztekammern und den örtlich zuständigen Gebietskrankenkassen verhandelt. Dies stellt de facto einen Vertrag zu Lasten Dritter dar. Problematisch wird die Situation dann, wenn ein Vertrag (Annexe zum Gesamtvertrag) auf Landesebene gekündigt wird. Laut Gesetz bliebe dann zwar der Gesamtvertrag aufrecht, aber es würde keine gültigen Regelungen hinsichtlich der Honorare mehr geben.²²²

Des Weiteren sieht Dr. Zahrl ein großes Problem in der zwingenden Rückgabe eines etwaig bestehenden Kassenvertrags einer Ärztin bzw. eines Arztes, wenn sich diese bzw. dieser in einer PVE zusammenschließen möchte. Einerseits wird dies von Dr. Zahrl mit dem verschlechterten Rücktrittsrecht laut PrimVG iVm dem ASVG begründet und andererseits damit, dass der Kassenvertrag für viele Ärztinnen und Ärzte einen wichtigen Teil ihrer Lebensplanung darstellt. Als Beispiel dafür nennt dieser die Kreditaufnahme durch Ärztinnen und Ärzten. Diese haben oftmals den Kredit nur unter der Bedingung eines aufrechten Kassenvertrags erhalten. Fällt dieser Vertrag nun weg, weil sich in einer PVE zusammengeschlossen wird, dann könnten die Betroffenen von ihren Banken schlechter gestellt werden.²²³

Dr. Zahrl stellt außerdem in Frage, warum durch das VUG bzw. dem GRUG ein kompletter Systemwechsel in der Planung von Kassenstellen vollzogen wurde. Bisher waren für die Planung im niedergelassenen Bereich ausschließlich die Gebietskrankenkassen gemeinsam mit den Landesärztekammern zuständig. Diese haben gemeinsam die Stellenpläne erarbeitet und das System hat über Jahre hinweg gut funktioniert. Durch die neue Planung über die RSG verlagert sich die Verantwortung in der Planung auf die Landesregierung sowie den Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Die Auswirkungen durch diesen Systemwechsel können laut Dr. Zahrl noch nicht abgeschätzt werden und es bleibt unklar, welche Möglichkeiten für neue PVE in den jeweiligen Ländern geschaffen werden.²²⁴

²²² S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 2.

²²³ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 4.

²²⁴ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl RZ 28.

Auch Dr. Holzgruber sieht den Systemwechsel tendenziell kritisch. Er ist der Meinung, dass dieser gesetzlichen Entscheidung kein vertretbarer Grund, sondern nur ein politisches Kalkül hinsichtlich der Ausweitung der Länderkompetenzen zu Grunde liegt.²²⁵

Eine ähnliche Ansicht wie Dr. Zahl vertritt auch Dr. Holzgruber betreffend der Honorierung von PVE. Ebenfalls sieht dieser die Problematik hinsichtlich der unterschiedlichen Vertragspartner.²²⁶

Darüber hinaus führte Dr. Holzgruber aus, dass es gerade in Ballungsgebieten wie Wien durch die PVE zu einer Benachteiligung von Ärztinnen und Ärzten in Einzelordinationen kommen könnte. Dies wird von ihm dadurch begründet, dass PVE Leistungen anbieten und verrechnen dürfen, die den Ärztinnen und Ärzten, welche in der Nachbarschaft der PVE ihre Ordinationen führen, möglicherweise untersagt sind. Dies alleine würde schon grundsätzlich zu einem Wettbewerbsvorteil führen. Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, dass die PVE für gewisse Leistungen, welche sowohl durch die PVE als auch durch Einzelordinationen erbracht werden dürfen, höhere Honorar bekommen werden, was wiederum zu Mehrkosten für das Gesundheitssystem führen würde.²²⁷

3.4. Konnex Praxisoutput – allgemeine Aspekte

Die vorangegangenen Unterkapitel haben gezeigt, dass bei der Gründung einer PVE eine Vielzahl an Fragen zu beantworten ist, bevor überhaupt mit den ersten Schritten der Realisierung begonnen werden kann. Durch das erstellte Beratungskonzept, welches für Beraterinnen und Berater in diesem Fachgebiet als Grundlage dienen soll, werden genau diese Fragen übersichtlich zusammengefasst. Außerdem werden sowohl in dem erstellten Leitfaden als auch in der erstellten Kurzübersicht die jeweils notwendigen Handlungsschritte chronologisch dargestellt.

Gleich am Beginn des Gründungsprozesses einer PVE gilt es beispielsweise zu klären, wer die Gesellschafterinnen und Gesellschafter sein sollen. Darauf aufbauend kann erst entschieden werden, welche mögliche Umsetzungsform angestrebt werden soll.

Auch gilt es gleich zu Beginn herauszufinden, ob überhaupt eine PVE an dem geplanten Standort vorgesehen ist. Die Antwort auf diese Frage kann in der Regel eine Recherche in dem jeweils aktuellen RSG geben.

²²⁵ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber RZ 12.

²²⁶ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber RZ 12 u. RZ 16.

²²⁷ S. Anhang Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber RZ 14.

Sind die Grundbedingungen gegeben, gilt es sich mit dem Gründungsprozess auseinander zu setzen. Dabei wird man sich gleich am Anfang mit den bereits bestehenden Kassenverträgen der Gesellschafterinnen und Gesellschafter sowie den zu erwartenden Kassenverträgen im Rahmen der PVE beschäftigen und gegebenenfalls abwägen müssen, ob der Schritt in eine PVE für die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte überhaupt Vorteile bringt.

Kommt man zu dem Schluss, dass die Realisierung einer PVE angestrebt werden soll, gilt es für diese eine Gesellschaft zu gründen. Dabei ist auf die für die unterschiedlichen Ausgestaltungsformen zulässigen Rechtsformen Bedacht zu nehmen. Die Beraterin bzw. der Berater sollte das Gründungsteam auf die möglichen steuerlichen Folgen aus der Sicht eines jeden einzelnen Mitgliedes hinweisen. Im Rahmen der Gesellschaftsgründung muss selbstverständlich den einzuhaltenden Formvorschriften nachgekommen werden und auch die notwendigen Meldungen beim Finanzamt sind vorzunehmen. Gegebenenfalls kann für den Bewerbungsprozess auch die Gründung einer Vorgesellschaft angedacht werden. Das konkrete Vorgehen sollte im Einzelfall immer zwischen dem Gründungsteam und den fachkundigen Beraterinnen und Beratern abgestimmt werden. Da zum Zeitpunkt des Abschlusses des Gesellschaftsvertrags noch nicht klar ist, ob die Gesellschaft die geplante Tätigkeit, nämlich das Betreiben einer PVE überhaupt ausführen darf, empfiehlt es sich aufschiebende Bedingungen in den Gesellschaftsvertrag aufzunehmen, die an die notwendige Zusage der Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrages anknüpfen.

Als nächsten großen Schritt muss die Bewerbung für das Auswahlverfahren vorbereitet werden. Dabei gilt es wiederum den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden und ein (vorläufiges) Primärversorgungskonzept zu erstellen. Die letztendliche Entscheidung, ob die PVE realisiert werden kann, hängt von dritter Seite ab. Erst wenn die Zusage der Gebietskrankenkasse und gegebenenfalls ein notwendiger Bescheid von der Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann vorliegt, kann der Realisierungsprozess der PVE fortgesetzt werden. Auch die Eintragung ins Firmenbuch als PVE-Gesellschaft kann erst mit dem Vorliegen der Zusage der GKK durchgeführt werden.

Im Rahmen des Prozesses gilt es auch den Primärversorgungsvertrag bzw. etwaige Zusatzverträge mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zu verhandeln und die PVE organisatorisch aufzusetzen. Dabei werden auch die letztendlich angebotenen Leistungen fixiert und gegebenenfalls das erstellte Primärversorgungskonzept überarbeitet. Auch mit der Suche und der Einrichtung der Räumlichkeiten sowie der Auswahl von zukünftigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter muss spätestens nach dem Abschluss des Primärversorgungsvertrages begonnen werden.

Vor der Eröffnung der PVE bzw. der Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der neuen PVE gilt es noch alle zusätzlichen Erfordernissen, wie etwa den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung oder der Eintragung der PVE in die Ärzteliste, zu erfüllen.

Jene Schritte im Realisierungsprozess, die sich mit steuerrechtlichen und gesellschaftsrechtlichen Fragestellungen beschäftigen, werden in Kapitel 4.4. der Arbeit erläutert.²²⁸

²²⁸ Der vollständige Leitfaden bzw. die Kurzübersicht finden sich im Anhang unter den Punkten a) und b).

4. Steuerliche Besonderheiten für PVE

In diesem Hauptkapitel der Arbeit wird auf die steuerlichen Vorschriften bei der Umsetzung der unterschiedlichen PVE-Formen eingegangen. Der Fokus wird dabei auf die PVE-Gruppenpraxis gelegt. Hierbei wird ein Vergleich zwischen der Ausgestaltung als OG und als GmbH durchgeführt und es werden zusätzlich nicht steuerliche Entscheidungsgründe für die Rechtsformwahl aufgezeigt.

Hinsichtlich der umsatzsteuerlichen Aspekte wird ein kompakter Überblick mit den Spezifika für eine PVE gegeben. Zum Abschluss dieses Kapitels wird wiederum der Konnex zum Praxisoutput der Arbeit hergestellt.

4.1. PVE-Gruppenpraxis

Wie bereits ausführlich in dem vorangegangenen Hauptkapitel erläutert, schränkt § 2 (5) PrimVG die gesellschaftsrechtliche Ausgestaltung einer PVE-Gruppenpraxis auf die Rechtsformen der OG und der GmbH ein. Diese Einschränkung gilt auch für die Rechtsformwahl bei gewöhnlichen Gruppenpraxen. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die derzeitigen steuerlichen Bestimmungen und Vorgehensweisen für Gruppenpraxen auf PVE-Gruppenpraxen umgelegt werden können.

In den folgenden Unterkapiteln werden die zulässigen Rechtsformen (OG und GmbH) beschrieben und der (steuerliche) Weg in diese aufgezeigt. Im Anschluss werden sowohl steuerliche als auch nicht steuerliche Aspekte für die Rechtsformwahl gegenübergestellt.

4.1.1. PVE-Gruppenpraxen in der Rechtsform der OG

Personengesellschaften, zu welchen auch die OG zählt, werden steuerlich als Mitunternehmerschaften gesehen. Der Begriff Mitunternehmerschaft ist ein rein steuerlicher Begriff und bezeichnet einen Zusammenschluss mehrerer Personen (Mitunternehmer) zur gemeinsamen Erzielung von betrieblichen Einkünften. Im Falle einer PVE-OG sind die Mitunternehmer die unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzte, welche das Unternehmerwagnis eingehen. Trifft diese Voraussetzung auf einen Mitunternehmer nicht zu, dann würde dieser steuerlich grundsätzlich keine betrieblichen Einkünfte erzielen.²²⁹

Hervorzuheben ist, dass die Mitunternehmerschaft selbst weder der Einkommensteuer noch der Körperschaftsteuer unterliegt. Es kommt das sogenannte Durchgriffsprinzip zur Anwendung.

²²⁹ Vgl. LEONHART (2014), S. 468.

Das bedeutet, dass die Steuerpflichtigen die Mitunternehmer selbst sind. Der von der Mitunternehmerschaft erzielte Gewinn wird zwar in einem gesonderten Feststellungsverfahren gem. § 188 BAO ermittelt, aber in einem weiteren Schritt unmittelbar den Mitunternehmern zugerechnet.

Aus ertragssteuerlicher Sicht ist somit jeder Mitunternehmer als selbstständiger Unternehmer anzusehen. Die Gesellschaft selbst ist nur als Summe der jeweiligen Teilunternehmungen der Mitunternehmer anzusehen und dementsprechend quotenmäßig aufteilbar. Diese Vorgehensweise wird in der Literatur als Bilanzbündeltheorie bezeichnet.

Da die Gesellschafterinnen und Gesellschafter einer PVE im Rahmen Ihrer Tätigkeit für die PVE eine ärztliche Tätigkeit ausüben, sind deren Einkünfte den Einkünften aus selbstständiger Arbeit gem. § 22 EStG zuzurechnen.²³⁰

Hinsichtlich Buchführung gelten für die PVE-OG die gleichen Vorschriften wie für eine gewöhnliche Arztpraxis. Es kann zwischen der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung nach § 4 (3) EStG und der freiwilligen Bilanzierung gemäß § 4 (1) EStG gewählt werden. Somit besteht keine Buchführungspflicht nach UGB.²³¹

Auf Grund der Einfachheit wird meist bei den derzeit bestehenden Gruppenpraxen der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung (EAR) der Vorzug gegeben. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass dieser Ansatz auch bei PVE-OGs bevorzugt werden wird. Bei der Anwendung der EAR ist zu beachten, dass neben den steuerrelevanten Zu- und Abflüssen auch die nicht steuerrelevanten Geldflüsse von und an die Gesellschafterinnen und Gesellschafter lückenlos und nachvollziehbar dokumentiert werden. Um dies zu bewerkstelligen und den Überblick in der Gesellschaft zu behalten, empfiehlt es sich für jede Gesellschafterin bzw. für jeden Gesellschafter zwei Kapitalkonten, ein Fixkapitalkonto und ein variables Kapitalkonto, zu führen.

Das Fixkapitalkonto spiegelt die durch die Gesellschafterin bzw. den Gesellschafter geleistete Einlage laut Gesellschaftsvertrag wider. Außerdem kann daraus die prozentuelle Beteiligung am Gesellschaftsvermögen errechnet werden. Der Betrag am Fixkapitalkonto kann sowohl durch eine Bareinlage als auch durch die Einlage von Wirtschaftsgütern (Sacheinlagen) zu Stande kommen.

Das variable Kapitalkonto hingegen dient zur Erfassung der laufenden Einlagen und Entnahmen bzw. der Zuweisung des Gewinnanteils. Durch dieses System wird es ermöglicht, dass jede Gesellschafterin bzw. jeder Gesellschafter jederzeit einen Überblick über das Gesellschaftsvermögen hat.²³²

²³⁰ Vgl. LEONHART (2014), S. 468 f.

²³¹ Vgl. GRUBER (2011), S. 83.

²³² Vgl. LEONHART (2014), S. 469.

Eine weitere steuerliche Besonderheit bei einer Mitunternehmerschaft ist, dass die Möglichkeit besteht, Sonderbetriebsvermögen zu besitzen und auf Gesellschafterebene Sonderbetriebseinnahmen und Sonderbetriebsausgaben steuerlich geltend zu machen.

Unter Sonderbetriebsvermögen versteht man Wirtschaftsgüter, die nur einer Gesellschafterin bzw. einem Gesellschafter zuzurechnen sind. Aus steuerlicher Sicht werden die Wirtschaftsgüter, welche als Sonderbetriebsvermögen zu qualifizieren sind, nicht der Gesellschaft übertragen, sondern stehen dieser lediglich zur Nutzung zur Verfügung. Eine Vermietung des Sonderbetriebsvermögens an die Gesellschaft zu fremdüblichen Konditionen wäre denkbar. Das Sonderbetriebsvermögen muss in einem gesonderten Verzeichnis geführt werden. Ein Beispiel für einen möglichen Gegenstand des Sonderbetriebsvermögens einer PVE-OG könnte ein Ultraschallgerät einer Ärztin bzw. eines Arztes sein, welche bzw. welcher dieses den Mitgesellschafterinnen und Mitgesellschaftern zum Gebrauch gegen einen gewissen Pauschalbetrag zur Verfügung stellt.

Ähnlich sind auch Sonderbetriebseinnahmen und Sonderbetriebsausgaben zu sehen. Bei diesen handelt es sich um Einnahmen und Ausgaben, welche nur einer Gesellschafterin bzw. einem Gesellschafter zurechenbar sind, aber im Rahmen der betrieblichen Tätigkeit entstanden sind. Auch die Sonderbetriebseinnahmen und Sonderbetriebsausgaben müssen gesondert aufgezeichnet und bereits in der Steuererklärung der OG deklariert werden. Als Beispiele für Sonderbetriebseinnahmen und -ausgaben kann das vorangegangene Beispiel des Ultraschallgeräts fortgesetzt werden. Jene Ärztin bzw. jener Arzt, welcher das Gerät gegen Entgelt zur Verfügung stellt, hat die daraus erzielten Einkünfte als Sonderbetriebseinnahmen zu deklarieren. Die Nutzungsentgelte stellen auf Seiten der Nutzerinnen und Nutzer wiederum Sonderbetriebsausgaben dar.²³³

Der steuerliche Weg in eine PVE-OG

Grundsätzlich müssen hierbei zwei unterschiedliche Wege in die PVE-OG unterschieden werden. Einerseits die Umwandlung einer bestehenden Gruppenpraxis in eine PVE-OG und andererseits der Zusammenschluss mehrerer eigenständiger Arztpraxen oder mehrerer Gruppenpraxen zu einer PVE-OG.

Bei der Umwandlung einer bereits bestehenden Gruppenpraxis in eine PVE-OG kommt es zu keinen steuerlichen Besonderheiten, da davon ausgegangen werden kann, dass die bestehende Gruppenpraxis bereits in derselben Rechtsform ausgestaltet war. Der mögliche Fall, dass eine Gruppenpraxis als GmbH in eine PVE-Gruppenpraxis-OG umgewandelt werden könnte, ist als sehr unwahrscheinlich anzusehen und daher wird auf diese besondere Situation nicht weiter eingegangen.

²³³ Vgl. DORALT (2017), S. 76.

Da es sich bei PVE in der Regel um größere medizinische Gesellschaften handeln wird, kann mit weit höherer Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die meisten PVE durch Zusammenschlüsse mehrerer Arztpraxen oder Gruppenpraxen entstehen werden. Dabei ist anzunehmen, dass einzelne bereits bestehende Betriebe in die neue PVE-OG eingebracht werden.

Nach den Grundsätzen des allgemeinen Steuerrechts würde ein solcher Zusammenschluss zu einem steuerwirksamen Tauschvorgang gem. § 6 (14) EStG führen. Das hätte wiederum zur Folge, dass bei den Einbringenden fiktive Betriebsaufgaben, welche Veräußerungsgewinnbesteuerungen gem. § 24 (7) EStG zur Folge hätten, vorliegen würden.²³⁴

Da durch einen solchen Vorgang eine ungerechte Steuerlast entstehen würde, sieht das Umgründungssteuergesetz unter bestimmten Voraussetzungen eine Ausnahme von dieser Besteuerung vor. Konkret müssen bei einem Zusammenschluss zu einer Personengesellschaft (PVE-OG) die Voraussetzung des Artikel IV (§§ 23-26) Umgründungssteuergesetz (UmgrStG) erfüllt sein.

Hervorzuheben ist, dass ein Zusammenschluss nach Artikel IV UmgrStG nicht nur bei einem Zusammenschluss einer oder mehrerer Einzelordinationen bzw. Gruppenpraxen vorliegt, sondern auch, wenn eine Ärztin oder ein Arzt einer bereits bestehenden PVE beitrifft oder die Beteiligungen erhöht werden.

Um in den Genuss der Vorteile eines Zusammenschlusses gem. Artikel IV UmgrStG zu kommen, müssen folgende in § 23 (1) UmgrStG taxativ aufgezählten Voraussetzungen vorliegen:

- Zwei oder mehr Personen müssen sich in einer Mitunternehmerschaft vergesellschaften.
- Es muss von mindestens einer Partnerin oder einem Partner eine betriebliche Einheit, welche einen positiven Verkehrswert aufweist, eingebracht werden.
- Vermögen darf ausschließlich gegen Gewährung von Gesellschafterrechten übertragen werden.
- Der Zusammenschluss setzt zwingend einen Zusammenschlussvertrag (Gesellschaftsvertrag) voraus.
- Es muss zwingend eine Zusammenschlussbilanz am Stichtag des Zusammenschlusses erstellt werden.

Zusätzlich ist der Zusammenschluss ins Firmenbuch einzutragen und beim Finanzamt anzuzeigen.²³⁵

²³⁴ Vgl. LEONHART (2014), S. 471.

²³⁵ Vgl. HÜBNER-SCHWARZINGER (2016), S. 816; S. § 23 UmgrStG.

Umgelegt auf die Gründung einer PVE-OG bedeutet dies, dass sich auch aus steuerrechtlicher Sicht mindestens zwei Ärztinnen oder Ärzte vergesellschaften müssen. Um das Kriterium der Einbringung einer betrieblichen Einheit zu erfüllen, muss eine bereits bestehende Ordination eingebracht werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Räumlichkeiten oder Gerätschaften der Ordination die für die Beurteilung relevante wesentliche Betriebsgrundlage darstellen, sondern der bestehende Patientenstock.²³⁶ Somit wird jedenfalls die Notwendigkeit bestehen, dass zumindest eine Gesellschafterin oder ein Gesellschafter seinen (kompletten) Patientenstock in die PVE-OG einbringt, damit ein begünstigter Zusammenschluss nach Artikel IV UmgrStG vorliegen kann.

Hinsichtlich eventuell bestehender Kassenverträge gilt, dass diese gemäß einer OGH-Erkenntnis keine handelbaren Wirtschaftsgüter darstellen.²³⁷ Somit können diese auch keine wesentliche Betriebsgrundlage sein und sind daher für die steuerliche Beurteilung unwesentlich.²³⁸

Das Kriterium des positiven Verkehrswertes der einzubringenden Ordination wird in der Praxis keine große Hürde darstellen, da dieser auf Grund der Struktur einer Ordination in den meisten Fällen vorliegen wird.²³⁹ Generell wird unter der Bezeichnung Verkehrswert jenen Wert verstanden, der am freien Markt für die Veräußerung der gesamten Einheit erzielt werden könnte. Sollte dennoch ein Zweifelsfall vorliegen, wäre der Verkehrswert mittels eines Sachverständigen-gutachtens nachzuweisen. Würde im Gutachten ein negativer Verkehrswert festgestellt werden, bestünde im Rahmen des Umstrukturierungsvorganges die Möglichkeit, eine rückwirkende Einlage vorzunehmen. Diese könnte entweder durch die Zurückbehaltung von Passiva oder einer Bareinlage erreicht werden.²⁴⁰

Hinsichtlich des notwendigen Zusammenschlussvertrages muss zwingend die Schriftform eingehalten werden. Jedoch bedarf es nicht unbedingt eines eigenen Vertrages. Die Abbildung im Rahmen des Gesellschaftsvertrages wäre möglich.²⁴¹ Zu beachten ist, dass im Zusammenschlussvertrag (Gesellschaftsvertrag) einer PVE immer auch auf die Bestimmungen des ÄrzteG sowie des PrimVG Rücksicht genommen werden muss (Sondergesellschaftsrecht).

Aus steuerrechtlicher Sicht muss der Zusammenschlussvertrag jedenfalls die am Zusammenschlussstichtag erstellten Einzelbilanzen der eingebrachten Gesellschaften (Ordinationen) und die Zusammenschlussbilanz (Eröffnungsbilanz der neuen PVE-OG) enthalten.

²³⁶ S. VwGH vom 25.01.1995, Zl. 93/15/0100.

²³⁷ S. OGH vom 11.07.2001, 7 Ob 299/00x.

²³⁸ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 151; LEONHART (2014), S. 472.

²³⁹ Vgl. LEONHART (2014), S. 472.

²⁴⁰ Vgl. HÜBNER-SCHWARZINGER (2016) S. 833 f.

²⁴¹ Vgl. HÜBNER-SCHWARZINGER (2016) S. 827.

Hinsichtlich der Einzelbilanzen genügt es bei bisher nach § 4 (3) EStG gewinnermittelnden Gesellschaften anstelle einer vollständigen Bilanz nach § 4 (1) EStG einen Evidenzstatus zu ermitteln. Darunter versteht man die vereinfachte Ermittlung des in die neue PVE-OG zu übertragenden Vermögens.²⁴²

Die ebenfalls verpflichtend aufzustellende Zusammenschlussbilanz der neuen Gesellschaft hat jedenfalls den Gewinnermittlungsgrundsätzen des § 4 (1) EStG (steuerrechtliche Bilanzierung) zu folgen²⁴³. Dies gilt auch in dem Fall, dass sowohl die übertragene(n) Ordination(en) als auch die neue PVE-OG ihre Gewinne nach § 4 (3) EStG (EAR) ermittelt haben bzw. zukünftig ermitteln werden. Aus der notwendigen Bilanzerstellung sind allerdings nicht die grundsätzlichen Rechtsfolgen eines Wechsels der Gewinnermittlung abzuleiten, auch wenn es im Rahmen der Berechnungen zu einem fiktiven doppelten Wechsel der Gewinnermittlungsart kommt. Die zu erstellenden Bilanzen haben bloßen Statuscharakter.²⁴⁴

Zweck der Zusammenschlussbilanz ist die Darstellung der steuerlich maßgeblichen Buchwerte des übertragenen Vermögens bzw. die Darstellung der steuerlich maßgebenden Verkehrswerte im Falle von vorgenommenen Aufwertungen.

Für die Praxis bedeuten diese Erfordernisse, dass einmalig der Gewinn zum Umgründungstichtag nicht nach dem Prinzip der vereinnahmten Entgelte, sondern nach vereinbarten Entgelten zu ermitteln ist. In der Zusammenschlussbilanz müssen daher alle zum Stichtag bestehenden Forderungen und Verbindlichkeiten bilanziert werden. Bei einer Ordination sind dies in der Regel nicht bezahlte Honorarnoten auf der Aktivseite sowie Verbindlichkeiten, wie zum Beispiel die Lohnnebenkosten für den Monat in dem der Zusammenschlussstichtag fällt, oder noch nicht bezahlte Eingangsrechnungen auf der Passivseite. Außerdem muss der Vorratsbestand (z.B. medizinisches Verbrauchsmaterial) ermittelt und in die Bilanz aufgenommen werden. Gleiches gilt für die noch nicht abrechenbaren Leistungen.²⁴⁵

Durch den rechnerisch doppelt vorzunehmenden Wechsel der Gewinnermittlungsart kann es sowohl bei den übertragenden Gesellschafterinnen und Gesellschaftern als auch bei der neuen PVE-OG zu Übergangsgewinnen oder Übergangsverlusten kommen. Die diesbezüglichen steuerlichen Vorgaben besagen, dass diese Übergangsgewinne bzw. -verluste schrittweise zu berechnen sind. In einem ersten Schritt sind die auf Ebene der zu übertragenden Ordinationen entstandenen Übergangsgewinne bzw. -verluste zu ermitteln. Diese werden dann im Rahmen der Zusammenschlussbilanz zusammengefasst. Im einem zweiten Schritt, auf Ebene der neuen PVE-OG, bei dem rechnerischen Rückwechsel von der Bilanzierung nach § 4 (1) EStG auf die

²⁴² S. UmgrStR RZ 1398; Vgl. HÜBNER-SCHWARINZGER (2016) S. 841.

²⁴³ S. UmgrStR RZ 1389 ff.

²⁴⁴ S. UmgrStR RZ 1398.

²⁴⁵ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 153 ff.

Einnahmen-Ausgaben-Rechnung nach § 4 (3) EStG, ist dann erneut ein Übergangsgewinn bzw. -verlust zu berechnen. Dieser ist in Folge aliquot auf die Gesellschafterinnen und Gesellschafter zu verteilen und bereits im ersten Jahr steuerwirksam. Eine Verteilung auf sieben Jahr ist in diesem Fall nicht zulässig.²⁴⁶

Ein eventuell im zweiten Schritt ermittelter Gewinn kann für alle Beteiligten zu einem steuerlichen Nachteil führen, wenn zum Zeitpunkt des Zusammenschlusses hohe Forderungen ausgewiesen waren, mit deren Eingang in Zukunft nicht gerechnet werden kann. In der Praxis empfiehlt es sich daher, die Forderungen am Zusammenschlussstichtag möglichst gering zu halten und gegebenenfalls im Gesellschaftsvertrag zu vereinbaren, dass jene Gesellschafterin bzw. jener Gesellschafter, der nicht einbringliche Forderungen in die Gesellschaft eingebracht hat, die negative Steuerlast zu übernehmen hat.²⁴⁷

Der Zeitpunkt des Zusammenschlusses kann grundsätzlich frei gewählt werden und ist zu jedem Datum möglich. Allerdings liegt nahe, den Zusammenschlussstichtag auf den 31. Dezember zu legen, da dadurch die Aufstellung eines zusätzlichen Abschlusses erspart wird. Das Umgründungssteuerrecht bietet außerdem die Möglichkeit, dass der Zusammenschlussstichtag bis zu neun Monate vor dem Zeitpunkt des Vertragsabschlusses festgesetzt wird. Das bedeutet, dass in einem Zusammenschlussvertrag, welcher am 30. September 2018 unterzeichnet wird, der 31. Dezember 2017 rückwirkend als Zusammenschlussstichtag vereinbart werden kann. Zu beachten in diesem Fall wäre allerdings, dass auch die Meldungen an das Firmenbuch und an das zuständige Finanzamt spätestens am 30. September 2018 erfolgen müssten.²⁴⁸

Die letzte Voraussetzung, die zwingend eingehalten werden muss, ist, dass die Übertragung des Vermögens der eingebrachten Ordinationen ausschließlich gegen die Gewährung von Gesellschafterrechten an der Personengesellschaft erfolgen darf. Dabei ist zu beachten, dass das Äquivalenzprinzip eingehalten wird. Dieses besagt, dass der Wert der an der Gesellschaft erhaltenen Anteile dem Wert des eingebrachten Vermögens entsprechen muss. Dementsprechend ist es unerlässlich, dass die Verkehrswerte der eingebrachten Wirtschaftsgüter bekannt sind. Im Fall der Einbringung einer Ordination wird dabei zumindest eine informelle Bewertung durchzuführen sein.²⁴⁹

In der Praxis stellt eine solche Bewertung einer Ordination eine besondere Schwierigkeit dar. Dies ist damit zu begründen, dass die allgemein anerkannten Bewertungsrichtlinien des

²⁴⁶ Vgl. HÜBNER-SCHWARZINGER (2016), S. 841 ff.

²⁴⁷ Vgl. LEONHART (2014), S. 483.

²⁴⁸ Vgl. LEONHART (2014), S. 473.

²⁴⁹ S. UmgrStR RZ 307; Vgl. GRUBER (2011), S. 191.

KFS/BW 1 auf Arztpraxen und speziell auf Kassen-Arztpraxen nur eingeschränkt angewendet werden können. Dies unter anderem daher, weil der hauptsächliche Wert auf dem Patientenstock, welcher vor allem bei Kassenarztpraxen unmittelbar vom Kassenvertrag der jeweiligen Ärztin bzw. des jeweiligen Arztes abhängig ist. Auch gibt es die zusätzliche Einschränkung, dass eine Ärztin oder Arzt den Kassenvertrag spätestens bei Erreichen des 70. Lebensjahres zurücklegen muss. Somit kann das im KFS/BW 1 zu findende Discounted-Cash-Flow-Verfahren (DCF-Verfahren), welches grundsätzlich von einer unendlichen Lebensdauer ausgeht, nur sehr eingeschränkt angewendet werden.

Eine gute Alternative, welche auch immer häufiger bei der Bewertung von Arztpraxen angewendet wird, bietet eine von den Landesärztekammern der Bundesländer Wien, Oberösterreich, Burgenland und Steiermark speziell für die Bewertung herausgegebene Richtlinie. Diese empfiehlt, dass der Wert einer Kassenarztpraxis aus einer Kombination von einem errechneten Umsatzmultiplikator auf Basis von Vergangenheitsdaten mit dem zusätzlichen Ansatz eines Substanzwertes für die bestehende Ordinationseinrichtung sowie etwaig vorhandener medizinischer Gerätschaften errechnet wird. Verringert wird der errechnete Wert noch um übernommene Verbindlichkeiten wie beispielsweise bestehende Abfertigungsansprüche.²⁵⁰

Da die Bewertung nicht nur aufgestellt, sondern auch im Rahmen einer Einbringung von allen Partnerinnen und Partnern akzeptiert werden muss, wird die Beachtung des zuvor erwähnten Äquivalenzprinzips kein besonderes Problem bereiten, da aus steuerrechtlicher Sicht davon ausgegangen werden kann, dass sich fremde Dritte gegenseitig nichts zu schenken pflegen. Sollte dies dennoch nicht erreicht werden, die Finanzverwaltung toleriert eine Abweichung von bis zu 25 %, wäre im Falle einer Unterbewertung gegebenenfalls eine Schenkungsmeldung erforderlich. Eine Überwertung zu Gunsten des Einbringenden würde den Steuervorteil des begünstigten Zusammenschluss nach Artikel IV UmgrStG gefährden.²⁵¹

Eine steuerliche Besonderheit, die bei jedem Zusammenschluss zu berücksichtigen ist, ist, dass es zu keinen Steuerlastverschiebungen hinsichtlich der zum Zeitpunkt des Zusammenschlusses bestehenden stillen Reserven einschließlich der bestehenden Firmenwerte kommen darf. Sowohl die stillen Reserven als auch die Firmenwerte müssen bis zu deren tatsächlichen Realisierung bei jener Partnerin bzw. jenem Partner steuerhängig bleiben, aus deren Bereich sie stammen.²⁵²

Um dies gewährleisten zu können, gibt die Finanzverwaltung zwei Methoden vor zwischen welchen bei einem Zusammenschluss nach Artikel IV UmgrStG ausgewählt werden kann. Einer-

²⁵⁰ Vgl. ANDRETSCH/BERTL (2016), S. 15 f.

²⁵¹ Vgl. LEONHART (2014), S. 475.

²⁵² S. § 24 (2) UmgrStG.

seits ist dies die Methode des Verkehrswertzusammenschlusses und andererseits die Methode des Buchwertzusammenschlusses.²⁵³

Beim Verkehrswertzusammenschluss werden die Beteiligungsquoten der Gesellschafterinnen und Gesellschafter der neu entstandenen OG anhand der vorher festgesetzten und übertragenen Verkehrswerte der übertragenen Wirtschaftsgüter bestimmt. In der Bilanz der Gesellschaft werden allerdings die Buchwerte der Wirtschaftsgüter fortgeführt. Um bei dieser Methode das Verbot der Steuerlastverschiebung einzuhalten sind jährlich zusätzliche Ergänzungsbilanzen auf Basis der fortgeschriebenen Verkehrswerte auf Gesellschafterebene zu führen.²⁵⁴ Diese Ergänzungsbilanzen müssen auf Nachfrage der Finanzverwaltung vorgelegt werden können.²⁵⁵

Die Methode des Buchwertzusammenschlusses wird in der Literatur auch als Kapitalkontenzusammenschluss bezeichnet. Im Gegensatz zum Verkehrswertzusammenschluss werden hierbei im Rahmen des Zusammenschlusses die Beteiligungsverhältnisse anhand der eingebrachten Buchwerte der Wirtschaftsgüter bestimmt. Damit es auch bei dieser Variante zu keinen Steuerlastverschiebungen kommt, ist den einbringenden Gesellschafterinnen und Gesellschafter die Differenz zwischen Buchwert und Verkehrswert als Gewinnvorab oder als Liquidationsvorab abzugelten.²⁵⁶

Als Ausgestaltungsvariante des Buchwertzusammenschluss besteht die Möglichkeit eines Vorbehaltszusammenschlusses. Dabei behalten sich alle Zusammenschlusspartner ihre stillen Reserven bzw. Firmenwerte vor und übertragen lediglich die Buchwerte an die neu entstandene OG. Bei Wahl dieser Variante ist jede Gesellschafterin bzw. jeder Gesellschafter selbst dafür verantwortlich, die bei der zukünftigen Aufdeckung der stillen Reserven möglich entstehenden Gewinne zu versteuern. Anzumerken ist, dass die Variante des Vorbehaltszusammenschlusses nur bei Vorliegen eines positiven Buchwertes möglich ist.²⁵⁷

In der Praxis wird bei den meisten Zusammenschlüssen von Ärztinnen und Ärzten der Variante des Buchwertzusammenschlusses der Vorzug gegeben, da diese einerseits mit weniger Aufwand verbunden ist und andererseits es ermöglicht, Gesellschafterinnen und Gesellschafter, welche nur ein geringeres Vermögen aufbringen können, trotzdem mit einem höheren Gesellschaftsanteil zu integrieren. Im Gegenzug erklären sich diese dazu bereit, den anderen Gesellschafterinnen und Gesellschaftern einen Gewinnvorab bzw. Liquidationsvorab zuzugestehen.²⁵⁸

²⁵³ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 157.

²⁵⁴ S. UmgrStR RZ 1315; Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 158 f.

²⁵⁵ S. UmgrStR RZ 1313.

²⁵⁶ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 158.

²⁵⁷ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 158.

²⁵⁸ Vgl. LEONHART (2014), S. 476 f.

Anzumerken ist, dass es auch zu Zusammenschlüssen ohne die Anwendung des UmgrStG kommen kann. Dies wäre der Fall, wenn die Voraussetzungen des § 23 (1) UmgrStG nicht erfüllt wären, beispielsweise, wenn die Übertragung nicht ausschließlich gegen Gesellschaftsrechte erfolgt oder, wenn im Zuge des Zusammenschlusses nur einzelne Wirtschaftsgüter übertragen werden. Ein weiterer Fall, bei welchem keine Umgründung gem. UmgrStG vorliegen würde, wäre eine Schenkung. In allen Fällen in den das UmgrStG nicht Anwendung findet, kommt das allgemeine Steuerrecht zur Anwendung. Anzumerken ist, dass allerdings kein Wahlrecht besteht. Sind alle Voraussetzung für die Anwendung des UmgrStG erfüllt, so muss dieses auch zur Anwendung kommen.

4.1.2. PVE-Gruppenpraxen in der Rechtsform der GmbH

Hinsichtlich der spezifischen Regelungen des PrimVG ist es grundsätzlich nicht von Bedeutung, ob die PVE als PVE-OG oder als PVE-Gruppenpraxis ausgestaltet wird.

Gesellschaftsrechtlich und steuerrechtlich gibt es allerdings weitreichende Unterschiede. Während es sich bei der OG um eine Mitunternehmerschaft handelt, bei der das Durchgriffsprinzip hinsichtlich der Besteuerung Anwendung findet, gilt bei der GmbH, welche zu den Kapitalgesellschaften zählt, das strikte Trennungsprinzip. Das bedeutet, dass die Sphären der Gesellschafterinnen und Gesellschafter klar von jener der Gesellschaft zu trennen sind. Auch hinsichtlich der Besteuerung wird das Trennungsprinzip ersichtlich. Die Besteuerung des Gewinns auf Ebene der Gesellschaft unterliegt der Körperschaftsteuer. Der derzeitige Körperschaftsteuersatz liegt bei 25 %. Die von der Gesellschaft an die Gesellschafterinnen und Gesellschafter ausgeschütteten Gewinne sind der Kapitalertragssteuer, deren Satz derzeit bei 27,5 % liegt, zu unterwerfen.

Außerdem besteht die strikte Trennung auch in Hinblick auf das Vermögen. Grundsätzlich sind die GmbH-Gesellschafterinnen und -Gesellschafter nur dazu verpflichtet, das vereinbarte Stammkapital in die Gesellschaft einzubezahlen. Zu einer finanziellen Haftung für Verbindlichkeiten kann es bei gesetzeskonformen Handel generell nicht kommen.²⁵⁹

Die Eigenschaft als Kapitalgesellschaft verpflichtet die GmbH zur Erstellung eines Jahresabschlusses und zwingend zur Anwendung der Bilanzierung nach § 5 (1) EStG in Verbindung mit der Anwendung des UGB hinsichtlich der Ermittlung der Gewinne. Außerdem bestehen für die GmbH diverse Registrierungs- und Publizitätspflichten (z.B. die Eintragung ins Firmenbuch und die Pflicht zur Offenlegung der Jahresabschlüsse).²⁶⁰

²⁵⁹ Vgl. GRUBER (2011), S. 77 f.

²⁶⁰ Vgl. GRUBER (2011), S. 83.

Der steuerliche Weg in eine PVE-GmbH

Auch der Weg in die PVE-GmbH ist in zwei grundsätzlich unterschiedliche Möglichkeiten zu untergliedern. Einerseits kann eine bestehende Gruppenpraxis, welche bereits als GmbH ausgestaltet ist, zu einer PVE-GmbH umgewandelt werden und andererseits können sich mehrere Ärztinnen und Ärzte oder Gruppenpraxen in einer PVE-GmbH vergesellschaften.

Bei der Umwandlung einer bestehenden Gruppenpraxis-GmbH in eine PVE-GmbH ohne eine Änderung in der Gesellschaftsstruktur kommt es zu keinen steuerlichen Besonderheiten. Betrachtenswert ist wiederum nur jener Fall, bei dem sich mehrere bestehende Ordinationen (unabhängig ob Einzelordinationen oder Gruppenpraxen bzw. von deren Rechtsformen) zu einer neuen PVE-GmbH zusammenschließen.

Nach den Grundsätzen des allgemeinen Steuerrechts würde auch diese Form des Zusammenschlusses zu einem steuerwirksamen Tauschvorgang gem. § 6 (14) EStG führen.²⁶¹ Das hätte wiederum zur Folge, dass bei den Einbringenden fiktive Betriebsaufgaben, welche Veräußerungsgewinnbesteuerungen gem. § 24 (7) EStG zur Folge hätte, vorliegen würden.

Einen Ausweg dies zu vermeiden bietet wieder das UmgrStG. Artikel III UmgrStG regelt die Einbringung. Eine Einbringung kann vereinfachend als ein Rechtsformwechsel von einer Personengesellschaft oder einem Einzelunternehmen in eine Kapitalgesellschaft gesehen werden.²⁶² Umgelegt auf die PVE-GmbH bedeutet dies, dass zumindest eine vorhandene Einzelordination oder Gruppenpraxis in eine PVE-GmbH eingebracht werden muss. Denkbar wäre auch, dass mehrere bestehende Praxen zusammen eingebracht werden.

Um in den Genuss des Steuervorteils aus einer Einbringung gem. Artikel III UmgrStG zu kommen, müssen die folgenden Voraussetzungen des § 12 (1) UmgrStG bei zumindest einer Partnerin oder einem Partner kumulativ erfüllt sein:

- Die Einbringung des Vermögens muss auf Grundlage eines schriftlichen Einbringungsvertrages (Sacheinlagevertrages) erfolgen.
- Das Vermögen wird tatsächlich an die GmbH übertragen.
- Eine Einbringungsbilanz nach § 15 UmgrStG liegt vor.
- Das Vermögen am Einbringungsstichtag, jedenfalls aber am Tag des Abschlusses des Einbringungsvertrages, muss für sich allein einen positiven Verkehrswert besitzen.²⁶³

²⁶¹ S. UmgrStR RZ 648.

²⁶² Vgl. LEONHART (2014), S. 487.

²⁶³ S. § 12 (1) UmgrStG; Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 160.

Hinsichtlich der Anwendung des Artikel III UmgrStG sind unterschiedliche Konstruktionen möglich. Die Häufigste wird sein, dass sich mehrere Ärztinnen und Ärzte mit eigenen Ordinationen in einer PVE-GmbH vergesellschaften. Ausreichend wäre aber auch, wenn nur eine Ärztin oder ein Arzt seine Ordination einbringt und die anderen treten durch Einlage von Geld- oder Sachwerten in die Gesellschaft mit ein. Auch die Übertragung einer Gruppenpraxis-OG zur Gründung einer PVE-GmbH könnte zu einem Anwendungsfall des Artikel III UmgrStG führen. Kein Anwendungsfall würde vorliegen, wenn sich Ärztinnen und Ärzte ohne der Einbringung eines Betriebes (Ordination) in einer PVE-GmbH vergesellschaften, die neu gegründet wird.²⁶⁴

In der Regel wird die Einbringung in eine bereits vor der Unterfertigung des Einbringungsvertrages bestehende GmbH vorgenommen werden. Anzumerken ist, dass diese zum Umgründungstichtag, welcher auch bei der Einbringung nach Artikel III UmgrStG bis zu neun Monate vor Unterfertigung des Einbringungsvertrages liegen kann, noch nicht bestehen muss. Alternativ besteht die Möglichkeit der Sachgründung durch Einbringung. Dabei entsteht die neue GmbH durch den Einbringungsakt. Als großen Nachteil erfordert diese Variante allerdings eine Sachgründungsprüfung durch einen Wirtschaftsprüfer.²⁶⁵

Der Tatbestand der Einbringung wird ausschließlich durch das Steuerrecht definiert und findet sich in den §§ 12 ff UmgrStG. Es bestehen keine weiteren handels- oder gesellschaftsrechtlichen Grundlagen. Somit kommt auch der notwendigen Eintragung ins Firmenbuch keinen für steuerliche Zwecke maßgebende Wirkung zu. Das bedeutet, dass die Abgabenbehörde immer die Anwendungsvoraussetzungen des § 12 UmgrStG eigenständig zu beurteilen hat.²⁶⁶

Aus zivilrechtlicher Sicht erfolgt der Vermögensübergang im Rahmen einer Einbringung nach Artikel III UmgrStG im Wege der Einzelrechtsnachfolge. Wie auch bei anderen Verträgen müssen Titel (Vertrag) und Modus (Übergabe) erfüllt sein. Bestehende Vertragsverhältnisse der einzubringenden Betriebe (Ordinationen) enden mit der Übertragung des Vermögens und sind daher mit der übernehmenden Körperschaft (PVE-GmbH) neu zu begründen. Dies hat zur Folge, dass der Einbringende gegenüber seinen Vertragspartner weiterhin haftbar bleibt. Um die Verpflichtungen aus bestehenden Verträgen vom Einbringenden auf die neue Körperschaft zu übertragen, ist die Zustimmung aller Vertragspartner einzuholen.²⁶⁷ Im Falle des Entstehens einer PVE-GmbH wird dies insbesondere bei Dienstverträgen und Mietverträgen zu beachten sein.

²⁶⁴ Vgl. LEONHART (2014), S. 487.

²⁶⁵ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 168.

²⁶⁶ S. UmgrStR RZ 641.

²⁶⁷ S. UmgrStR RZ 642.

Steuerrechtlich wird, wie bereits erwähnt, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 12 UmgrStG die Steuerwirkung eines gewöhnlichen Tauschgeschäftes nach allgemeinem Steuerrecht aufgehoben. Es ist somit aus steuerrechtlicher Sicht unbedingt notwendig, dass es zu einer Buchwertfortführung bei der Einbringung kommt.

Unternehmensrechtlich besteht dieser Zwang nicht. Hierbei wäre es zulässig, dass die unternehmensrechtliche Einbringungsbilanz des Rechtsnachfolgers (PVE-GmbH) die maßgebenden beizulegenden Werte des Vermögens im Sinne des § 202 (1) UGB ausweist. Durch diese Form der Darstellung kann es sowohl im Aktiv- als auch im Passivvermögen zu einer Aufdeckung von stillen Reserven kommen. Außerdem ist der Ansatz eines Geschäfts- oder Firmenwertes möglich.²⁶⁸

Ungeachtet der unternehmensrechtlichen Vorgehensweise sind nach § 16 (1) UmgrStG für steuerliche Zwecke ausschließlich die zum Jahres- bzw. Zwischenabschluss am Einbringungstichtag ermittelten Buchwerte des eingebrachten Vermögens maßgeblich. Gemäß § 18 (1) UmgrStG letzter Satz, ist das übernommene Vermögen steuerrechtlich so zu behandeln, als würde eine Gesamtrechtsnachfolge vorliegen.

Somit kommt es im Falle einer Abweichung der unternehmensrechtlichen Werte von den steuerrechtlichen Werten zu einer zwingend notwendigen Korrektur des steuerrechtlichen Gewinnes bzw. Verlustes im Rahmen einer Mehr-Weniger-Rechnung. Die Korrekturen sind auch in den Folgejahren zu berücksichtigen.²⁶⁹

Hinsichtlich der stillen Reserven sind bei einer Einbringung nach Artikel III UmgrStG im Gegensatz zu einem Zusammenschluss nach Artikel IV UmgrStG keine besonderen Vorkehrungen im Hinblick auf eine Steuerlastverschiebung zu beachten. Dies deshalb, da die stillen Reserven einschließlich eines möglichen Geschäfts- oder Firmenwertes durch den steuerrechtlichen Vermögensübergang zu Buchwerten in der neuen Gesellschaft voll steuerhängig bleiben.

Genau betrachtet, erfolgt sogar eine zweifache Steuerhängigkeit. Einerseits sind diese auf Grund des Wertzusammenhangs im Betriebsvermögen der übernehmenden Gesellschaft enthalten. Dies führt im Falle eines gewinnbringenden Verkaufs zu einer Körperschaftsteuerbelastung iHv 25 % des Gewinnes und bei Ausschüttung dieses Gewinnes an die Gesellschafterinnen und Gesellschafter zu einer zusätzlichen KEST-Belastung iHv 27,5 %.

Kommt es zu einem Ausscheiden der Gesellschafterin oder des Gesellschafters, unabhängig davon, ob stille Reserven bereits durch Verkäufe aufgedeckt wurden, so greift die andererseits in der Vermögenssphäre der Gesellschafterin bzw. des Gesellschafters befindliche Steuerhängigkeit auf Grund der Anschaffungskosten der Kapitalanteile. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass die Besteuerung dadurch gegeben ist, dass die Übernehmerin bzw. der

²⁶⁸ S. UmgrStR RZ 649.

²⁶⁹ Vgl. FURHERR (2016), S. 530 f.

Übernehmer der Kapitalanteile mehr für diese bezahlen wird, da stille Reserven vorhanden sind. Durch diese doppelte Verstrickung der stillen Reserven ist jedenfalls sichergestellt, dass es unabhängig davon, ob Vermögen gewinnbringend im Rahmen der Geschäftstätigkeit der Gesellschaft oder Kapitalanteile gewinnbringend auf Gesellschafterebene verkauft werden, es zu einer Besteuerung der stillen Reserven kommt.²⁷⁰

Hinsichtlich der anderen in § 12 (1) UmgrStG genannten Voraussetzung kann in vielen Punkten auf die Erläuterungen zum Zusammenschluss nach Artikel IV UmgrStR verwiesen werden. So beispielsweise im Zusammenhang mit dem begünstigten Vermögen (Relevanz des Patientenstocks) oder den Möglichkeiten der Wahl des Einbringungsstichtages (rückwirkende Festlegung innerhalb von 9 Monaten). Auch hinsichtlich des notwendigen schriftlichen Einbringungsvertrages und der Feststellung des positiven Verkehrswertes des eingebrachten Vermögens ähneln sich die Bestimmungen.

Bei der Erstellung der Einbringungsbilanz kommt es allerdings zu Unterschieden im Vergleich mit der Zusammenschlussbilanz. Die Einbringungsbilanz hat jedenfalls auf Bilanzen der eingebrachten Betriebe (Ordinationen) aufzubauen. Diese Bilanzen haben den Gewinnermittlungsvorgaben der Bilanzierung gem. § 4 (1) EStG und den allgemeinen Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung zu folgen. Da die übernehmende GmbH zwingend die Bilanzierungsvorschriften gem. § 5 (1) EStG iZm den Vorschriften des UGB folgen muss, empfiehlt es sich bereits bei der Erstellung der Abschlüsse der einzelnen Betriebe den Gliederungsvorschriften der §§ 224 und 231 UGB Folge zu leisten.

Da die eingebrachten Ordinationen in der Regel ihre Gewinne mittels Einnahmen-Ausgaben-Rechnung nach § 4 (3) EStG ermittelt haben, kommt es zu einem echten Wechsel der Gewinnermittlungsart. Betreffend dem Vorgehen und der Folgen kann wiederum auf die Ausführungen zum Zusammenschluss verwiesen werden. Anzumerken ist allerdings, dass in weiterer Folge bei der PVE-GmbH zu keinem Rückwechsel zur Einnahmen-Ausgaben-Rechnung nach § 4 (3) EStG kommen kann.²⁷¹

4.1.3. Rechtsformvergleich

Wie bereits erwähnt, gibt es rein auf Grundlage der Bestimmungen des PrimVG keine Unterscheidungen hinsichtlich der Ausgestaltung als PVE-OG oder als PVE-GmbH. Daher sind bei der Rechtsformwahl andere Motive für die Entscheidung heranzuziehen.

²⁷⁰ S. UmgrStR RZ 654.

²⁷¹ Vgl. HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 164.

Im Folgenden werden die wesentlichsten Unterschiede der Rechtsformen grafisch bzw. tabellarisch zusammengefasst.

Steuervergleich

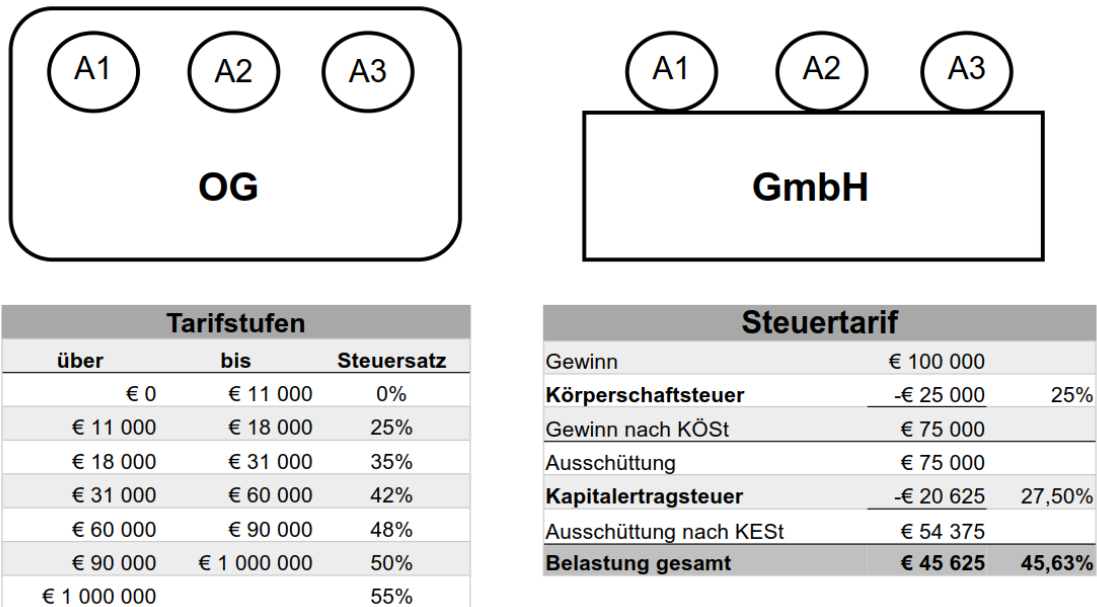


Abbildung 6: Besteuerung OG vs. GmbH, Quelle: eigene Darstellung.

Der Steuervergleich veranschaulicht, dass auch hinsichtlich der Steuersätze große Unterschiede zwischen GmbH und OG bestehen. Im Gegensatz zur GmbH, wo die Besteuerung auf zwei Ebenen passiert und immer die gleichen Steuersätze Anwendung finden, kommt es bei der OG zu einer Besteuerung zum Progressionstarif des § 33 EStG auf Mitunternehmerebene.

Ergebnis vor Steuern	Steuerlast		Steuerlast		Differenz
	KÖSt	KEST	GmbH	OG	
50 000	12 500	10 313	22 813	23,70%	11 263
100 000	25 000	20 625	45 625	31,44%	14 185
150 000	37 500	30 938	68 438	35,42%	15 308
200 000	50 000	41 250	91 250	37,82%	15 620
250 000	62 500	51 563	114 063	39,55%	15 183
300 000	75 000	61 875	136 875	40,71%	14 745
400 000	100 000	82 500	182 500	42,31%	13 245
500 000	125 000	103 125	228 125	43,40%	11 120
600 000	150 000	123 750	273 750	44,20%	8 545
700 000	175 000	144 375	319 375	45,03%	4 170
800 000	200 000	165 000	365 000	45,65%	-205
900 000	225 000	185 625	410 625	46,13%	-4 580
1 000 000	250 000	206 250	456 250	46,52%	-8 955
1 250 000	312 500	257 813	570 313	48,04%	-30 125
1 500 000	375 000	309 375	684 375	49,20%	-53 563
2 000 000	500 000	412 500	912 500	50,65%	-100 438

Tabelle 3: Steuerbelastung OG vs. GmbH, Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle 3 zeigt einen vereinfachten Steuerbelastungsvergleich zwischen OG und GmbH. Dabei wurde bei der GmbH immer die Vollausschüttung der Gewinne angenommen und bei der OG wurde davon ausgegangen, dass mögliche Gewinnfreibeträge voll ausgeschöpft wurden.

Der kritische Gewinn, das ist jener Punkt bei dem die theoretische Steuerbelastung zwischen GmbH und OG unter den getroffenen Annahmen gleich hoch ist, liegt bei € 795.314,29.

Anzumerken ist allerdings, dass dieser Berechnung Vereinfachungen zu Grunde liegen. Bei der Rechtsform der GmbH wäre es möglich, durch etwaige Auszahlungen von Geschäftsführerbezügen an die Gesellschafterinnen und Gesellschafter, welche auch zur Geschäftsführung befugt sind, Steueroptimierung zu betreiben. Dieses Vorgehen ist bei bestehenden Ärzte-GmbH gängige Praxis, da grundsätzlich alle Gesellschafterinnen und Gesellschafter Mediziner sein müssen und zumindest einer davon die Aufgabe des Geschäftsführers übernehmen würde.

Außersteuerliche Motive

Die folgende Tabelle soll auf kurze und übersichtliche Weise die wichtigsten Unterschiede zwischen einer Ärzte-OG und einer Ärzte-GmbH zusammenfassen. Der Umstand, ob es sich um eine Gruppenpraxis oder eine PVE handelt, ist dabei nicht relevant.

	OG	GmbH
Haftung	Unbeschränkt	Beschränkt
Kapitalausstattung	Kein Mindestkapital	Mindestkapital € 35.000, (gründungsprivilegiert € 10.000)
Vorherrschendes Prinzip	Verknüpfung der Gesellschafter- und der Gesellschaftssphäre (Durchgriffsprinzip)	Strikte Trennung zwischen der Gesellschafter- und der Gesellschaftssphäre (Trennungsprinzip)
Entnahmen	Entnahmen abhängig von der Liquidität (und Zustimmung der Gesellschafter) jederzeit möglich	Grundsätzlich nur Ausschüttung möglich, wenn Gewinne erzielt werden; (fixe) Geschäftsführerbezüge möglich
Sonderbetriebsvermögen	Möglich	Nicht möglich
Gesellschafterstellung	Flexible Partneraufnahmemöglichkeiten; Trennung von Gewinn- und Substanzbeteiligung möglich; Arbeitsgesellschafter möglich	Relativ starre Gesellschafterstruktur; Alineare Gewinnausschüttungen möglich

Anteilsübertragung	Formlos	Notariatsakt und Einhaltung diverser Formvorschriften notwendig
Gewinnermittlung	EAR nach § 4 (3) EStG, freiwillige Bilanzierung nach § 4 (1) EStG	Zwingende Bilanzierung nach § 5 (1) EStG iVm. UGB.
Offenlegung	Keine Offenlegungspflichten	Jahresabschluss muss offengelegt werden
Prüfungspflicht durch WP	Nur freiwillig	Ab Vorliegen einer Mittelgroßen GmbH nach § 221 UGB

Tabelle 4: Außersteuerlicher Vergleich Ärzte OG vs. Ärzte GmbH, Quelle: HOLZGRUBER/HÜBNER-SCHWARZINGER (2018), S. 103 (leicht modifiziert).

Eine Besonderheit, die bei dem Vergleich einer PVE-OG mit einer PVE-GmbH hinsichtlich der Haftung jedenfalls Erwähnung finde muss, ist, dass die Haftung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes gegenüber den Patienten bei Vorliegen eines Behandlungsfehlers niemals beschränkt werden kann. Somit besteht in diesem Fall immer ein direkter und unbeschränkbarer Anspruch der geschädigten Person gegenüber der jeweiligen Ärztin bzw. dem jeweiligen Arzt.²⁷²

4.2. Weitere PVE-Formen

Der Vollständigkeit halber werden im Folgenden auch die steuerlichen Besonderheiten anderer PVE-Formen kurz zusammengefasst. Mangels konkreter Informationen aus dem Gesetz bzw. der aus heutiger Sicht geringen Bedeutung dieser Ausgestaltungsmöglichkeiten, erfolgt dies nur auf einer allgemein gehaltenen Ebene.

PVE-Ambulatorium

Es kann davon ausgegangen werden, dass PVE in der Ausgestaltungsform von selbstständigen Ambulatorien am wenigsten Bedeutung in der Praxis zukommen wird. Dies ist damit zu begründen, dass diese Ausgestaltungform grundsätzlich nur gemeinnützigen Anbietern gesundheitlicher und sozialer Dienste, gesetzlichen Krankenversicherungsträgern und Gebietskörperschaften zur Verfügung steht.²⁷³ Des Weiteren müsste das Auswahlverfahren nach § 14 PrimVG in der ersten Stufe negativ verlaufen sein und sich somit keine Privatpersonen, die eine allge-

²⁷² Vgl. HUBER (2013), S. 96 f.

²⁷³ S. § 10 PrimVG.

medizinische Ausbildung besitzen, gefunden haben, die die ausgeschriebene PVE realisieren möchten.

Sollte es dennoch zu der Situation kommen, dass die Gesetze die Errichtung einer PVE als selbstständiges Ambulatorium zulassen, so würden diesem grundsätzlich alle Rechtsformen mit eigener Rechtspersönlichkeit zu Verfügung stehen. Hervorzuheben ist allerdings, dass sich der Anbieter für die gängige Rechtsform bei Ambulatorien, nämlich der GmbH²⁷⁴, entscheiden würde.

Fraglich bleibt, ob das PVE-Ambulatorium als nach § 34 ff BAO gemeinnützige Gesellschaft geführt werden könnte. Aus heutiger Sicht würde grundsätzlich keine Rechtsvorschrift oder Rechtsprechung dagegensprechen.

Steuerlich bringt die Qualifikation als gemeinnützige Gesellschaft den Vorteil, dass für die betriebliche Tätigkeit der Gesellschaft, sofern diese als unentbehrlicher Hilfsbetrieb nach § 45 (2) BAO anzusehen ist, diverse Steuerbefreiungen und Begünstigungen gelten. Als Beispiele können hier die gänzliche Befreiung von der Körperschaftsteuer, die Befreiung von der Grunderwerbssteuer, die Ermäßigung bei der Umsatzsteuer und die Befreiung von unterschiedlichen Gebühren und Abgaben genannt werden.²⁷⁵ Um eine Antwort auf diese Frage geben zu können, wird die weitere rechtliche Entwicklung sowie etwaige Judikatur abzuwarten sein.

PVE als Netzwerk

Da ein PVE-Netzwerk aus gesellschaftsrechtlicher Sicht in allen Rechtsformen, welche mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit ausgestaltet sind, gegründet werden darf und, da außerdem keine weiteren Vorgaben aus dem PrimVG abzuleiten sind, besteht bei diesen der größte steuerliche Gestaltungsspielraum.

Gleichzeitig bestehen bei der Ausgestaltung einer PVE als Netzwerk auch die größten rechtlichen Ungewissheiten, was einen steuerlichen Rechtsformvergleich aus heutiger Sicht nicht ermöglicht. Diese Unsicherheiten beruhen vor allem darauf, dass weder aus dem PrimVG noch aus dem ASVG klar hervorgeht, ob die vertragliche Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern über die Gesellschaft oder getrennt auf Ebene der Mitglieder des Netzwerkes auf Basis derer Primärversorgungs-Einzelverträgen zu erfolgen hat. Hierzu wird der Abschluss des Primärversorgungs-Gesamtvertrages abzuwarten sein, der annahmegemäß diesbezüglich eine klare Aussage treffen muss.

²⁷⁴ Vgl. SCHNEIDER (2017), S. 109.

²⁷⁵ Vgl. RITZ (2017), S. 139 f.

Betrachtet man die in § 2 (5) Z 2 PrimVG als Beispiel genannte Ausgestaltung in Form eines Vereines, dann kann dennoch vermutet werden, dass die Abrechnung tendenziell auf Ebene der einzelnen Mitglieder erfolgen wird.

Dies kann damit begründet werden, dass eine Abrechnung über den Verein sowohl steuerrechtliche als auch vereinsrechtliche Probleme mit sich bringt. Denn würde von dieser Abrechnungssystematik ausgegangen werden, da gemäß den Regelungen des ASVG die Patientin bzw. der Patient den Behandlungsvertrag grundsätzlich mit dem PVE-Netzwerk und nicht mit der jeweiligen Ärztin bzw. den jeweiligen Arzt schließt, dann würde diese Vereinstätigkeit (medizinische Behandlung von Personen) aus steuerrechtlicher Sicht einen begünstigungsschädlichen Betrieb im Sinne des § 45 (3) BAO darstellen. Dies hätte zur Folge, dass der Verein alle steuerlichen Begünstigungen verliert und voll Körperschaftsteuerpflichtig wird. Für die Qualifizierung als begünstigungsschädlicher Betrieb spricht, dass der Behandlung der Patientinnen und Patienten Gewinnerzielungsabsicht zu unterstellen ist.

Als grundlegendes Problem bei dieser Abrechnungsform ergibt sich, dass es zwar einen versteuerten Gewinn auf Vereinsebene gibt, dieser aber auf Grund des VerG nicht an seine Mitglieder ausgeschüttet werden dürfte.²⁷⁶

Wird in den Verträgen zwischen PVE-Netzwerk und den Krankversicherungsträgern bzw. im Primärversorgungs-Gesamtvertrag festgelegt, dass die Abrechnung und Honorierung auf Ebene der jeweilig behandelnden Ärztin bzw. des jeweilig behandelnden Arztes stattfindet, dann könnte dieses Problem umgangen werden. Der Verein würde in diesem Fall nur als Interessensgemeinschaft mit eigener Rechtspersönlichkeit zum Vertragsabschluss anzusehen sein. Im Rahmen der Vereinstätigkeit würden die Mitglieder sich hinsichtlich Öffnungszeiten und Vertretungsdienste abstimmen und gegebenenfalls für den notwendigen einheitlichen Auftritt nach Außen gemeinsames Marketing betreiben. Für diese Ausgaben würden die Mitglieder einen Mitgliedsbeitrag an den Verein bezahlen. Sofern der Verein abgesehen von diesen Beiträgen keine zusätzlichen Einnahmen erzielt, würde dieser jedenfalls steuerlich begünstigt bleiben.

Auf Ebene der Vereinsmitglieder würde es aus steuerlicher Sicht bei dieser Abrechnungsform zu keinen großen Veränderungen kommen, da die bestehenden Ordinationen (Einzelordination oder Gruppenpraxen) wie bisher Ihre Einkünfteermittlung fortsetzen würden und auch das Vermögen grundsätzlich getrennt bliebe. Die bezahlten Mitgliedsbeiträge an den Verein könnten als Betriebsausgaben angesetzt werden.

Trifft diese Annahme zu, bleibt die Frage zu klären, welche Motivationen für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte (bzw. Gruppenpraxen) bestehen, sich in einem solchen PVE-Netzwerk zusammenzuschließen. Dies insbesondere mit dem Gedanken, dass diese Ihre individuellen Kas-

²⁷⁶ S. § 1 VerG.

senverträge gegen einen einheitlichen Primärversorgungsvertrag bzw. Primärversorgungseinzelverträge eintauschen müssten. Argumente, die Anreize für die Vergesellschaftung in einem PVE-Netzwerk sein könnten wären einerseits eine bessere Honorierung, sofern diese in dem Primärversorgungsverträgen vorgesehen werden oder mögliche Förderungen, die zukünftig für PVE geschaffen werden.

Weiterer Anreize aus steuerlicher Sicht, die möglicherweise auch die explizierte Nennung des Vereins als Beispiel im PrimVG erklären könnten, wären, dass bei einem Verein im Falle eines Mitgliederwechsels kein komplizierter Umgründungsvorgang notwendig wäre und dass die einzelnen Mitglieder weitestgehend eigenständig bleiben. Konkret bedeutet dies, dass etwaige bestehende Ordinationen im Besitz der jeweiligen Ärztinnen bzw. des jeweiligen Arztes bleiben würden und diese somit weiterhin als eigenständige Einzelunternehmen geführt werden. Trotzdem könnten die Mitglieder des Vereins innerhalb eines rechtlichen Rahmens zusammenarbeiten und die Vorteile aus Synergien nutzen, wie beispielweise hinsichtlich Vertretungsdiensten, Informationsaustausch, gemeinsames Marketing und Ähnliches.

Eine weitere Frage, die bei PVE-Netzwerken aufgeworfen werden muss ist die Partizipationsmöglichkeit von Angehörigen nichtärztlicher Berufe. Diesen ist es laut dem PrimVG grundsätzlich gestattet sich an einem PVE-Netzwerk zu beteiligen.²⁷⁷ Allerdings bleibt offen, wie und auf welcher Basis deren Leistungen zu honorieren sind. Dies insbesondere mit dem Hintergrund, dass, wie in Kapitel 3.2.4. erläutert, die Honorierung auf höchster vertraglicher Ebene über den Gesamtvertrag geregelt ist, welcher grundsätzlich ausschließlich für Ärztinnen und Ärzte gilt.

Die aufgeworfenen Fragen veranschaulichen deutlich, dass die derzeitige Rechtslage hinsichtlich PVE-Netzwerken nicht ausreichend klar ist und somit keine Aussagen über deren (best-)mögliche Ausgestaltungsformen getroffen werden können. Ärztinnen und Ärzten, die sich für die Zusammenarbeit in einem PVE-Netzwerk interessieren, kann aus heutiger Sicht daher nur geraten werden, die rechtliche Entwicklung abzuwarten, bevor mit der Umsetzung begonnen wird.

²⁷⁷ S. § 2 (5) PrimVG.

4.3. Umsatzsteuerliche Besonderheiten für PVE

Gemäß § 6 (1) Z 19 UStG sind Umsätze aus Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Tätigkeit als Ärztin bzw. Arzt, Zahnärztin bzw. Zahnarzt, Dentistin bzw. Dentist, Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut sowie selbstständig tätiger Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege unecht von der Umsatzsteuer befreit. Dies gilt auch dann, wenn sich die genannten Berufsgruppen im Rahmen einer Gemeinschaft zusammenschließen und ausschließlich solche Leistungen erbringen, die unmittelbar mit deren Berufsausübung im Zusammenhang stehen.²⁷⁸

Unter dem Begriff Heilbehandlungen können alle auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse beruhenden Tätigkeiten subsumiert werden, die durch die berufsberechtigten Personen unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt werden. Neben der Durchführung von Untersuchungen und Behandlungen fallen darunter auch die Erstellung von Zeugnissen oder Gutachten soweit diese im Zusammenhang mit der Behandlung oder Diagnose einer Krankheit oder Gesundheitsstörung stehen.²⁷⁹

Nicht unter die unechte Umsatzsteuerbefreiung fallen schriftstellerische Tätigkeiten, Lehrtätigkeiten, Vortragstätigkeiten, Konsulten- und Beratertätigkeiten und die Erstellung von Gutachten, welchen kein diagnostischer oder behandelnder Zweck zu Grunde liegt. Auch der Verkauf von Medikamenten im Rahmen einer Hausapotheke oder der Verkauf von sonstigen Heilmitteln, wie zum Beispiel Verbandsmaterial, Schuheinlagen oder Sehhilfen, fällt nicht unter die Umsatzsteuerbefreiung. Werden Tätigkeiten an Patienten erbracht, die ausschließlich deren Wohlbefinden oder der Ästhetik dienen und nicht medizinisch induziert sind, so sind diese ebenfalls nicht von der Umsatzsteuer befreit (z.B. Massagen für Wellnesszwecke oder Schönheitschirurgie).²⁸⁰

Hilfsgeschäfte, welche im Rahmen der Ausübung der Tätigkeiten anfallen, wie zum Beispiel die Veräußerung, Entnahme oder Vermietung von Anlagegegenständen sowie die Betriebsveräußerung sind ebenfalls von der Umsatzsteuer befreit. Die rechtliche Grundlage dafür ist in § 6 (1) Z 26 UStG zu finden. Diese besagt, dass die Lieferung von Gegenständen, für welche kein Vorsteuerabzug zugestanden hat und die ausschließlich der Ausübung einer unecht steuerbefreiten Tätigkeit gedient habe, ebenfalls unecht steuerbefreit ist.²⁸¹

²⁷⁸ S. § 6 (1) Z 19 UStG.

²⁷⁹ Vgl. LEONHART (2014), S. 65.

²⁸⁰ S. UStR RZ 948.

²⁸¹ Vgl. RUPPE/ACHATZ (2017), S. 866.

Umgelegt auf PVE kann davon ausgegangen werden, dass diese hauptsächlich Umsätze tätigen werden, die gemäß § 6 (1) Z 19 UStG der unechten Steuerbefreiung unterliegen. Jedoch ist immer im Einzelfall zu prüfen, ob nicht ein gewisser Teil der Umsätze der Umsatzsteuer zu unterwerfen ist. Als Beispiele können hierzu der Verkauf von Medikament im Rahmen einer Hausapotheke, der Verkauf sonstiger Gegenstände oder auf privater Honorarbasis erbrachte Leistungen, vor allem im Tätigkeitsbereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, genannt werden.

Für PVE in der Ausgestaltungsform des selbstständigen Ambulatoriums ist außerdem zu beachten, dass anstelle der unechten Steuerbefreiung des § 6 (1) Z 19 UStG die unechte Steuerbefreiung des § 6 (1) Z 18 UStG Anwendung finden wird. Diese sieht eine generelle Umsatzsteuerbefreiung für Kranken- und Kuranstalten vor, soweit diese von einer Körperschaft öffentlichen Rechts geführt werden, und ist dementsprechend anzuwenden.

PVE-Netzwerke können aus umsatzsteuerlicher Sicht als Kostengemeinschaften gesehen werden. Somit kann davon ausgegangen werden, dass auf etwaige Leistungsverrechnung im Rahmen der heilberuflichen Tätigkeit der Gesellschaft auch die unechte Umsatzsteuerbefreiung des § 6 (1) Z 19 UStG bedenkenlos angewendet werden kann.²⁸² Gemäß der Auffassung des EuGH²⁸³ besteht diese unechte Umsatzsteuerbefreiung auch ungeachtet der jeweiligen Rechtsform.²⁸⁴

4.4. Konnex Praxisoutput – steuerliche Aspekte

In den vorangegangenen Unterkapiteln hat sich wiederum gezeigt, dass bei der Gründung einer PVE auch an eine Vielzahl von steuerlichen Fragestellungen gedacht werden muss.

Am Beginn steht dabei die Auswahl der passenden Rechtsform. Bei dieser ist die Betrachtung der zukünftigen Steuerbelastung auf Gesellschafter- und auf Gesellschaftsebene von zentraler Bedeutung, aber auch nichtsteuerliche Motive dürfen nicht vernachlässigt werden.

Auch die bereits bei der Gründung der PVE für die Gesellschafterinnen und Gesellschafter mögliche Steuerbelastung darf nicht außer Acht gelassen werden. Dies insbesondere dann, wenn diese bereits Betriebe (Ordinationen) führen, die in die neue PVE eingebracht werden sollen. Um hierbei nicht Gefahr zu laufen stille Reserven zu realisieren und damit verbunden

²⁸² S. UStR RZ 960-963.

²⁸³ S. EuGH 10.9.2002, C-141/00, „Kügler“.

²⁸⁴ Vgl. RUPPE/ACHATZ (2017), S. 866 f.

eine Steuerschuld auszulösen, müssen die Bestimmungen des Umgründungssteuergesetzes zwingend eingehalten werden. Abhängig von den Rechtsformen der bestehenden Betriebe sowie der neuen PVE-Gesellschaft kann es dabei zu einer Einbringung gem. Art. III UmgrStG oder einem Zusammenschluss nach Art. IV UmgrStG kommen.

Sowohl für den steuerlichen Umgründungsprozess als auch für die Festlegung der Beteiligungsverhältnisse in der neuen PVE-Gesellschaft wird eine Bewertung des eingebrachten Vermögens notwendig sein. Die Herausforderung dabei ist, dass sich alle zukünftigen Gesellschafterinnen und Gesellschafter auf ein anerkanntes Verfahren einigen können und die daraus berechneten Werte akzeptieren.

Außerdem dürfen die organisatorischen Notwendigkeiten, wie z.B. die Zusammenlegung des Rechnungswesens oder ein etwaig notwendiger Wechsel der Gewinnermittlungsart am Umgründungstichtag, nicht vernachlässigt werden. Gerade bei diesen Punkten liegt es in der Verantwortung der Beraterin bzw. des Beraters, welche den Gründungsvorgang begleiten, die Ärztinnen und Ärzte zu sensibilisieren und rechtzeitig auf einen Handlungsbedarf hinzuweisen.

Hinsichtlich der (steuerlichen) Umsetzung eines PVE-Netzwerkes muss die weitere rechtliche Entwicklung abgewartet werden. Somit sollten Beraterinnen und Berater insbesondere hierbei nicht voreilig Empfehlungen abgeben bzw. bei Auskünften immer darauf hinweisen, dass es zu diesen noch keine Rechtssicherheit gibt.²⁸⁵

²⁸⁵ Der vollständige Leitfaden bzw. die Kurzübersicht finden sich im Anhang unter den Punkten a) und b).

5. Resümee

In diesem letzten Kapitel werden die Ergebnisse der Arbeit nochmals rekapituliert und zusammengefasst. Danach erfolgt ein Ausblick in die Zukunft und eine Einschätzung, welche Veränderung im Bereich der PVE erwartet werden können.

5.1. Zusammenfassung

Durch das Primärversorgungsgesetz, welches seit 2. August 2017 in Kraft ist, wurden neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe geschaffen.

Ziel der Politik bei der Schaffung des rechtlichen Rahmens war es, nach internationalen Vorbild die multiprofessionelle, standortnahe und interdisziplinäre Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung zu verbessern. Die Arbeit hat gezeigt, dass davon auszugehen ist, dass mit der Realisierung von Primärversorgungseinheiten diese Ziele auch in vielen Punkten erreicht werden können. Dennoch muss herausgehoben werden, dass von unterschiedlichen Seiten auch Kritik am neuen Gesetz angebracht wurde. So sehen beispielsweise einige Organisationen, dass sich durch die Forcierung von Zentren gerade im ländlichen Raum die wohnortnahe Versorgung eher verschlechtern als verbessern wird. Auch wird von vielen Seiten aufgeworfen, dass das neue Gesetz in vielen Punkten unklar verfasst ist und dementsprechend keine rechtliche Sicherheit bietet. Besonders die letztere Aussage kann auch durch diese Arbeit bestätigt werden.

Eine PVE im Sinne des PrimVG definiert sich als eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem. Die angebotenen Leistungen umfassen sowohl die Förderung der Gesundheit sowie die Prävention vor Krankheiten als auch die umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen.

Das Kernteam einer PVE setzt sich auch Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin sowie Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammen. Mit einer orts- oder bedarfsabhängigen Begründung sollen auch Fachärztinnen und Fachärzte der Kinder- und Jugendheilkunde einen Teil des Kernteams bilden dürfen. Ebenfalls orts- und bedarfsabhängig sind weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen als Mitglieder des Teams einer PVE möglich. Als solche kommen insbesondere Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Betracht. Auch ist die Zusam-

menarbeit einer PVE mit anderen Gesundheitseinrichtungen, wie zum Beispiel Apotheken, zulässig.

Als Ausgestaltungsformen für PVE sieht das PrimVG grundsätzlich zwei Typen vor. Einerseits kann eine PVE an einem Standort als Zentrum oder andererseits an mehreren Standorten als Netzwerk aufgebaut sein. Bei der Ausgestaltung als Zentrum ist die Umsetzung insoweit eingeschränkt, dass diese nur als Gruppenpraxis nach dem Ärztegesetz oder als selbstständiges Ambulatorium nach Kranken- und Kuranstaltengesetz realisiert werden können. Die Umsetzung als Netzwerk ist in der derzeitigen Rechtslage weitestgehend als frei anzusehen, da entsprechende Regelungen im PrimVG fehlen.

Im Rahmen der Arbeit wurden alle Umgestaltungsformen ausführlich abgehandelt und Vergleiche zu den bereits bestehenden Vergesellschaftungsformen für Ärztinnen und Ärzte gezogen. Dabei konnte aufgezeigt werden, dass die größten Unterschiede im Auswahlverfahren und in der Planung der Kassenvertragsstellen liegen.

War es bisher so, dass die Planung von Planstellen (Kassenvertragsstellen) ausschließlich über den Stellenplan, welcher zwischen den örtlich zuständigen Gebietskrankenkassen und den lokalen Ärztekammern ausverhandelt wurde, gelaufen ist, liegt nun die überwiegende Planungskompetenz für PVE bei den Bundesländern bzw. insbesondere bei den eingerichteten Landeszielsteuerungskommissionen. Diese planen die jeweiligen Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG), welche die Grundlage für die Realisierung einer PVE darstellen. Zwar ist trotzdem vorgesehen, dass eine im RSG geplante PVE auch im Stellenplan umgesetzt werden muss, aber das Gesetz sieht auch eine Umgehung dieser Vorgabe vor, wenn sich die zuständige Ärztekammer mit der zuständigen Gebietskrankenkasse nicht innerhalb einer Frist einigen können.

Einen maßgeblichen Unterschied gibt es auch im Bewerbungsprozess. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Gruppenpraxen für Allgemeinmedizin, die sich nicht in einer PVE vergesellschaften, können sich initiativ auf einen Kassenvertrag bewerben. Geplante PVE-Stellen müssen hingegen von der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse ausgeschrieben werden. Für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, die die Realisierung einer PVE planen und alle notwendigen Anforderungen erfüllen, besteht erst nach erfolgter Ausschreibung die Möglichkeit sich auf die neu geschaffene PVE-Stelle zu bewerben.

Das Bewerbungsverfahren für eine PVE ist zweistufig aufgebaut. In der ersten Stufe ist nur ein eingeschränkter Personenkreis aus bereits lokal tätigen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, welche bereits einen Kassenvertrag haben, zugelassen. Wird dabei keine pas-

sende Personengruppe gefunden, die gemeinsam die ausgeschriebene PVE realisieren will, wird in der zweiten Stufe die PVE-Stelle einer größeren Zielgruppe zugänglich gemacht. Auch die Realisierung eines PVE-Ambulatoriums durch eine gemeinnützige Organisation ist erst ab der zweiten Stufe des Bewerbungsprozesses möglich.

Die Auswahl der Bewerberinnen und Bewerber selbst erfolgt durch die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse im Einvernehmen mit der örtlich zuständigen Ärztekammer. Gelangt das Bewerbungsverfahren in die zweite Stufe, so ist nur noch eine Stellungnahme seitens der Ärztekammer und kein Einvernehmen erforderlich. Abgesehen davon, dass ein wesentliches Bewertungskriterium das im Rahmen der Bewerbung verpflichtend einzureichende Primärversorgungskonzept ist, weichen die Bewertungskriterien nicht wesentlich vom bisherigen Auswahlverfahren für Gruppenpraxen ab.

Auch im Sozialversicherungsrecht ist es durch die Schaffung der Möglichkeit zur Realisierung von PVE zu Ergänzungen gekommen, da jede PVE zwingend einen Primärversorgungsvertrag mit zumindest einer Krankenkasse abzuschließen hat, welcher unter anderem die Honorierung der erbrachten Leistungen und den Versorgungsauftrag regelt. Ein Primärversorgungsvertrag kann somit mit einem Kassenvertrag (Gruppenpraxen-Einzelvertrag) verglichen werden. Auch der Primärversorgungsvertrag soll zukünftig auf einen Primärversorgungs-Gesamtvertrag (vergleichbar mit dem Gesamtvertrag für Gruppenpraxen) aufbauen. Zum Primärversorgungs-Gesamtvertrag ist zu erwähnen, dass die Vertragsverhandlungen zu diesem gerade erst im Laufen sind und zum Stichtag 20. April 2018 noch kein Abschluss erfolgte. Dementsprechend können nach der derzeitigen Rechtslage noch keine PVE auf jenem Wege realisiert werden, den das Gesetz grundsätzlich vorgibt. Allerdings besteht die Möglichkeit, dass Primärversorgungs-Sonderverträge abgeschlossen werden dürfen, die nicht auf einem Gesamtvertrag beruhen.

Bei Primärversorgungsverträgen für PVE-Ambulatorien ist hervorzuheben, dass abgeschlossene Primärversorgungsverträge für solche Einheiten auch zukünftig nicht auf einen Gesamtvertrag beruhen.

Bei PVE-Netzwerken können zusätzlich zu den Primärversorgungsverträgen noch Primärversorgungs-Einzelverträgen mit den jeweiligen Mitgliedern des Netzwerkes geschlossen werden. Diese Einzelverträge müssen allerdings mit dem Primärversorgungsvertrag und in weiterer Folge mit dem Primärversorgungs-Gesamtvertrag, welcher auch für PVE-Netzwerke gelten soll, im Einklang stehen.

Aus steuerrechtlicher Sicht wurden für PVE keine neuen Vorschriften geschaffen. Es sind somit die gleichen Regelungen anzuwenden, die bereits für Gruppenpraxen und selbstständige Ambulatorien gelten, welche nicht als PVE ausgestaltet sind.

Das im Rahmen dieser Arbeit erstellte Beratungskonzept, welches im Anhang zu finden ist, zeigt anschaulich den Weg in eine PVE auf und fasst die unbedingt zu klärenden rechtlichen Fragestellungen sowie die bei der Realisierung zu setzenden Handlungen übersichtlich zusammen.

5.2. Conclusio

Abschließend kann festgehalten werden, dass davon auszugehen ist, dass PVE in Zukunft eine Bedeutung in der primären Gesundheitsversorgung der österreichischen Gesellschaft zukommen wird. Diese Aussage kann damit begründet werden, dass das österreichische Gesundheitssystem zwar gut, aber in Verhältnis zu anderen Ländern auch teuer ist. Dadurch ist die Politik zum Handeln gezwungen und es kann auf Grund der aktuellen politischen Diskussion davon ausgegangen werden, dass die Ausweitung des Primärversorgungskonzeptes forciert werden wird. Außerdem wird in der Möglichkeit der Realisierung von PVE-Netzwerken ein Instrument gesehen, das helfen soll, die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern. Ob diese Vorteile tatsächlich eintreten, konnte durch diese Arbeit weder bestätigt noch ausgeschlossen werden.

Trotz der Forcierung von PVE ist allerdings nicht abzusehen, dass die klassischen Einzelordinationen von der Bildfläche verschwinden werden. Der Beruf als Ärztin bzw. als Arzt ist und bleibt weiterhin eine freiberufliche Tätigkeit, in welcher der Erfolg hauptsächlich von dem jeweiligen Können und dem persönlichen Einsatz der tätigen Personen abhängig ist. Daher ist es für die Gesundheitsversorgung in Österreich wichtig, den Einsatz der Medizinerinnen und Mediziner angemessen zu honorieren und der Abwanderung ins Ausland durch attraktive Arbeitsbedingungen entgegen zu wirken.

Durch die Schaffung der Möglichkeit PVE zu realisieren, ist hierzu ein Schritt in die richtige Richtung gemacht worden. Dies insbesondere dadurch, dass für die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ein rechtlicher Rahmen geschaffen wurde. Außerdem wurde mit der Möglichkeit zur Gründung von PVE-Netzwerken auch eine abgeschwächte Form der Zusammenarbeit ermöglicht.

Für Beraterinnen und Berater, die qualifizierte Leistungen in diesem Themengebiet für Ärztinnen und Ärzte anbieten wollen, gilt es die weitere rechtliche Entwicklung zu verfolgen. Sobald der noch ausständige Primärversorgungs-Gesamtvertrag abgeschlossen und veröffentlicht wird,

sollte sowohl neuen als auch bestehenden Klientinnen und Klienten die Möglichkeiten im Rahmen der Vergesellschaftung in einer PVE nahegelegt werden. Ob der Weg für die jeweilige Medizinerin bzw. den jeweiligen Mediziner Vorteile bringt, wird immer im Einzelfall zu beurteilen sein. Wichtig dabei ist, dass den persönlichen Verhältnissen der jeweiligen Person dabei immer die größte Bedeutung zugemessen wird.

Zum Abschluss dieser Arbeit sei erwähnt, dass die Vergesellschaftung von freiberuflich tätigen Personen insoweit eine Herausforderung mit sich bringt, dass sich jede Gesellschafterin und jeder Gesellschafter mehr oder weniger in seiner persönlichen Freiheit einschränken muss. Entscheidungen in einer Gesellschaft sollten, wie das Wort bereits impliziert, gesellschaftlich, sprich gemeinsam, getroffen werden. Dementsprechend sollte sich jede zukünftige Gesellschafterin bzw. jeder zukünftige Gesellschafter die Frage stellen, ob sie oder er sich die Zusammenarbeit mit anderen vorstellen kann und eine gewisse Teamfähigkeit besitzt. Denn wie Dr. Holzgruber sehr treffend in dem mit ihm geführten Interview zum Ausdruck gebracht hat, ist die Gründung einer Gesellschaft annähernd vergleichbar mit einer Ehe. Die Partnerinnen und Partner müssen einander zwar nicht lieben, aber sie sollten sich jedenfalls gegenseitig achten, schätzen und respektieren. Denn nur so kann eine erfolgreiche Partnerschaft entstehen und langfristig aufrechterhalten werden.

Literaturverzeichnis

ANDRETSCH, P./BERTL, R./CHRISTINER, M. [2016]: Praxis für Ärzte, in: ÖGWT Thema 4 (2016), S. 10-17.

BERGMAIR, T. [2015]: Primärversorgung in Österreich, in: Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 4 (2015), S. 90-109.

BRÄNDLE, C./REIN, S. [2015]: Das österreichische Vereinsrecht, 5., aktual. Aufl., Wien: Linde, 2015.

BRAZA-HORN, D./HERDEGA, N./HUMMELBRUNNER, S. [2014]: Praxishandbuch Recht für MedizinerInnen - Ein Leitfaden für den ärztlichen Berufsalltag, 1. Aufl., Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2014.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN [2012]: Gesundheitsziele Österreich – Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung, 1. Aufl., Wien: BMGF, 2012.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN [2014]: „Das Team rund um den Hausarzt“ - Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich, 1. Aufl., Wien: BMGF, 2014.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN [2017]: Gesundheitsberufe in Österreich, 1. Aufl. Wien: BMGF, 2017.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN [2017a]: Primärversorgung in der Praxis, 1. Aufl., Wien: BMGF, 2017.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN [2017b]: Was bringt die neue Primärversorgung?, 19.05.2017, <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/primaer-versorgung-neu-was-bringt-sie>, [07.04.2018].

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN [2017c]: ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan 2017, 1. Aufl., Wien: BMGF, 2017.

CHINI, L. [2010]: Die Rechtsform der GmbH für die Zusammenarbeit von Ärzten in Gruppenpraxen, in: SWK 28 (2010), S. W107 – W116.

CZYPIONKA, T./ULINSKI, S. [2014]: Primärversorgung – Studie im Auftrag vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 1. Aufl., Wien: Institut für Höhere Studien, 2014.

DORALT, W. [2017]: Steuerrecht 2017/18 - Unternehmenssteuern, Verkehrssteuern, Abgabeverfahren, 19. Aufl., Wien: Manz, 2017.

FRÖSCHL, B./ANTONY, K. [2017]: Evaluation des Projekts PHC – Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf - Zwischenbericht zum Arbeitsfortschritt, 1. Aufl., Wien: Gesundheit Österreich, 2017.

FÜLÖP, G. [2017]: Patientenorientierte Bedarfsplanung in Österreich, in: ZEFQ 125 (2017), S. 60-69.

FURHERR, G. [2016]: Artikel III Einbringung, in: UmgrStG - Umgründungssteuergesetz Jahreskommentar, hrsg. von KOFLER, G., 5. Aufl., Wien: Linde, 2016, S. 471-815.

GRILLAM, S. [2008]: Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care?, in: British Medical Journal, 336 (2008), S. 536-538.

GRILLBERGER, K./MOSLER, R. [2012]: Ärztliches Vertragspartnerrecht, 1. Aufl., Wien: Manz, 2012.

GRUBER, P. [2011]: Der Arzt im Steuer- und Sozialversicherungsrecht, 1. Aufl., Wien: Lexis-Nexis, 2011.

HAAS, S./BRAUNEGGER-KALLINGER, G./KNALLER, C. [2013]: Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich, in: Soziales Kapital 9 (2013), S. 14 – 19.

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER [2017]: Vertragsärztinnen und – ärzte in Österreich, Bestandsaufnahme und Analyse, 1. Aufl., Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2017.

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER [2017a]: Ihr Nutzen der neuen Primärversorgung, 14.07.2017, http://www.sicher-versorgt.at/uploads/media/Nutzen_Primaerversorgung_incl__Grafiken_V6_01.pdf, [07.04.2018].

HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER [2017b]: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017, 1. Aufl., Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2017.

HERTLE, D./STOCK, S. [2015]: Wie zufrieden sind Ärztinnen und Ärzte der Primärversorgung und wie sehen sie ihr Gesundheitswesen? - Ein internationaler Vergleich, in: Zeitung für Allgemeinmedizin, 91/6 (2015), S. 269-274.

- HOFMACHER, M./RACK, H. [2006]: Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich, 1. Aufl., Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006.
- HOLZGRUBER, T./HÜBNER-SCHWARZINGER, P./MINIHOLD, W. [2010]: Der Weg in die Ärzte-GmbH/-OG, 1. Aufl., Wien: Linde, 2010.
- HOLZGRUBER, T./HÜBNER-SCHWARZINGER, P./MINIHOLD, W. [2018]: Die Ärzte-Gruppenpraxis - Ärzte-OG, Ärzte-GmbH und Primärversorgungseinheiten (PVE), 2. Aufl., Wien: Linde, 2018.
- HUBER, C. [2013]: Ärzte OG oder Ärzte GmbH, in: ZGP 1 (2013), S. 94-112.
- HÜBNER-SCHWARZINGER, P. [2016]: Artikel IV Zusammenschluss, in: UmgrStG – Umgründungssteuergesetz Jahreskommentar, hrsg. von KOFLER, G., 5. Aufl., Wien: Linde, 2016, S. 814-928.
- HUMMELBRUNNER, S. [2005]: Die ärztliche Gruppenpraxis - Abgrenzungsfragen und Gesamtvertragsgestaltung, 1. Aufl., Wien: Manz, 2005.
- KAROLLUS, M. [2011]: Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten, in: Handbuch Medizinrecht, hrsg. von RESCH, R./WALLNER, F., 1. Aufl., Linz: LexisNexis, 2011, S. 773-808.
- KETTLER, M. [2017]: Kommentierungen zu §§ 338–348 u. 349 Abs 1, 2, 3, 4, in: ASVG - Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – Jahreskommentar, hrsg. von SONNTAG, M., 8. Aufl., Wien: Linde, 2017, S. 1173-1325.

KIESL, F./FLOIMAYR, A. [2017]: Erstes Primärversorgungszentrum in Oberösterreich eröffnet, in: Soziale Sicherheit 3 (2017), S. 121-229.

LEONHART, W. [2014]: Arzt und Steuern – So „steuern“ Sie richtig, 5. Aufl., Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2014.

MAZAL, W. [2000]: Gruppenpraxis versus Anstaltsbegriff, in: RdM 5 (2000), S. 129-131.

MAYER, H. [2002]: Das österreichische Bundes-Verfassungsrecht – Kurzkommentar, 3. Aufl., Wien: Manz, 2002.

MAYR, L. [2015]: Erste Einblicke in das Wiener Primärversorgungszentrum, in: Der Standard (Wien) vom 27.04.2015, S. 24.

NEUMANN, T./SEIDL, W. [2013]: Sozialversicherungsrecht, 8., aktual. Aufl., Wien: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag, 2013.

OECD [2017]: OECD Statistics - Health Care Ressources: Physican density, 30.06.2017, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, [07.04.2018].

ÖSTERREICHISCHES FORUM PRIMÄRVERSORUNG [2017]: Versorgungslandkarte, 11.11.2017, <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/>, [07.04.2018].

PFEIL, W. [2016]: Österreichisches Sozialrecht, 11. Aufl., Wien: Verlag Österreich, 2016.

RESCH, R. [2015]: Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung, in: Handbuch Medizinrecht, hrsg. von RESCH, R./WALLNER, F., 2. aktual. Aufl., Linz: LexisNexis, 2015, S. 581-648.

- RISAK, M. [2015]: Der Stellenplan für Kassenärzte, in: RdM 10 (2015), S. 255-261.
- RITZ, C. [2017]: BAO – Bundesabgabenordnung Kommentar, 6. Aufl., Wien: Linde (2017).
- RUPPE, H./ACHATZ, M. [2017]: Umsatzsteuergesetz Kommentar, 5. überarbeitete u. erweiterte Aufl.; Wien: Facultas (2017).
- SCHNEIDER, C. [2017]: Zusammenarbeit, Rechtsformgestaltung, Gruppenpraxen, in: Handbuch Medizinrecht für die Praxis I, hrsg. von AIGNER, G./KLETECKA, A./KLETECKA-PULKER, M./MEMMER, M., 25. Ergänzungslieferung, Wien: Manz, 2017, Kap. IV.2.
- SCHRATTBAUER, B. [2017]: Ergänzung zum Beitrag „Zur Bedarfsprüfung bei der geplanten Änderung einer Krankenanstalt“ – Auswirkungen des neuen Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2017 (VUG 2017), in: DRdA 3 (2017), S. 185-191.
- SOUHRADA, J. [2017]: Verbindliche Planung, SV-Verträge und Krankenanstalten – zu § 23 G-ZG und §§ 3 ff. KAKuG i. d. F. VUG ab 1. Jänner 2017, in: Soziale Sicherheit 3 (2017), S. 104-120.
- STADLER, M. [2010]: Abgrenzung von ärztlichen Ordinationsstätten bzw. Gruppenpraxen und selbstständigen Ambulatorien, in RdM 38 (2010), S. 36-37.
- STADT WIEN [2017]: Primärversorgung: Wiens zweites Zentrum eröffnet im 22. Bezirk, 29.08.2017, <https://www.wien.gv.at/presse/2017/08/29/primaerversorgung-wiens-zweites-zentrum-eroeffnet-im-22-bezirk>, [07.04.2018].
- STÄRKER, L. [2015]: Krankenanstaltenrecht, in: Handbuch Medizinrecht, hrsg. von RESCH, R./WALLNER, F., 2. aktual. Aufl., Linz: LexisNexis, 2015, S. 403-467.

STRAUB, M. [2017]: Praxisleitfaden Recht im Gesundheitswesen, 1. Aufl., Wien: Linde, 2017.

TOMADL, T. [2009]: Grundriss des österreichischen Sozialrechts, 6. vollst. neu bearb. Aufl., Wien: Manz, 2009.

WALLNER, F. [2015]: Berufsrecht der Ärzte, in: Handbuch Medizinrecht, hrsg. von RESCH, R./WALLNER, F., 2. aktual. Aufl., Linz: LexisNexis, 2015, S. 689-804.

WEILGUNI, V. [2014]: Mehr Optimismus und noch viel mehr Konstruktivismus, in: Ärzte Woche 28 (2014), S. 16-19.

WIEDENBAUER, M./KANDUTH-KRISTEN, S./GRÜN, T. [2015]: Die Ärzte-GmbH, 1. Aufl., Wien: Manz, 2015.

WORLD HEALTH ORGANISATION [2008]: The World Health Report 2008 – Primary Health Care – Now More Than Ever, Genf: WHO, 2008.

Anhang

a) Beratungskonzept – Leitfaden



Der folgende Beratungsleitfaden stellt den Weg in eine PVE übersichtlich dar. Dabei werden sowohl die notwendigen Schritte in chronologischer Reihenfolge als auch die notwendigen Entscheidungen aufgezeigt. Verweise auf das jeweils zur Frage bzw. zur Handlung dazugehörige Kapitel dieser Masterarbeit finden sich am Ende einer jeden Anmerkung.

Legende:

Entscheidung	<i>Stellen die unbedingt zu klärenden Fragestellungen in der Prozesskette auf dem Weg zur Gründung einer PVE dar, die vor der Durchführung von Handlungen zu beantworten ist.</i>
Handlungen	<i>Stellen die notwendigen Schritte dar, die für die Gründung einer PVE zu setzen sind.</i>
Drittentscheidung	<i>Stellen jene Entscheidungen dar, die nicht in der Entscheidungsgewalt der Gründerinnen und Gründer einer PVE liegen. Von diesen Drittentscheidungen ist es abhängig, ob die PVE letztendlich errichtet werden darf oder nicht.</i>

Der Weg in eine PVE

<p>1. Entscheidung</p> <p><i>Anmerkung</i></p>	<p>Gibt es passende Partnerinnen bzw. Partner für den Beginn einer Zusammenarbeit in einer Gesellschaft?</p> <p><i>Es ist wichtig zu wissen, dass man mit der Vergesellschaftung eine langfristige Verpflichtung eingeht. Eine spätere Auflösung auf Grund von Ungereimtheiten ist idR mit hohen Kosten und Mühen verbunden und sollte daher jedenfalls vermieden werden.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Allgem.</i></p>
---	---

2. Entscheidung	Wer soll Gesellschafterin bzw. Gesellschafter der PVE sein?
Anmerkung	<p>Hierbei ist zu unterscheiden, ob die Gesellschafterinnen bzw. Gesellschafter natürliche Personen oder Organisationen sind.</p> <p>Für natürliche Personen besteht die Voraussetzung, dass diese eine abgeschlossene allgemeinmedizinische Ausbildung oder eine Facharztausbildung für Kinder- und Jugendheilkunde haben.</p> <p>Organisationen, die Gesellschafterin einer PVE sein dürfen, beschränken sich auf gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger sowie Gebietskörperschaften inkl. derer eingerichteten Körperschaften und Fonds.</p> <p style="text-align: right;">Kap. 2.2.1.</p>
3. Entscheidung	Welche Form der Zusammenarbeit wird angestrebt?
Anmerkung	<p><i>Hier ist die grundsätzliche Entscheidung zu treffen, ob die PVE als Zentrum an einem Standort oder als Netzwerk an unterschiedlichen Standorten errichtet werden soll.</i></p> <p><i>Bei der Ausgestaltung als Zentrum sieht das Gesetz für natürliche Personen (Ärztinnen und Ärzte) die Umsetzung in Form einer PVE-Gruppenpraxis vor. Gründungsberechtigte Organisationen müssen hingegen die PVE als selbstständiges Ambulatorium führen.</i></p> <p><i>Die gesellschaftsrechtliche Ausgestaltung eines PVE-Netzwerkes ist für natürliche Personen weitestgehend frei wählbar.</i></p> <p><i>Organisationen sind zur Gründung eines PVE-Netzwerkes nicht berechtigt.</i></p> <p style="text-align: right;">Kap. 2.2.1.</p>

4. Entscheidung	Ist die PVE an dem geplanten Standort bzw. in der jeweiligen Versorgungsregion im RSG vorgesehen?	Kap. 3.2.1.
<i>Anmerkung</i>	<i>Die Widmung der PVE im RSG ist unumgänglich, da diese sowohl eine Grundvoraussetzung für die Gründung darstellt als auch den Anstoß für eine Ausschreibung seitens der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse liefert.</i>	
5. Entscheidung	Gibt es bereits eine Ausschreibung der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse?	Kap. 3.2.5.
<i>Anmerkung</i>	<i>Grundsätzlich kann auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen zur Ausschreibung damit gerechnet werden, dass die Ausschreibung innerhalb von 6 Monaten nach der Widmung im RSG passieren wird.</i>	
6. Entscheidung	Bestehen bereits Einzelverträge bzw. Gruppenverträge mit der zuständigen Gebietskrankenkasse?	Kap. 3.2.5.
<i>Anmerkung</i>	<i>Nur wenn zumindest eine Partnerin bzw. ein Partner bereits einen Kassenvertrag hat, besteht die Möglichkeit sich gemeinschaftlich bereits in der ersten Phase des zweistufigen Bewerbungsprozesses für die Errichtung einer PVE zu bewerben. Besteht kein Kassenvertrag muss darauf gehofft werden, dass innerhalb von 6 Monaten ab Ausschreibungsbeginn in der ersten Phase keine anderen passenden Bewerber gefunden werden. Erst danach erfolgt die erweiterte zweite Bewerbungsphase, die an alle Allgemeinmediziner sowie an die in der Anmerkung zur 2. Entscheidung genannten Organisationen gerichtet ist. Dies impliziert auch, dass die Gründung einer PVE durch eine Organisation erst ab der zweiten Bewerbungsphase denkbar wird.</i>	

7. Entscheidung	Welche Konsequenzen hat ein PVE-Vertrag auf die bereits bestehenden Kassenverträge?
<i>Anmerkung</i>	<i>Sofern die zukünftigen Gesellschafterinnen und Gesellschafter einer geplanten PVE bereits einen Kassenvertrag mit einer Gebietskrankenkasse abgeschlossen haben, ist darauf hinzuweisen, dass dieser mit Abschluss eines neuen Primärversorgungsvertrages zwischen Gebietskrankenkasse und PVE automatisch erlischt. Hierbei sind vor allem etwaigen persönliche Konsequenzen, z.B. auf Grund der Kopplung eines günstigen Kredits an den Kassenvertrag sowie die eingeschränkten Rücktrittsmöglichkeiten zum alten Vertrag im Falle des Ausscheidens aus der PVE, zu bedenken.</i>
<i>Kap. 3.3.3.</i>	
8. Entscheidung	Liegt ein passender Primärversorgungs-Gesamtvertrag vor?
<i>Anmerkung</i>	<i>Aktuell ist die Frage mit NEIN zu beantworten, da der Gesamtvertrag erst ausverhandelt wird. Mit dem Abschluss kann auf Grund von gesetzlichen Vorgaben bis spätestens 31. Dezember 2018 gerechnet werden. Dennoch ist dadurch die Gründung einer PVE nicht ausgeschlossen, da der Umweg über einen Sonder-Primärversorgungsvertrag möglich ist. Zukünftig, bei Vorliegen des Primärversorgungs-Gesamtvertrags, wird abzuwägen sein, ob dieser Vorteile gegenüber den vertraglichen Regelungen für anderen Vergesellschaftungsformen bringen kann. Dies insbesondere im Hinblick auf die Honorierung.</i>
<i>Kap. 3.3.3.</i>	

9. Entscheidung	Welche Rechtsform passt zu der angestrebten PVE-Umsetzungsform?
<i>Anmerkung</i>	<p><i>Für PVE-Gruppenpraxen gibt es klare Regelungen, dass diese nur als OG oder GmbH geführt werden dürfen. Die Entscheidung, welche der beiden Rechtsformen am besten passt, muss im Einzelfall anhand unterschiedlicher bereits bekannter Kriterien für die Rechtsformwahl einer gewöhnlichen Gruppenpraxis entschieden werden.</i></p> <p><i>Die Wahl der Rechtsform für ein PVE-Netzwerk sowie für ein PVE-Ambulatorium ist hingegen insoweit frei, dass die gewählte Rechtsform lediglich mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet sein muss.</i></p> <p><i>Anzunehmen ist, dass PVE-Ambulatorien ausschließlich als GmbHs gegründet werden. Bei PVE-Netzwerken werden tendenziell die Rechtsformen OG, Verein und Genossenschaft Anwendung finden. Auf Grund unzureichender gesetzlicher Bestimmungen kann aus heutiger Sicht für ein PVE-Netzwerk keine Empfehlung abgegeben werden, welche Rechtsform sich zukünftig in der Praxis durchsetzen wird und zu bevorzugen ist.</i></p>
Kap. 4.1.3.	
10. Entscheidung	Welche steuerlichen Folgen können bei den bereits bestehenden Ordinationen (Einzelordinationen bzw. Gruppenpraxen) eintreten?
<i>Anmerkung</i>	<p><i>Kommt es im Rahmen der Gründung einer PVE (v.a. bei PVE-Gruppenpraxen) zu Einbringungen bzw. zu Zusammenschlüssen von bereits bestehenden Ordinationen, so sind zwingend die Vorgaben des UmgrStG zu beachten. Etwaige steuerliche und organisatorische Voraussetzungen sollten dabei jeweils im Einzelfall im Voraus geprüft werden. Bei Neugründungen von PVN und PVE-Ambulatorien wird es eher zu keinen Umgründungsvorgängen kommen.</i></p>
Kap. 4.	

1. Handlung	Errichtung und Abschluss eines Gesellschaftsvertrags.
<i>Anmerkung</i>	<p><i>Sobald die Entscheidung gefallen ist, den Versuch zu starten, eine PVE zu gründen, sollte eine Gesellschaft gegründet werden. Dafür ist zwingend ein Gesellschaftsvertrag abzuschließen. Zwar besteht hierbei bei manchen Rechtsformen kein Formzwang, allerdings ist ein schriftlicher Vertrag immer zu empfehlen. Bei der Formulierung sollten unbedingt rechtskundige Personen (Rechtsanwälte und Steuerberater) konsolidiert werden, um etwaigen Streitpunkten in der Zukunft vorzubeugen.</i></p> <p><i>Anzumerken ist, dass für den Bewerbungsprozess auch die Gründung einer Vorgesellschaft (z.B. GesBR) angedacht werden könnte. Dies kann den Vorteil bringen, dass bei einem etwaig negativen Ausgang des Bewerbungsverfahrens die Gesellschaft leichter aufgelöst werden kann.</i></p> <p><i>Die tatsächliche Gesellschaft wäre spätestens nach dem erfolgreichen Bewerbungsverfahren zu gründen.</i></p>
Kap. 4.	
2. Handlung	Meldung der Gesellschaft beim Finanzamt.
<i>Anmerkung</i>	<p><i>Die Meldung der Gesellschaftsgründung hat binnen einem Monat nach Unterzeichnung des Gesellschaftsvertrags an das Finanzamt gemeldet zu werden. Dies gilt auch für die Gründung einer etwaigen Vorgesellschaft. Die Meldung an das Finanzamt ist wichtig, da dadurch auch etwaige Kosten der Gründung, zum Beispiel Beraterhonorar, steuerlich als Ausgabe geltend gemacht werden können.</i></p>
Allgem.	

3. Handlung	Verfassung eines Primärversorgungskonzeptes für die Bewerbung.	Kap. 3.2.1.
<i>Anmerkung</i>	<i>Bereits bei der Bewerbung für die Errichtung einer PVE muss zwingend ein (vorläufiges) Primärversorgungskonzept vorgelegt werden. Dieses muss daher vorab von den zukünftigen Gesellschaftern erarbeitet werden. Die Mindestinhalte sind im PrimVG geregelt. Es empfiehlt sich, Hilfestellungen durch die Rechtsabteilungen der Ärztekammern und Gebietskrankenkassen einzufordern. Außerdem können spezialisierte Juristen und Steuerberater beigezogen werden.</i>	
4. Handlung	Einreichung der Bewerbung (Auswahlverfahren).	Kap. 3.2.5.
<i>Anmerkung</i>	<i>Die ausgearbeitete Bewerbung ist bei jener Gebietskrankenkasse abzugeben, welche die PVE-Stelle ausgeschrieben hat. Es ist anzunehmen, dass es mit der Ausschreibung klare Vorgaben geben wird, welche Formulare und Unterlagen an welcher Stelle und in welcher Frist abzugeben sind.</i>	
1. Drittentscheidung	Auswahl der Bewerber und Zusage der GKK zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrages.	Kap. 3.2.5.
<i>Anmerkung</i>	<i>Nach Ablauf der Bewerbungsfrist hat die zuständige Gebietskrankenkasse die Bewertung der Bewerbenden vorzunehmen. Dabei ist anzunehmen, dass es auch zu einem Hearing kommen wird. Die letztendliche Entscheidung hat auf Basis der Planungsgrundlagen für die ausgeschriebene PVE zu erfolgen. Für die Auswahl selbst werden insbesondere das eingereichte Versorgungskonzept, die Reihungskriterien-Verordnung sowie die darauf beruhenden Reihungs-Richtlinien und eine verpflichtend von der örtlich zuständigen Landesärztekammer einzuholende Stellungnahme herangezogen.</i>	

<p>5. Handlung <i>Anmerkung</i></p>	<p>Eintragung der PVE ins Firmenbuch. <i>Alle für eine PVE-Gesellschaft zulässigen Rechtsformen müssen in das Firmenbuch eingetragen werden. Die einzige Ausnahme stellt der Verein, welcher ins Vereinsregister einzutragen ist, dar.</i> <i>Bei der Anmeldung einer PVE-Gesellschaft in das Firmenbuch ist hervorzuheben, dass diese als solche nur dann eingetragen werden wird, wenn eine verbindliche Zusage der GKK vorliegt.</i></p>	<p><i>Kap. 3.2.1.</i></p>
<p>11. Entscheidung <i>Anmerkung</i></p>	<p>Hat jede Gesellschafterin bzw. jeder Gesellschafter bereits einen Einzelvertrag mit der GKK? <i>Sofern diese Frage mit JA beantwortet werden kann, entfällt das Feststellungsverfahren durch die Landeshauptfrau bzw. dem Landeshauptmann im nächsten Schritt.</i></p>	<p><i>Kap. 3.3.</i></p>
<p>2. Drittentscheidung <i>Anmerkung</i></p>	<p>Bescheidmäßige Feststellung durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann (sofern notwendig). Ein Feststellungsverfahren durch die Landeshauptfrau bzw. den Landeshauptmann ist dann notwendig, sofern nicht jede Gesellschafterin bzw. jeder Gesellschafter bereits vor der Gründung der PVE einen Einzelvertrag mit der GKK abgeschlossen hat. Im Rahmen dieses Feststellungsverfahrens ist das Vorliegen von folgenden drei Kriterien zu prüfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abbildung der PVE im RSG • Eintragung der Gesellschaft im Firmenbuch • Zusage der GKK zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags <p>Liegen alle drei Kriterien vor, so hat die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann dies mittels Bescheid zu bestätigen. Ein generelles Einspruchs- oder Verweigerungsrecht gibt es hierbei nicht.</p>	<p><i>Kap. 3.2.</i></p>

12. Entscheidung**Was bringen die Gesellschafter in die PVE ein bzw. was ist deren Gegenleistung?***Anmerkung*

Nach Erhalt der Zusage der GKK zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrages sowie des gegebenenfalls notwendigen Bescheides steht der Realisierung der PVE nichts mehr im Wege. Somit muss sich allerspätestens zu diesem Zeitpunkt auf die Verhältnisse in der neuen Gesellschaft geeinigt werden. Abhängig von dem eingebrachten Vermögen werden die jeweiligen Anteile der an der Gesellschaft beteiligten Personen variieren bzw. es werden Gewinnvorabs vereinbart werden.

Anzumerken ist, dass diese Frage vorrangig bei PVE-Gruppenpraxen relevant sein wird, da hierbei bereits bestehende Vermögen in eine Gesellschaft zusammengeführt werden. Bei einem PVE-Netzwerk wird das Vermögen tendenziell im Besitz der jeweiligen Ärztinnen und Ärzte verbleiben.

Kap. 4.1.

6. Handlung**Bewertung des eingebrachten Vermögens.***Anmerkung*

Die Bewertung eines eventuell eingebrachten Vermögens hängt unmittelbar mit der Frage zusammen, wie die Anteile in der neuen PVE-Gesellschaft verteilt werden. Um faire Verhältnisse unter den Gesellschafterinnen und Gesellschaftern zu schaffen und auch steuerliche Vorgaben erfüllen zu können, ist es daher unumgänglich, dass das jeweils eingebrachte Vermögen bewertet wird.

Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Bewertung eines eingebrachten Betriebes (bereits bestehende Ordination) in die neue PVE-Gesellschaft dar. Hierbei muss sich einerseits auf ein Bewertungsverfahren geeinigt werden und andererseits müssen alle Gesellschafterinnen und Gesellschafter den berechneten Wert akzeptieren.

Kap. 4.1.

7. Handlung

Anmerkung

Steuerliche Umsetzung einer etwaig notwendigen Umgründung.

Kommt es zu der Übertragung eines bereits bestehenden Betriebes (Ordination) in eine neue Gesellschaft, so liegt grundsätzlich ein Umgründungsvorgang vor. Dabei gibt es eine Vielzahl an Voraussetzungen und Bestimmungen die einzuhalten sind, um unerwünschten steuerlichen Folgen vorzubeugen.

Außerdem muss rechtzeitig auf eine Umstellung des Rechnungswesens und der Gewinnermittlungsart sowie sonstige organisatorische Maßnahmen Bedacht genommen werden.

Es empfiehlt sich daher jedenfalls die Umgründung in Zusammenarbeit mit einer darauf spezialisierten Steuerberaterin bzw. einem Steuerberater durchzuführen.

Anzumerken ist, dass der steuerliche Umgründungstichtag bis zu neun Monaten vor Unterfertigung des Umgründungsvertrages bzw. der Anmeldung beim Firmenbuchgericht angesetzt werden kann. Somit bestünde theoretisch die Möglichkeit, dass bei einer zügigen Abwicklung der einzelnen Gründungsschritte einer PVE der steuerliche Umgründungsvorgang erst zu einem späteren Zeitpunkt umgesetzt wird.

Bei PVE-Netzwerken sowie PVE-Ambulatorien wird es mangels der Einbringung von Betrieben tendenziell nicht zu Umgründungsvorgängen iSd Umgründungssteuergesetzes kommen.

Kap. 4.1.

8. Handlung	Beginn der Errichtung/Einrichtung der Behandlungsräumlichkeiten bzw. der Suche nach Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
<i>Anmerkung</i>	<i>Spätestens nach Klärung der Verhältnisse in der neuen Gesellschaft muss auch mit der baulichen und organisatorischen Realisierung der PVE begonnen werden. Dabei gilt es die passenden Räumlichkeiten zu finden, diese ordnungsgemäß unter Einhaltung aller Vorschriften (z.B. Hygieneauflagen und Barrierefreiheit) einzurichten. Auch muss passendes Personal gefunden werden, um die geplanten Leistungen auch tatsächlich anbieten zu können. Hinsichtlich des Personals ist außerdem anzumerken, dass bereits bestehende Arbeitsverträge mit Betrieben (Ordinationen), die in die neue PVE-Gesellschaft eingebracht wurden, auf die neue Gesellschaft umgemeldet werden müssen.</i>
<i>Allgem.</i>	
13. Entscheidung	Welche Leistungen können letztendlich von der PVE angeboten werden?
<i>Anmerkung</i>	<i>Allerspätstens vor Beginn der Verhandlungen mit der GKK hinsichtlich des Abschlusses des Primärversorgungsvertrages muss klar sein, welche Leistungen tatsächlich angeboten werden können. Hierbei ist auf etwaige personelle oder räumliche Restriktionen Bedacht zu nehmen. Im Rahmen dieser Entscheidung wird annahmegemäß auch eine letzte Schärfung der Inhalte des erstellten Versorgungskonzeptes vorzunehmen sein.</i>
<i>Allgem.</i>	

3. Drittentscheidung	Aufnahme und Eintragung der PVE in die Ärzteliste.	<i>Allgem.</i>
<i>Anmerkung</i>	<p><i>Die letzte Entscheidung von dritter Seite, die vor der Eröffnung der PVE noch abgewartet werden muss, ist die Eintragung der PVE in die Ärzteliste. Sofern gegen keine Ärztin bzw. keinen Arzt ein berufsstandesrechtliches Vergehen in der Vergangenheit aufliegt und die eingereichten Unterlagen formell in Ordnung sind, hat die Ärztekammer die Eintragung in die Ärzteliste ohne Widerspruchsmöglichkeit vorzunehmen.</i></p> <p><i>Erfüllt allerdings eine Eintragungsbewerberin oder ein Eintragungswerber die für die Berufsausübung vorgeschriebenen Erfordernisse nicht, so hat die Ärztekammer die Nichteintragung bescheidmäßig festzustellen und die PVE darf ihren Betrieb vorläufig nicht aufnehmen.</i></p>	
12. Handlung	Fertigstellung der Behandlungsräumlichkeiten.	<i>Allgem.</i>
<i>Anmerkung</i>	<p><i>Sofern es in den vorangegangenen Schritten zu keinen Verzögerungen gekommen ist, wird die Fertigstellung der Räumlichkeiten am unteren Ende der Prozesskette stehen. Hierbei gilt es auf etwaig notwendige bauliche Abnahmen Bedacht zu nehmen.</i></p>	
13. Handlung	Anstellung der notwendigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.	<i>Allgem.</i>
<i>Anmerkung</i>	<p><i>Auch die Anstellung der notwendigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Erfüllung der vereinbarten Versorgungsverpflichtungen wird tendenziell kurz vor der Eröffnung erfolgen. Dennoch sollte bereits früh genug mit der Personalsuche begonnen werden, um zu vermeiden, dass es am Ende der Prozesskette zu unerwarteten Problemen auf Grund von fehlenden qualifizierten Personal kommt.</i></p>	

14. Handlung

Anmerkung

Eröffnung der PVE.

Erst wenn alle Schritte abgearbeitet und alle Voraussetzungen erfüllt sind, darf mit der Aufnahme der behandelnden bzw. ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen der PVE begonnen werden.

Allgem.

b) Beratungskonzept – Kurzübersicht PVE

	PVE-Gruppenpraxis	PVE-Netzwerk	PVE-Ambulatorium
1.	Abbildung der PVE im RSG		
2.	Rechtsformwahl (OG od. GmbH)	Rechtsformwahl (weitestgehend frei)	
3.	Abschluss eines Gesellschaftsvertrages (formfrei bei Personengesellschaften, Notariatsakt bei Kapitalgesellschaften)		
4.	Meldung der Betriebseröffnung ans Finanzamt (Übermittlung Fragebogen)		
5.	Erstellung Primärversorgungskonzept nach § 6 PrimVG		
6.	Bewerbungsverfahren nach § 14 PrimVG (auf öffentliche Ausschreibung einer Gebietskrankenkasse)	Bewerbungsverfahren nach § 14 PrimVG (erst wenn Stufe 1 der Ausschreibung erfolglos)	
7.	Erhalt Zusage der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zum Abschluss eines Primärversorgungsvertrags		
8.	Eintragung der Gesellschaft ins Firmenbuch (nach Antrag)		
9.	<i>idR Beginn der Errichtung/Einrichtung der Behandlungsräumlichkeiten</i>		
10.	Feststellung des Vorliegens der Kriterien (RSG, Eintragung FB, Zusage GKK) durch den Landeshauptmann mittels Feststellungsbescheid (sofern nicht alle Gesellschafter bereits einen Einzelvertrag hatten)		Betriebsbewilligung
11.	Abschluss Primärversorgungsvertrag (auf Basis Gesamtvertrag)	Abschluss Primärversorgungsvertrag inkl. Primärversorgungs-Einzelverträge (auf Basis Gesamtvertrag)	Abschluss Primärversorgungs-(Sonder-)vertrag
12.	Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung		
13.	Eintragung in die Ärzteliste (nach Meldung an die Ärztekammer)		
14.	<i>Fertigstellung der Behandlungsräumlichkeiten</i>		
15.	<i>Aufnahme Dienstnehmer (Anmeldung bei der zuständigen Gebietskrankenkasse)</i>		
16.	Eröffnung der PVE und Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit		

PVE-Zentrum (als Gruppenpraxis-OG)

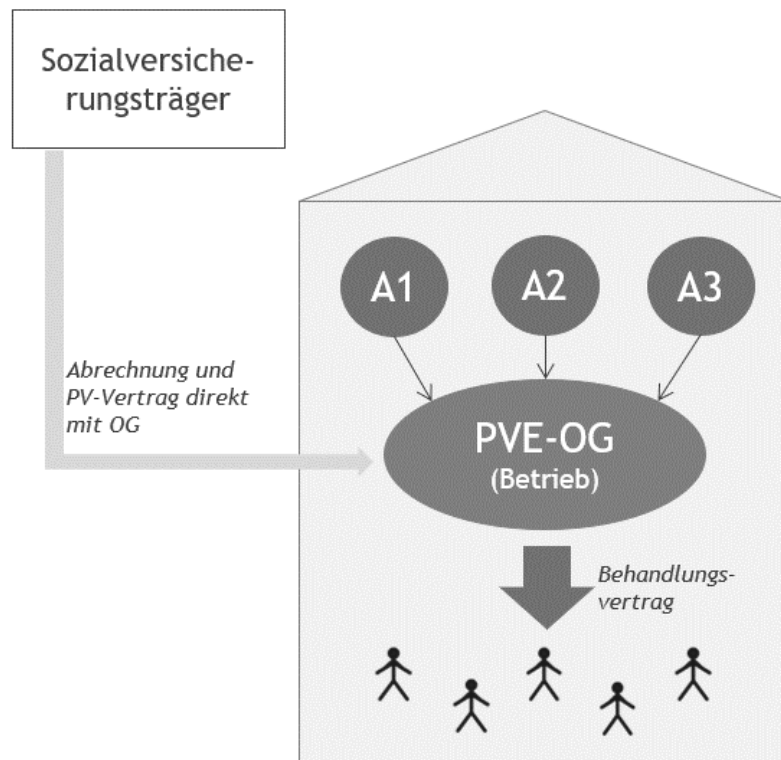


Abbildung I: PVE-OG, Quelle: eigene Darstellung.

PVE-Zentrum (als Gruppenpraxis-GmbH)

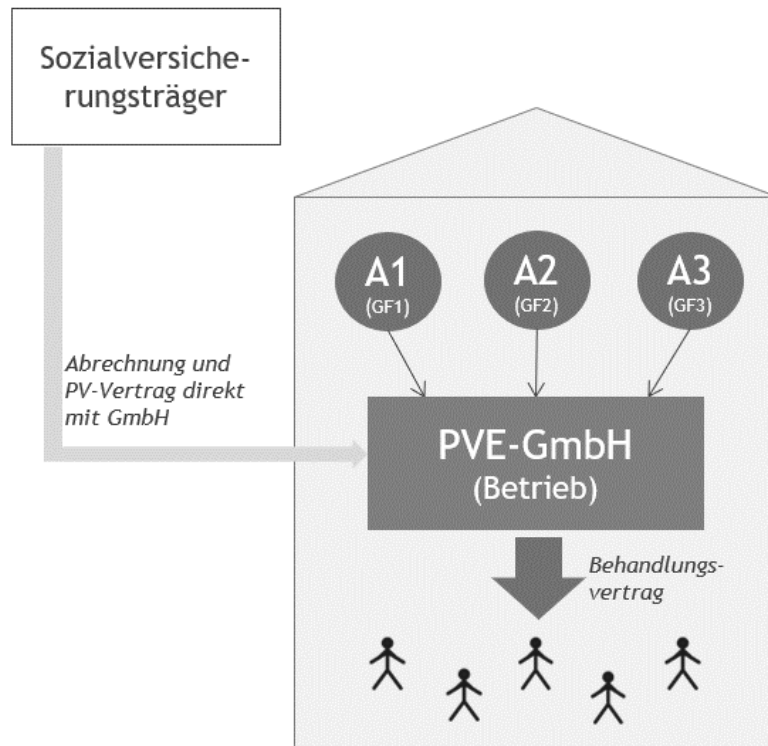


Abbildung II: PVE-GmbH, Quelle: eigene Darstellung.

PVE-Netzwerk (allgemein)

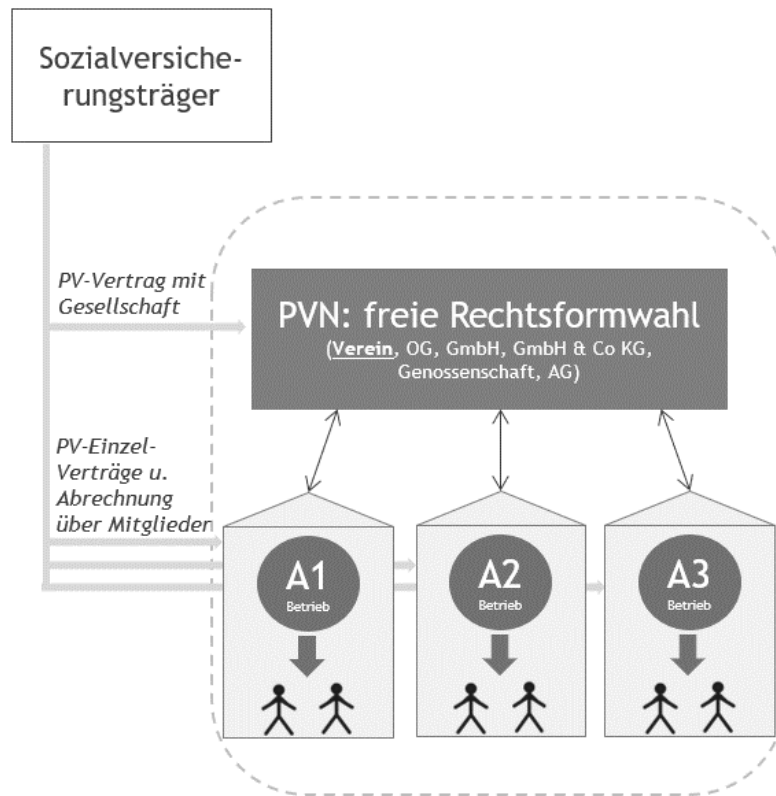


Abbildung III: PVE-Netzwerk I, Quelle: eigene Darstellung.

PVE-Netzwerk (als dislozierte Gruppenpraxis)

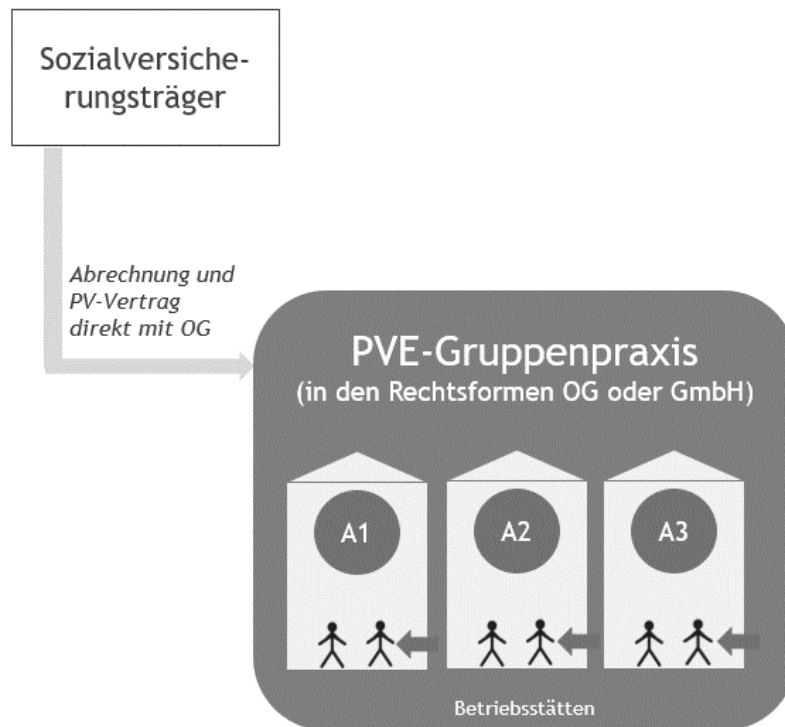


Abbildung IV: PVE-Netzwerk II, Quelle: eigene Darstellung.

PVE-Zentrum (als selbstständiges Ambulatorium)

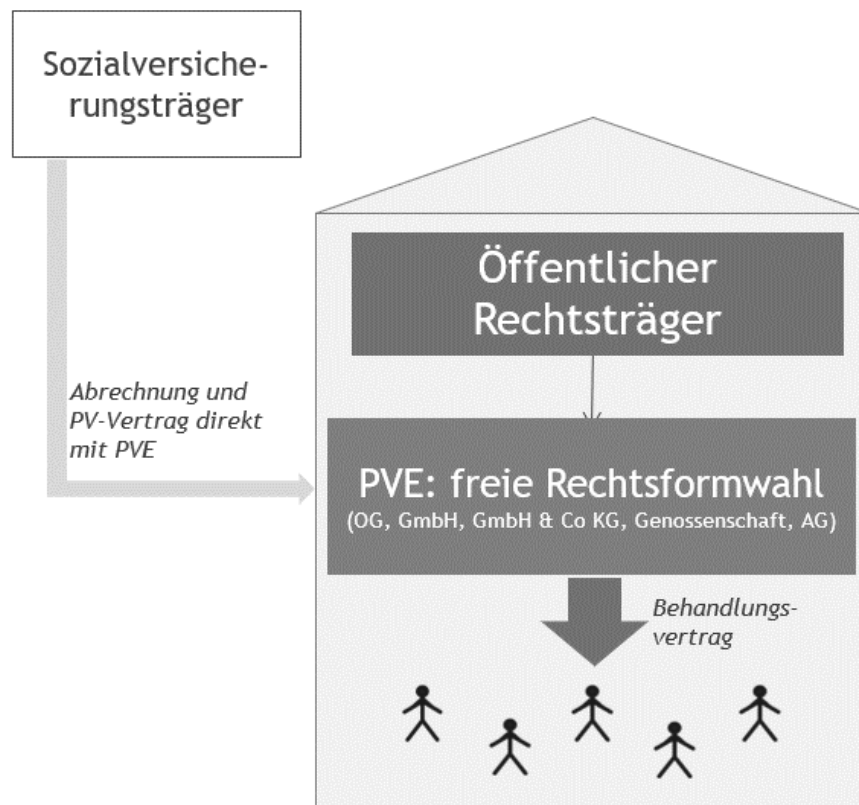


Abbildung V: PVE-Ambulatorium, Quelle: eigene Darstellung.

c) Konzept für Leitfadeninterview

Vorlage:

Befragte Person:	
Datum und Uhrzeit des Interviews:	
Ort des Interviews:	
Dauer des Interviews:	
Interviewer:	
Transkribient:	
Transkriptionsregeln:	<p>Die Transkription erfolgt Wort für Wort mit leichter Sprachglättung.</p> <p>Abkürzungen zur besseren Darstellung:</p> <p style="padding-left: 40px;">I = Interviewer</p> <p style="padding-left: 40px;">B = Befragter</p> <p>Leichte Sprachglättung. Korrektur des „breiten“ Dialekts, aber umgangssprachliche Ausdrucksweisen bleiben erhalten. Fehlerhafte Ausdrücke und grammatikalisch inkorrekt gebauter Satzbau werden ebenso beibehalten.</p> <p>Füllwörter wie „ähm“ und Pausen werden ausgespart.</p> <p>Ebenso werden eigene Erwähnung von Zustimmungsvokabeln, wie beispielsweise „ok“, welche den Inhalt nicht maßgeblich verändern, ausgeklammert.</p>

1	I	Frage Interviewer ...
2	B	Antwort Befragter ...

Fragen für Leitfadeninterview:

Einstiegsfrage: Welche beruflichen Anknüpfungspunkte haben Sie zu dem neuen Primärversorgungsgesetz?

1. Wie ist Ihr persönlicher Standpunkt zu dem neuen Primärversorgungsgesetz?

2. Was sind Ihrer Meinung nach die größten Kritikpunkte am neuen Primärversorgungsgesetz?

3. Aus diversen Stellungnahmen zum Begutachtungsentwurf des Primärversorgungsgesetz geht hervor, dass besonders der Genehmigungsprozess über den Regionalen-Strukturplan-Gesundheit und die Umsetzung im Kassenvertragsrecht strittig sind. Können Sie zu diesen beiden Themen Stellung nehmen?

4. Könnte es dennoch Ihrer Meinung nach eine Chance für Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe sein, sich in einer PVE nach derzeitiger Rechtslage zusammenzuschließen? (wenn ja, welche Vorteile bringt es für die einzelnen Berufsgruppen?)

5. Wie schätzen Sie das generelle Potential von PVE in der Zukunft ein? (auch im Hinblick auf Unterschiede zwischen Stadt und Land)

6. Sind Sie der Meinung, dass durch die Errichtung von PVE (welche auch staatlich gefördert werden) ein Nachteil für alle frei praktizierenden Kassenärzte entsteht?

7. Was würden Sie jemanden raten, der Sie um Unterstützung bei der Errichtung einer Primärversorgungseinheit bittet?

d) Transkription Leitfadeninterview Dr. Zahrl

Befragte Person:	Dr. Johannes Zahrl, Kammeramtsdirektor der Österr. Ärztekammer
Datum und Uhrzeit des Interviews:	27.11.2017, 14:00 – 14:30 Uhr
Ort des Interviews:	Büro Dr. Zahrl Weihburggasse 10-12, 1010 Wien
Dauer des Interviews:	27:43 Minuten
Interviewer:	Marco Peischl, BA
Transkribient:	Marco Peischl, BA
Transkriptionsregeln:	<p>Die Transkription erfolgt Wort für Wort mit leichter Sprachglättung.</p> <p>Abkürzungen zur besseren Darstellung:</p> <p>I = Interviewer B = Befragter</p> <p>Leichte Sprachglättung. Korrektur des „breiten“ Dialekts, aber umgangssprachliche Ausdrucksweisen bleiben erhalten. Fehlerhafte Ausdrücke und grammatikalisch inkorrekt gebauter Satzbau werden ebenso beibehalten.</p> <p>Füllwörter wie „ähm“ und Pausen werden ausgespart.</p> <p>Ebenso werden eigene Erwähnung von Zustimmungsvokabeln, wie beispielsweise „ok“, welche den Inhalt nicht maßgeblich verändern, ausgeklammert.</p>

1	I	Dann darf ich gleich mit der ersten Frage anfangen. Als Einstiegsfrage: Was sind Ihre Anknüpfungspunkte zum neuen Primärversorgungsgesetz?
2	B	Österreich ist und das ist wissenschaftlich nachweisbar und auch nachgewiesen, was Primärversorgung betrifft, auf jeden Fall sehr entwicklungsfähig, um es charmant zu sagen. Wir haben hier Bedarf etwas zu tun, andere europäische Länder sind weit vor uns und ich sehe den Schritt des Ministeriums, den man gemacht hat, Primärversorgung zu stärken, als absolut richtige Richtung. Da sind wir dann auch fast gleich in cumulo mit der zweiten Frage, denn ich habe das Gesetz öffentlich, aber auch sonst heftig kritisiert. Warum? Weil ich näm-

	<p>lich glaube, dass es viel zu kompliziert ausgefallen ist. Dass es für die Rechtsanwender völlig untauglich ist, weil wenn man bei diesen Gesetzwerdungsprozess nicht wirklich dabei war, dann ist es fast unmöglich dieses Gesetz zu lesen und zu verstehen. Ich habe dies bei meinem Vortrag versucht ein bisschen rüberzubringen. Wir haben und, dass spricht ja Bände, 110 Stunden verhandelt zu dem und herausgekommen ist etwas was viele Fragen völlig unbeantwortet lässt, insbesondere im Zusammenhang mit der Honorierung. Wenn man viele Dinge dogmatisch einfach falsch einordnet, dass Beispiel ist ganz klassisch, sie haben sich beschäftigt ja schon damit, was sind diese Länderregelungen bezüglich der Honorare im Vergleich zum bundesweiten Gesamtvertrag und das steht im Gesetz, das sind Annexe oder Bestandteile des bundesweiten Gesamtvertrages. Wenn ich jetzt auf der Bundesebene zwei Vertragspartner habe, nämlich den Hauptverband und die österreichische Ärztekammer und sag auf der Landesebene geht es um Honorarregelungen, dann habe ich dort andere Vertragspartner, nämlich die Landesärztekammer und die jeweilige Gebietskrankenkasse, nehme ich einmal an. Die können dann andere Vertragspartner zum österreichweiten Gesamtvertrag, den andere verhandelt haben, irgendwelche Annexe dazu verhandeln. Das ist ja ein Vertrag zu Lasten Dritter im ungünstigsten Fall und spannend wir die ganze Geschichte in diesem Moment, wo ein Teil davon, je nachdem welcher Teil, gekündigt werden soll. Was heißt das zum Beispiel, wenn wir angenommen, einen österreichweiten Gesamtvertrag haben und auf Landesebene, nehmen sie irgendein Bundesland her, Salzburg etwa. Sie haben dort eine Honorarregelung, die die Ärztekammer Salzburg mit der Salzburger Gebietskrankenkasse gemacht hat, dass eine Kündigung des bundesweiten Gesamtvertrages eine Kündigung der Honorarregelungen in Österreich bedeutet, ist nachvollziehbar. Aber was ist, wenn die Salzburger Gebietskrankenkasse oder die Salzburger Ärztekammer die Honorarregelung auf Landesebene kündigt, dann bleibt laut Gesetz der bundesweite Gesamtvertrag aufrecht, und das bedeutet, dass Primärversorgungseinheiten, die diesen Gesamtvertrag unterliegen, in Salzburg dem bundesweiten Gesamtvertrag, der weiterhin aufrecht ist, unterliegen, das heißt, an eine E-Card Regelungen für Vertretungen können halt diese Allgemeine, aber keine Honorare mehr haben und das heißt in weiterer Folge, dass man natürlich keinen gekündigten Gesamtvertrag hat und dementsprechend sich die Frage stellt, kann ich nun in dieser Situation wo ich keine Honorarregelungen habe bei Schiedsinstanzen anrufen, die klassisch die Bundesschiedskommission ist, da hat man zwar ins Gesetz eine Regelung aufge-</p>
--	--

		<p>nommen, aber ob die schon das Gelbe vom Ei ist, wage ich hier mal dahingestellt zu lassen und das hätte man sehr viel einfacher machen können, indem man nämlich die Regelung anknüpft, die das Vertragspartnerrecht jetzt hat. Es ist ja überhaupt nicht einsichtig, warum ich jetzt einen neuen Gesamtvertrag schaffen musste, obwohl ich eigentlich ein Regelungsinstrumentarium Gesamtvertrag seit vielen Jahrzehnten im ASVG kenne. Und symptomatisch für das Ganze ist die Regelung im ASVG sind 3-4 Paragraphen. Weil jetzt haben wir ein ganzes Gesetz plötzlich zu dieser Thematik für einem ganz einen kleinen Teilbereich nämlich nur die Primärversorgungseinheiten, dass zeigt ja diese Regelungswut. Ich hab, ich weiß nicht ob ich es bei dem Vortrag erwähnt habe, ich habe ja einmal in den Verhandlungen darum gebeten, dass man durch die einfachsten Prinzipien des Vertragspartnerrechtes dieser Dogmatik berücksichtigt, woraufhin mich der zuständige Sektionschef wörtlich gesagt hat, ich soll mit der Dogmatik aufhören, weil die kennt er aus der Theologie und schon dort ist sie völlig realitätsfremd. Er hat das Pech, dass ich auch Jus und Theologie studiert habe, ich wollte nie Geistlicher werden, sondern habe es aus Interesse studiert, er wollte einmal Geistlicher werden und daher weiß, dass die Dogmatik ist eine der faszinierendsten Gebiete der Theologie ist und nicht lebensfremd, nicht das Geringste zu tun hat, wenn man es richtig versteht. Aber um das geht es nicht. Es geht darum, dass ich sage, um Dogmatik pfeif ich mich nichts, sondern machen wir es halt irgendwie und das führt dazu, dass sehr, sehr viele gescheiterte Leute als ich, wie Professor Mosler, Universität Salzburg, gesagt hat, dass ist in Wirklichkeit ein dogmatischer Wahnsinn was hier gemacht wurde. Ja, das ist hier der Hauptkritikpunkt.</p>
3	I	<p>So, dann darf ich gleich zu Frage eins quasi fortschreiten. Was ist Ihr persönlicher Standpunkt zum neuen Primärversorgungsgesetz? Also man hat es jetzt ja schon heraushören können.</p>
4	B	<p>Wir hätten so etwas gebraucht. Wir hätten das unbedingt gescheit machen sollen. Wir hätten ein ganz schlankes Gesetz, dass Leute, nämlich Ärztinnen und Ärzte bewusst animiert so etwas zu gründen, ihnen Inputs gibt, indem man sagt, wenn ihr euch zusammenschließt zum Beispiel zu einem Netzwerk. Für einen Patienten sollten doch alle Allgemeinmediziner irgendwie vernetzt sein, dass ist doch der Traum des Patienten. Das man den Leuten, die sich vernetzen, die das ja auch seit vielen Jahr zum Teil auch schon freiwillig tun, irgendwelche Boni einräumt und nicht bestraft, wenn sie das nicht tun. Und jetzt zum zweiten Kritikpunkt ist, irgendwo kommt die Frage, 7 ist das. Was würden Sie ihm raten, der</p>

		<p>Sie um Unterstützung bei der Errichtung bittet? Wenn hier in diesem Zimmer drei Ärzte säßen, drei Allgemeinmediziner die sagen, was müssten wir tun, dass wir eine Primärversorgungseinheit errichten. Dann muss ich Ihnen zunächst einmal fragen: „Haben sie einen Kassenvertrag, ja oder nein?“ „Ja, wir haben alle drei einen Kassenvertrag.“ Dann ist die erste Voraussetzung, gibt es eine Widmung einer Primärversorgungseinheit im RSG. Das habt ihr überhaupt nicht im Griff ihr drei, da müsst ihr darauf warten. Ihr könnt es möglicherweise mit politischen Kontakten entsprechend anheizen, aber das könnt nicht ihr machen und dort wo es keine Widmung gibt im RSG, könnt ihr leider keines machen. Das ist ja absurd. Warum unterdrücke ich die drei? Warum animiere ich sie nicht die drei es zu tun? Und wenn sie dann sagen, ja wir haben in unserer Ortschaft sogar schon im RSG etwas vorgesehen, wir wollen das gerne belegen, dann muss ich ihnen sagen, dann müsst ihr bitte eure drei Einzelverträge einmal vergessen. Die müsst ihr nämlich zurückgeben. Dann werden die sagen: „Nein, das geht nicht, weil wir sind jetzt 40, 45 und 47 und wir haben unseren ganzen privaten wie auch arbeitstechnischen Lebensablauf auf diese Kassenverträge abgeschrieben. Wir haben nämlich jeder einen Kredit laufen und den Kredit haben wir nur bekommen, so läuft es nämlich normal, wenn man eine Ordination eröffnet, weil wir einen Kassenvertrag haben und daher die entsprechende Sicherheit für den Kredit haben.“ Ja, die sind jetzt weg. Weil sie ein bisschen ein Problem mit der Bank bekommen. Ihr bekommt angeblich einen viel Günstigeren, warum sollen die viel günstiger sein, die Einzelverträge, die die jetzt bekommen, die richten sich nach den bundesweiten Gesamtvertrag, da werden wir natürlich mit dem Hauptverband versuchen etwas Sinnvolles auf die Beine zu stellen, natürlich. Aber ich weiß nicht was auf Landesebene bezüglich der Honorare vereinbart werden wird. Und wenn die etwas vereinbaren, woher soll jetzt die Geldquelle kommen, dass man Primärversorgungseinheiten sehr viel mehr bezahlt oder ihnen bessere sonstige Konditionen bietet. Und selbst, wenn man ihnen das macht, dann werden aber die anderen Ordinationsinhaber, Inhaber von Einzelordinationen, sich kräftig aufregen, weil sie sagen werden sie sind vollkommen gleichheitswidrig. Wieso werden wir jetzt schlechter behandelt? Und über diese Probleme hat man nicht wirklich nachgedacht.</p>
5	I	<p>Und das wäre auch meine Frage 6 gewesen. Ist es überhaupt fair, wie sie schon gesagt haben, den anderen gegenüber, die jetzt eben besser zu stellen und auch jetzt nicht nur hinsichtlich, quasi den neuen Verträgen, sondern vielleicht auch hinsichtlich schon Förderungen, es sind ja auch große Fördersummen ir-</p>

		gendwo für Primärversorgungseinheiten in der Theorie zumindest geplant, so wie ich es gelesen habe. Wo die Mittel herkommen ist ja jetzt noch nicht so klar, was ich, wenn das ich richtig verstanden habe bis jetzt.
6	B	Ja, es steht nur im Gesetz bis zu 200 Millionen Euro, auf 5 Jahre aufgeteilt, dass ist in Wirklichkeit eine lächerliche Summe. Aber Sie haben vollkommen recht, dass darf zu keiner Benachteiligung der Einzelordinationen führen. Und wir haben bisher eine einzige Besprechung mit dem Hauptverband zum neuen Primärversorgungsgesamtvertrag und da ist von uns beiden das sehr erklärte Ziel, dass es hier Bevorzugung von einem nicht kommen darf.
7	I	Das heißt, aber dann in den Honorarverantwortlichen müssten die Länder darauf Rücksicht nehmen in den Vertragsannexe diese Honorarsätze hineinzuschreiben, die die anderen Vorort auch bekommen, oder?
8	B	Die Leistungen, die die anderen auch erbringen können, selbstverständlich.
9	I	Es wäre aber möglich, dass sie das genau nicht machen?
10	B	Das wäre möglich, aber ich kann mir nicht vorstellen, dass das eine Landesärztekammer tut, denn dann werden sie ein Problem bekommen.
11	I	... Dann werden sie ein Problem bekommen.
12	B	Abgesehen davon, dass sie natürlich, also ich kenne mich dazu zu wenig aus, aber das würde ich an Ihrer Stelle untersuchen, ob das nicht eine europarechtliche Beihilfenproblematik wird, dass sei mal dahingestellt.
13	I	Ja, mit dem habe ich mich auch schon ein bisschen auseinandergesetzt. Es soll jetzt aber nicht der Fokus der Arbeit sein. Ist aber sicher ein Problem. Also die Frage ist definitiv aufgekommen, wie funktioniert das eigentlich? Und dann darf ich vielleicht auch Frage 5 gleich da jetzt anknüpfen. Wie schätzen Sie das generelle Potenzial von Primärversorgungseinheiten in der Zukunft ein? Glauben Sie, dass diese Zahlen, diese magische Zahl 75 bis 2020, erreicht wird bzw. wie wird es dann weitergehen, vielleicht?
14	B	Es ist ja ganz interessant, dass im Artikel 15-A-Vereinbarungen stand, mindestens 75 und jetzt heißt es bis zu 75, da sind ja Sprachverwirrungen passiert. In den letzten drei, vier Jahren hat man in Österreich auf der Mariahilfer Straße eine zweite ist geplant gegenüber des Krankenhauses ESMZ Ost, dann ist eine meines Wissens in Mariazell entstanden und dann gibt es noch zwei, drei, vier die man Primärversorgungseinheiten nennt, die aber in Wirklichkeit ganz etwas anderes sind. Wenn man in Enns ein Krankenhaus zusperrt, also dann können Sie mir glauben, dass wir in zwei Stunden eine entsprechende Einheit gründen können, die die Patienten, die in diesem Krankenhaus bisher waren, irgendwie

		auffängt. Dass da so eine Primärversorgungseinheit ein tolles Mittel ist, ist gar keine Frage und dass sie die Patienten haben werden, an einem Standort, wo es bisher ein Krankenhaus gegeben hat, ist doch klar. Und dass man dort, etwas errichtet hat, was mit diesem Primärversorgungsgesetz wenig zu tun hat, deshalb hat man auch so eine Pardonierungspassage hineingenommen, alles was bis zu einer gewissen Zeit, ich glaube Ende des Jahres gegründet wird und ungefähr vergleichbar ist, ich sage es bewusst salopp, hat eine Widmung im RSG, so ungefähr. Das sind ja keine Primärversorgungseinheiten, so wie man es eigentlich hier geplant hat. Also konkrete Antwort auf die Frage, dass Potenzial sollte so etwas zu machen ist, insbesondere in den Netzwerken, ganz, ganz groß. Wenn man das Erreichen will, wird man das Gesetz umfangreich novellieren müssen.
15	I	Ist da schon was in Aussicht?
16	B	Nein. Nein, aber es besteht die Hoffnung, dass die neue Regierung dieses Problem erkennt.
17	I	Hoffentlich. Es gibt ja auch andere Probleme, dass auf die Regierung zukommt. Aber es ist sicher Potenzial da, was wir am Anfang auch gleich erwähnt haben, dass wir da vielleicht in Österreich wirklich, was man in der Literatur ein bisschen liest, teilweise wirklich rückschrittlich in dem Bereich sind. Dann sehen sie da noch Unterschiede zwischen Stadt und Land generell im Potenzial? Ist es eher was für die Städte, ist es eher was auch am Land denkbar, dass am Land Leute finden die das machen wollen oder machen können, vielleicht sogar?
18	B	Ich glaube, dass in Ballungszentren eher das Thema der Zentren sein wird, am Land eher das Thema Netzwerke, dass wird dann der Schritt sein, ganz einfach. Ich hab ja bei meinem Vortrag das gezeigt, mit meinen Folien mit der Wohnortnähe. Ich meine, wie soll es anders gehen. Das heißt, ich kann nicht am Land in Wirklichkeit Standorte von Allgemeinmedizinern wegnehmen und das dann dichtere Primärversorgung nennen. Und die dann irgendwo in eine Ortschaft kommen und das ist aber der Plan. Das ist überhaupt keine Frage.
19	I	Wenn man das so liest, soll es vielleicht das so auf das hinlaufen. Glauben Sie, ist ein generelles Einsparungspotenzial irgendwo, ein Einsparungsgedanke irgendwo dahinter? Weil ich persönlich kann mir nicht vorstellen, dass da jetzt groß durch das neue System etwas eingespart wird. Ziel ist ja die Verbesserung, dass ist ja ganz klar.
20	B	Ich würde auch davon ausgehen, dass etwas Besseres mehr kosten sollte. Es

		waren ganz andere Ziele bei einzelnen Personen dabei, und ich betone bei einzelnen Personen, aber diese Leute haben relativ einiges zu sagen. Eines der obersten Ziele war, dass man den Gesamtvertrag umbringt, bei der Gelegenheit. Das war ihr erklärtes Ziel und die bei den 110 Stunden Verhandlungen waren zumindest 80 Stunden der Rettung des Gesamtvertrages. Das war ganz, ganz schwierig. Man hat in der ursprünglichen Planung vorgesehen gehabt, dass jede Primärversorgungseinheit ihre Honorare in der jeweiligen GKK unmittelbar verhandeln soll. Weil dann ist genau dieses Kollektivvertragliche des Gesamtvertragssystems vorbei und das haben wir verhindert. Gott sei Dank.
21	I	Und auch in Hinblick auf vielleicht die anderen Berufsgruppen, die anderen Heilberufler, haben die irgendwo Vorteile? Weil wenn man das Gesetz liest, die anderen Berufsgruppen sind ja wirklich fast gar nicht erwähnt.
22	B	Die kommen nicht vor.
23	I	Gibt es da irgendwelche Regelungen wo man hinschauen könnte?
24	B	Nein, es gab dieses ursprüngliche Papier. Das sollten sie sich gut anschauen, dass Team rund um den Hausarzt, dort kommen sie vor.
25	I	Dort kommen sie noch viel vor.
26	B	Jetzt kommen sie gar nicht mehr vor. Und die Aufregung unter diesen Gruppe ist entsprechend groß und ich kann jeder Gruppe nur sagen: Ja, ihr habt recht! Ich würde mich auch aufregen. Weil auf uns hat man vergessen und ich versuche da immer zweierlei zu denken. Natürlich bin ich da der Kammeramtsdirektor und denke schon in diesen Bahnen, aber auch ein bisschen denkt man auch als Patient und ich würde es mir wirklich wünschen, dass ich irgendwo in einer Primärversorgungseinheit sehr wohl auch nichtärztliche Gesundheitsberufe finde und viele, also die absolute überwiegende Zahl von Ärzten arbeitet mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen völlig friktionsfrei zusammen. Wenn sie ja völlige Wahnsinnige sind, wenn sie es nicht tun. Gerade ich würde mal sagen, multimorbide Patienten, die längerer Betreuung bedürfen, also chronisch Kranke, da kann der Arzt nicht jeden Tag hingehen. Das ist ja dankbar, wenn die Krankenschwester hinget und die machen das ja auch. Also das Primärversorgungsgesetz hat die Primärversorgung nicht erfunden.
27	I	So dann wäre eigentlich nur mehr eine Frage offen, so von meinen Fragenspektrum her, dass wäre die Frage 3. Vielleicht eine kurze Stellungnahme von Ihnen zum Begutachtungsentwurf. Er hat vorgesehen, dass quasi der Genehmigungsprozess über den Regionalen-Strukturplan-Gesundheit vorgesehen ist und nicht mehr so wie bisher die Vergabe über die Ärztekammer quasi, wo die Ärztekam-

		mer auch involviert ist. Können Sie zu dem Punkt vielleicht etwas Stellung nehmen? Kann das funktionieren? Wird das funktionieren?
28	B	<p>Bei den Rechtsnormen, die dieses Konstrukt regeln, geht es zunächst einmal um die 15a-Vereinbarung um die unmittelbar anwendbar sein wird in Gesetze umgegossen wurden und das ist das Vereinbarungsumsetzungsgesetz, das VUG und das, wie heißt es, das VUG und im GRUG ist ein absoluter Systemwandel vollzogen worden. Während früher die Planung im niedergelassenen Bereich zu 100 Prozent zwischen Kammer und Kasse erfolgt ist, in den sogenannten Stellenplänen und das hat super funktioniert, das was mich immer so aufgeregt hat. Wir hatten als Verhandlungspartner, und wir meine jetzt ich Vertreter der Ärztekammer, wir waren 3 aus Landesärztekammern und ich von der Österreichischen Ärztekammer, waren unser Verhandlungsteam. Wir haben, ich weiß nicht wie viele Stellenpläne bereits gemacht, in diesem Verhandlungsteam saß niemand weder seitens des Ministeriums, die haben es noch nicht gemacht bisher noch seitens des Hauptverbandes, der Hauptverband macht keine Stellenpläne, das passiert alles auf Länderebene, also durch die Gebietskrankenkasse, auch durch die Sonderversicherungsträger. Schon gar nicht durch die Länder, weil die haben es bisher nicht gemacht, und die anderen Vertreter, niemand von den Anwesenden hat je Stellenplanung mit Stellenplänen gemacht, aber jeder hat geglaubt, er muss kritisieren. Und unsere Gegenüber in Kassen mit denen wir das gemacht haben, genauso wie wir gesagt, wir brauchen nichts neues, weil es funktioniert gut. Also man hat das geändert. Warum? Weil sie im Hauptverband oben, nicht in den Trägern und im Ministerium Geiste gegeben hat, die gesagt haben, das gehört von der Ebene der Kammer und der einzelnen GKKs weg. Es soll nicht wie es immer geheißen hat, die Zahler auch diejenigen sein, Entschuldigung, die Anbieter der Leistungen sollen nicht diejenigen sein, die das auch planen. Und aus dem Grund dürfen die Vertreter der Ärzte, die die Leistungen anbieten nicht in der Planung enthalten sein. Das ist ja eine absolute Kuzbe. Weil die größten Leister, also die größten Anbieter im Gesundheitssystem sind halt die Länder, weil die bieten die Krankenhäuser an. Also das stimmt nicht und in diesem VUG hat man diese Planung Kammer-Kasse die gut funktioniert hat, geändert und gesagt, Kasse, also eigentlich Sozialversicherung - Hauptverband und Länder machen jetzt die Planung. Also ich glaube, davon bin ich überzeugt, dass ich die einzelnen Träger, die einzelnen Kassen, die Ärztekammern zur Stellenplanung wieder wünschen werden. Die werden mit den Ländern die größeren Probleme bekommen und das da natürlich, wenn jetzt die</p>

		<p>Länder planen mit den Sozialversicherungen die Tendenz größer sein wird, die Länder zahlt die Krankenhäuserleistungen die ja dorthin zu bekommen, nämlich die Fachärztlichen Leistungen und nicht die, es ist ja ein Schmach, dass man sagt, Entlastung der Ambulanzen und hinüber in den niedergelassen Bereich, das Gegenteil findet statt durch das VUG. Die Leistungen der Allgemeinmedizin, ich glaube überhaupt, dass das der Grundplan ist, Allgemeinmedizinische Leistungen Primärversorgung zentriert anzubieten, wenn es geht vielleicht gerade noch in Netzwerken, weil es einfach am Land nicht anders gehen wird und die Fachärztlichen Leistungen in die Spitäler zu bringen und damit das möglich wird, muss man die Kammern und die einzelnen Kassen aus der Planung herausbekommen, also aus dem Grund oben. Das ist die Entwicklung und das haben wir kritisiert, weil wir das nicht wollen. Ich als Patient, das ist mein zweites Hauberl, dass sich aufsetzt manchmal, weil ich will als Patient eigentlich nicht jedes Mal in eine Krankenhausambulanz gehen müssen. Ich hätte gerne meinen niedergelassenen Internisten zu dem ich sonst auch hingehge und der mich kennt, denn hätte ich gerne weiterhin.</p>
29	I	<p>Ich sehe das auch alles ein bisschen von der wirtschaftlichen, vielleicht von der Beraterseite für Ärzte. Aber können jetzt so eben durch die neue Regelungen gerade junge Ärzte, die noch nicht hochgereiht sind, im Vergabeverfahren der Ärztekammer jetzt das eben das ganze Vergabeverfahren umgehen und so eine Gruppenpraxis gründen in Form einer Primärversorgungseinheit ohne das die Ärztekammer irgendwelche Reihungen oder da großen Einfluss nimmt, in der jetzigen Rechtslage vor allem?</p>
30	B	<p>Die Ärztekammer ist in der Reihung nicht mehr dabei. Es ist wiederum ein interessantes Ding, die Kassa bewertet anhand von Kriterien die zwischen Kasse und Kammer ausgemacht wurden Reihungsrichtlinien, wer der Bessere ist. Bisher hat man ein Kollektiv gehabt, als Kammer. Wenn man gesagt hat, machen wir das miteinander aus, dass hat zwischen Kammer und Kasse immer alles super funktioniert. Jetzt soll das die Kasse alleine machen und ich wünsche alles Gute in einem eventuellen Verfahren eines übergangenen Bewerbers, wenn man da sagt, der steht uns mehr zu Gesicht.</p>
31	I	<p>Natürlich, dass bringt dann alles Probleme mit sich. Man soll halt nachweisen können warum A und nicht B. Es gibt es vielleicht nicht mehr.</p>
32	B	<p>Sachlicher ist es nicht geworden.</p>
33	I	<p>Sachlicher ist es sicher nicht mehr geworden. Wie gesagt, mir geht es halt wieder um die Beraterseite. Vielleicht junge Ärzte, vielleicht sehen die da die Chan-</p>

		ce drinnen, weil das ist jetzt das einzige was ich im Zuge meiner Recherche herausgefunden habe. Bis jetzt kann das Ganze eigentlich nur für Junge, die unbedingt in eine Gruppenpraxis wollen, attraktiv wirken. Sonst habe ich bis jetzt noch nicht wirklich...
34	B	Ja, aber für die Jungen setzt das wieder voraus, dass sie eine Stelle bekommen oder ein entsprechendes Primärversorgungszentrum oder ein Netzwerk bereits gewidmet ist, im RSG. Sonst können sie das hundert Mal wollen, aber es wird nicht sein.
35	I	Aber es müssen ja welche gewidmet schon sein? Es muss ja bis zu 75
36	B	Es wird sich jetzt ergeben. Aber 75 werden wir nie bekommen. Ich habe diese Obergrenze immer als Schnapsidee empfunden, weil sie nicht realisierbar ist, jetzt schon nicht.
37	I	Bis jetzt drängt auch wirklich noch nicht jemand in ein Netzwerk oder?
38	B	Warum sollen drei Ärzte, die bisher in einer kleinen Ortschaft oder in einer Kleinstadt waren und sich einmal im Monat getroffen haben, bei einem guten Abendessen sich die Nachtdienste ausgemacht haben oder in der Ärztekammer getroffen haben und sich dort die Nachtdienste, Vertretungen und Nachtdienste ausgemacht haben, warum sollen die jetzt ihren Kassenvertrag aufgeben, in einen neuen Kassenvertrag gehen, wo sich nicht viel besser bezahlt werden, wo sie keine Rückkehrmöglichkeit haben, wenn sie sich zerstreiten oder eine zeitlich limitierte Rückkehrmöglichkeit haben, wenn sie sich zerstreiten, warum sollen sie das machen, wenn es bisher auch ganz gut funktioniert hat? Das ist das, was ich eingangs gemeint hab. Man hätte den Leuten irgendwelche Inputs geben müssen, wo sie sagen, wow, wenn ich das mache und das muss nicht geltend sein, das ist wie im Angestelltenbereich. Ich weiß hier, dass ich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wenn ich sie vorschlage für eine Gehaltserhöhung ungefähr drei Monate lang positiv bedienen kann. Nach drei Monaten, dass weiß man aus der Psychologie, ist der positive Anreiz der Gehaltserhöhung verpufft. Sie müssen den Leuten andere Dinge geben, zusätzlich. Natürlich will jeder gut verdienen, aber sie müssen ihnen bieten, dass sie sich da wohlfühlen, dass sie da gerne herkommen, dass sie ein entsprechendes Input haben, was weiß ich, Unterstützung beim Mittagessen, irgendwelche Sportmöglichkeiten, irgendwas, wo man sagt, dass hebt meinen Job aus dem heraus. Das hätte man auch Kassenärzten geben müssen. Gehen sie in ein Netzwerk, dann haben sie eurem bestehenden Vertrag folgende positiven Dinge zu erwarten. Dann wären die Leute gegangen. Nein, reglementiert man sie hinunter bis zum Umfallen, weil so wie

		man das immer gemacht hat. Was reglementieren am ärgsten heißt, ein Tipp, schauen sie sich an, die ist im RIS abrufbar, die Heilmittelbewilligungs- und kontrollverordnung, allein das Wort sagt ja alles aus. Die regelt, dass was man sagt, es läuft nicht mehr der Patient zum Chefarzt, sondern der Arzt macht in der Ordination die Bewilligung, damit wäre eigentlich fast alles gesagt. Das ist aber ein ca. 10-seitiges Konvolut und determiniert es bis zum Kleinsten. Ja keine Luft lassen den Ärzten, alles muss geregelt werden und vor allem viele Sanktionen, wenn die das alles nicht machen. Das funktioniert nicht, das System. Täte ich auch nicht. Es sind Freiberufler!
39	I	Wie stehen sie dann zur Anstellung von Ärzten? Eher kritisch oder eher offen?
40	B	Die gehört unbedingt her. Ja, das ist ein ganz großes Versäumnis dieses Gesetzes, dass man es nicht gemacht hat.
41	I	Hätte sicher auch irgendwo Anreiz geboten, gerade auch in Hinblick irgendwann Praxisaufgabe und –weitergabe.
42	B	Vor allem für die Anzustellenden. Es gibt nun mal junge Frauen, die sagen, ich habe Medizin studiert, ich habe meinen Turnus gemacht, jetzt bekomme ich mein zweites Kind bekommen und ich würde gerne 10 Stunden arbeiten, aber ich kann keine 50 Stunden arbeiten. Ich lasse mich anstellen, weil ich will auch das Unternehmerrisiko haben. Warum lässt man Leute nicht selbst entscheiden?!
43	I	Ich bin selbst auch zu diesem Schluss gekommen, dass es eigentlich fraglich ist, warum es nicht geht. Weil rechtlich ist jeder Arzt für sich, haftungstechnisch wäre es kein Problem und sonst würde ich auch keine großen Probleme sehen. Wenn man die Praxis kennt, weiß man, dass es Ärzte praktizieren. Die Frage ist, was sind die Konsequenzen? Meistens wird ihnen zum Glück eh nur auf die Finger geklopft, aber es hat halt trotzdem Konsequenzen. Ich wäre nun mit meinem Fragenkatalog durch, vielen, vielen Dank!

e) Transkription Leitfadeninterview Dr. Holzgruber

Befragte Person:	Dr. Thomas Holzgruber Kammeramtsdirektor der Österr. Ärztekammer
Datum und Uhrzeit des Interviews:	21.12.2017, 08:15 – 08:35 Uhr
Ort des Interviews:	Telefoninterview
Dauer des Interviews:	19:10 Minuten
Interviewer:	Marco Peischl, BA
Transkribient:	Marco Peischl, BA
Transkriptionsregeln:	<p>Die Transkription erfolgt Wort für Wort mit leichter Sprachglättung.</p> <p>Abkürzungen zur besseren Darstellung: I = Interviewer B = Befragter</p> <p>Leichte Sprachglättung. Korrektur des „breiten“ Dialekts, aber umgangssprachliche Ausdrucksweisen bleiben erhalten. Fehlerhafte Ausdrücke und grammatikalisch inkorrekt gebauter Satzbau werden ebenso beibehalten.</p> <p>Füllwörter wie „ähm“ und Pausen werden ausgespart.</p> <p>Ebenso werden eigene Erwähnung von Zustimmungsvokabeln, wie beispielsweise „ok“, welche den Inhalt nicht maßgeblich verändern, ausgeklammert.</p>

1	I	Noch ganz kurz: Sie sind damit einverstanden, dass das Gespräch aufgezeichnet wird, dass ich es dann transkribieren kann?
2	B	Ja, kein Problem.
3	I	Dann würden wir gleich mal starten. Darf ich gleich mal ganz allgemein fragen: In welchen beruflichen Anknüpfungspunkte haben Sie in Ihrer Arbeit mit dem Primärversorgungsgesetz?
4	B	Die Ärztekammer war ja in die Verhandlungen miteingebunden. Und ich war neben dem Kollegen Prof. Zahl einer der beiden von der Ärztekammer entsandten Emissäre die dieses Gesetz die politischen Parteien der Sozialversicherungsträgern zu verhandeln hatten, im Frühjahr 2017.

5	I	Und wie ist ganz generell Ihr persönlicher Standpunkt zu dem neuen Primärversorgungsgesetz?
6	B	Persönlicher Standpunkt ist, dass man einfach das Primärversorgungsgesetz sozusagen neuer Wein in alten Schläuchen ist, indem man einfach festgestellt hat, dass es die Ärztekammer seit Jahrzehnten trommelt, dass die Hausärzte vernachlässigt werden und dass es keine Ressourcen gibt, dass man international als Primärversorgungsmedizin bezeichnet zu machen und man jetzt versucht hat über ein Gesetz es neu zu regeln, wobei unser Zugang war immer, es braucht gar kein neues, es bräuchte gar kein neues Gesetz. Das Gesetz bringt überhaupt nichts. Man müsste den Allgemeinmediziner die Möglichkeiten geben, eigentlich das zu tun, was möglich ist. Das wollte man aber nicht, weil es zu viele Kosten verursacht und die Kosten wollte niemand übernehmen. Und auch heute will sie keiner übernehmen für diese PHC. Für ganz Österreich gibt es keine Vollversorgung, bei weitem nicht. Eine Minimalversorgung. Und das ist das Grundproblem, d.h. wir hätten auch ohne PHC leben können. Wir haben das PHC-Gesetz eigentlich immer nur als Anschlag darauf gefunden, dass man versucht hat, die Ärztekammer und die ärztliche Interessensvertretung so halt aus den Sozialversicherungen herauszunehmen. Und das jetzt nur gemacht hat, um die Ärztekammer zu schwächen und nicht, um die Primärversorgung zu stärken.
7	I	Dann darf ich gleich fortfahren, da ein bisschen ins Detail gehen. Wo sehen Sie dann die größten Kritikpunkte am neuen Gesetz? Was sind inhaltlich, wo sehen Sie diese?
8	B	Die größten Kritikpunkte am neuen Gesetz, ist dass kein Geld reserviert wurde, für das was man machen möchte. Es ist kein Geld da, für das was man machen möchte. Man hat sich nicht dazu entschließen können eine zusätzliche Finanzierung für die Primärversorgung auf die Beine zu stellen. Sondern man hat sinngemäß ein Etat geschaffen, aber das Geld muss von wo anders weggenommen werden. Jetzt können Sie sich überlegen, wo Sie die zusätzlichen Gelder sparen können. Im Spital, bei den Fachärzten, also das ist mal der allergrößte Kritikpunkt, dass es keine finanziellen Mittel gibt, die Primärversorgung zu stärken.
9	I	Und von diesen 75 Millionen, also ich weiß, dass habe ich
10	B	200 Millionen. Das ist kein frisches Geld. Das ist Geld, das wird von wo anders weggenommen. D.h. es wird für die Primärversorgung kein neues Geld ausgegeben. Das ist das Problem. Sie müssen irgendwo anders sparen. Jetzt können Sie sich überlegen und schauen Sie sich an die Wartezeiten bei den Fachärz-

		<p>ten, die Situation bei den Gangbetten bei den Spitälern. Nun können Sie sich überlegen wo sie sparen wollen, um die Primärversorgung zu stärken. Das ist der größte Hauptkritikpunkt, dass man einfach sich nicht, dass man sozusagen Kostenfaktor macht Primärversorgung, aber das was notwendig ist, wenn man diese Primärversorgung, die an sich unstrittig ist, weil das was man da ins Gesetz hineingeschrieben hat, würde in der wissenschaftlichen Arbeit als Plagiat durchgehen. Man hat internationale Bücher abgeschrieben. Was man in einer wissenschaftlichen Arbeit ja nicht machen darf, wenn man ordentlich studiert, hat der Gesetzgeber gemacht. Das Primärversorgung so aufstellt ist wie da steht, ist nicht die ganz große Innovation. Das kann man auf der ganzen Welt nachlesen, dass ist lächerlich. Sondern es geht darum, dass man immer gesagt hat, man hat die Hausärzte kurzgehalten, wenn jetzt ein Hausarzt umzieht, dann muss man sich finanzieren. Und diese Finanzierungsmöglichkeiten hat man Hausärzten nie eingeräumt. Und daher ist es ein Problem das Zentren bilden von Hausärzten oder Netzwerke. Das war auch bisher so. Wir hatten Gruppenpraxen und man hat jahrelang versucht von der Sozialversicherung Gruppenpraxen mit Abschlägen zu, also wenn du eine Gruppenpraxis bildest, dann bekommst du einen Honorarabschlag. Und das sich dann natürlich weniger Gruppenpraxen gebildet haben, wenn sich einerseits weniger verdienende Einzelordinationen, zweitens Aussicht die Ressourcen haben, zusätzliches Personal, Schwestern, Sozialarbeiter etc. zu bestellen, darf man sich nicht wundern, dass dann sich keine Primärversorgungseinheiten gebildet haben. Man hat zumindest jetzt einmal erkannt, dass es ein völliger Unsinn war, was man da jahrzehntelang verzapft hat. Allerdings war das auch nicht Schuld der Ärztekammer, sondern Schuld der Sozialversicherungsträger auch der Politik, die das nicht eingegrenzt haben. Und dadurch ist die Primärversorgung an sich statt besser schlechter geworden, wenn man Wien z.B.: statt 820 Allgemeinmediziner mit Kassenverträgen nur 750 bei einer wachsenden Stadt. Das kann mir niemand erklären.</p>
11	I	<p>Darf ich dann gleich auf zwei Detailfragen eingehen und zwar: Der Genehmigungsprozess ist ja jetzt ein bisschen anders als bei Gruppenpraxen. Wie können Sie dazu ein bisschen Stellung nehmen?</p>
12	B	<p>An sich ist es so, dass die Länder sollten stärker mitreden und haben gesagt, sie wollen unbedingt, sie planen wo was hinkommt. Und das war eine reine Machtfrage. Eine reine Frage, wer entscheidet, wo was hinkommt. Da haben wir das Problem, dass die Länder die bestehen, zwar politisch angeschossen werden für</p>

		<p>eine schlechte Versorgung. Also wenn also in Wien die Versorgung nicht funktioniert, wird natürlich die Stadträtin von der Opposition kritisiert, allerdings sie hat keine Macht es umzusetzen, weil die Macht die Stellenpläne zu machen liegt bei der Sozialversicherung, bei der Ärztekammer. Die Schwierigkeit war, dass die Länder mitreden wollten und da hat man sich in der unseligen Artikel 15a Vereinbarung darauf verstanden, dass Länder und Sozialversicherungen gemeinsam die Planungen machen und auch die PHC planen und die Ärztekammer hinausgeworfen, weil in der Planung der normalen niedergelassenen Ärzte gibt es Stellenplaneinvernehmen zwischen Ärztekammer und Sozialversicherung. Die Schwierigkeit ist allerdings die, sie können heute alles planen, aber sie brauchen auch Leute die es tun. Sie brauchen Ärzte, die dort die Ansiedelung machen. Und wir sehen jetzt sehr eindeutig, dass es unendlich schwierig ist, politisch einfach was hinzuplanen, das wollen wir dort haben, und da wir finden keine Ärzte, die es tun. Das funktioniert nämlich überhaupt nicht in der Realität. Und die Länder wollen aber über die Macht, die Länder haben sich bei den Verhandlungen durchgesetzt und die Macht bekommen gemeinsam mit der Sozialversicherung zu planen. Das sind aber keine Verhandlungen im PHC-Gesetz, sondern so wie bereits früher in der 15A-Vereinbarungsumsetzungsgesetz im Jänner 2017 festgelegt. Das war dann nicht mehr Gegenstand der PHC-Verhandlungen, da diese Verhandlungen bereits früher abgeschlossen waren. Und darauf hat sie sich gesagt, wenn man schon eine große Planung macht und sagt, da hat man schon geplant, dass da ein PHC hinkommt und dann findet sie eine Gruppenpraxis, eine PVE, warum man da nochmal einen Genehmigungsprozess machen muss, ist völlig sinnlos.</p>
13	I	<p>Es sind auch die Kritikpunkte was man auch durchwegs in der Literatur findet und der zweite Kritikpunkt, den ich auch im Zuge meiner Recherche herausgefunden habe, waren die Umsetzung im Kassenvertragsrecht. Also meines Erachtens und das ist auch die Meinung von Herrn Dr. Zahrl, ist das ja noch nicht so klar bzw. da gibt es ja auch einige Probleme. Könnten Sie auch dazu Stellung nehmen?</p>
14	B	<p>Wir verhandeln jetzt einmal sicherheitshalber parallel den Bundesgesamtvertrag. Wobei dieser Bundesgesamtvertrag man kann das alles hineinschreiben, aber im Grunde nach haben wir folgende Problematik. Ich bringe Ihnen ein Beispiel. In Wien haben wir schon zwei PHCs. Ein paar Straßenzüge weiter, also für den Patienten ganz leicht zugänglich, andere Ärzte, die sind unvermeidbar, da die Stadt eine hohe Besiedlungsdichte hat. Es ist hier niemanden zu erklären, wa-</p>

		<p>rum das PHC gewisse Leistungen abrechnen darf und einen Wettbewerbsvorteil hat, während der Hausarzt drei Straßen weiter es nicht darf und vielleicht noch zu anderen Tarifen. Dazu kommt eine extreme wettbewerbsrechtliche Problematik hinein. Und das zweite war, dass man sagt, ein Hausarzt in Wien braucht andere Leistungen, z.B. Drogentherapie, als ein Hausarzt in Sölden, der die Schifahrer versorgen muss. Und daher muss es regionale Unterschiede geben, worauf man gesagt hat, es muss zwar einen Bundesgesamtvertrag geben, aber es muss auch Länderverträge geben, mit den Honorarregelungen, weil wenn niemand erklären können, warum der Arzt A das darf mit seinen Leistungsharmonisierungen und warum der Arzt drei Gassen weiter nicht mehr darf. Das ist völlig unerklärbar, kann man nicht der Bevölkerung erklären.</p>
15	I	<p>Und wie glauben Sie wird es bei den Verhandlungen weitergehen?</p>
16	B	<p>Das Verhandeln ist ja simpel in Wirklichkeit. Es wird einen Bundesvertrag geben, der ist wahrscheinlich im Ergebnis sehr schlank, weil die Bundesländer die Kompetenzen für sich behalten wollen und Ländergesamtverträge geben zur Honorierung, die werden in Wirklichkeit besonders spektakulär sein. Es gibt ja schon Muster in Oberösterreich. Niederösterreich hat schon was gemacht. Wenn man sich das anschaut, ist das großartige neue, gibt es auch nicht. Es gibt ja auch nicht in der Honorierungsform der Ärzte keinen goldenen Weg weltweit nicht. Es gibt keine ideale Honorierungsform für Ärzte. Jede Form hat potenzielle Fehleranreize drinnen. D.h. man muss eine Mischform aus Pauschal- und Einzelleistungssystem machen und das haben wir in Wien zum Beispiel schon bei den Kassenärzten. Man wird sicher auch irgendwelche honorarrechtlichen Regelungen kriegen, aber das wird recht unspektakulär, es sind allerdings Normen in Österreich. Also ich sehe da jetzt nicht die großen Probleme beim Verhandeln. In Wirklichkeit geht es immer darum, was kommt am Ende des Tages heraus. Im Endeffekt reden wir uns das aus, was wir zwei Fragen vorher gehabt haben, aber die Frage wer finanziert diese Mehrkosten. Es sind massive Mehrkosten. Das wissen wir aus den Pilotprojekten ganz, ganz massive Mehrkosten für die Sozialversicherungen und die Länder, wer auch immer die Primärversorgung zahlt. Weil es ja völlig logisch ist, wenn ich heute ein Team habe, dass verschiedene andere Berufsgruppen beinhaltet, kostet einfach mehr als ein Hausarzt, wo er nur arbeitet, vielleicht ein, zwei Mitarbeiter.</p>
17	I	<p>Dann würde ich ein bisschen umschwenken und mal fragen wollen: Sehen Sie trotz auch den ganzen Kritikpunkte eine Chance gerade in der Zusammenarbeit von Ärzten mit anderen Gesundheitsberufen? Also kann es für die einzelnen</p>

		Berufsgruppen da nicht trotzdem auch zu Chancen kommen und sich auch Vorteile finden warum es Anreize gibt, dass sich eben Ärzte und andere Gesundheitsberufe zu einem Zentrum zusammenschließen?
18	B	Wenn Sie die ältere Ärzte fragen, die heute 65 sind, dann sagen sie, dass hätten wir so gerne gemacht, man hat uns nie es lassen. Es ist ja nicht so, dass Gesundheitsberufe nicht zusammenarbeiten wollen. Wer immer auch das sagt, redet Schwachsinn. Gesundheitsberufe wollen natürlich zusammenarbeiten, weil das Interesse eines jeden Gesundheitsberufes ist, dass die Patienten bestmöglich versorgt werden. Mit allen dafür notwendigen Ressourcen. Das Problem war immer nur, dass diese Ressourcen zu Verfügung gestellt haben, ganz bewusst diese Ressourcen nicht zur Verfügung gestellt haben. Und natürlich, wenn man heute voll finanziert wird, ob das ist genau die Forderung ist, die die Ärztekammer bei den Kassenverhandlungen gebracht hat. Plus 40%, so viel würde es kosten ganz Wien mit PHC-Systemen zu überziehen. Eine 40%ige Steigerung des Honorarvolumens der Allgemeinmediziner. Das sind natürlich saftige Millioensummen, die da rauskommen. Dann können das alle machen. Dann wird es auch für die Gesundheitsberufe toll sein, gar keine Frage.
19	I	Weil derzeitige Gesundheitsberufe selbst kommen ja im Gesetz eigentlich fast gar nicht mehr vor. Die sind ja meines Erachtens
20	B	Ja, die braucht man ja nicht auch in Wirklichkeit, weil die Sozialversicherung hat sich geweigert, was ein Vorschlag war, eigene Gesamtverträge zu machen für Schwestern, für Sozialarbeiter usw., also eigene Honorarregelungen. Wobei es im Endeffekt so war, was man auch in anderen Berufen, in der Radiologie oder der physikalischen Medizin im Sinne des Gesamtvertrages zu haben, dass die Ärztekammer diese Tarife mitverhandelt quasi indirekt, indem wir schauen, dass die Ärzte genug Geld haben, dass sie die kleinen Berufsgruppen leisten können. Ein Angestellter und das rennt alles über den ärztlichen Gesamtvertrag und die Ärzte aus dem was sie von der Kasse vereinnahmen, zahlen auch entsprechenden gemäß Kollektivverträge, die entsprechenden Berufsgruppen die bei ihnen beschäftigt sind. Das ist ja ein Modell, das dem Gesamtvertrag nicht fremd ist. In der Radiologie funktioniert es so. Aber das ist nicht die ganz große Innovation. Aber so funktioniert es, aber die Sozialversicherung wollte keinen weiteren Vertragspartner haben bei den Verhandlungen und wie gesagt haben, ok, dann machen es halt wir, die Ärzteschaft.
21	I	Dann darf ich aber noch fragen, wie schätzen Sie aber trotz all dieser Kritik das generelle Potenzial von PVEs in der Zukunft ein, auch ein bisschen im Hinblick

		zwischen Stadt und Land vielleicht?
22	B	<p>Ja das Potenzial. Schauen Sie, wenn man vergleicht heute, dass alle Zusammenschlüsse alle Gruppenpraxen da sehen wir, also für Wien kann ich es jetzt extrem sagen, weil da sehe ich es jeden Tag, dort wo wir größere Einheiten bilden, sprich Gruppenpraxen, gilt übrigens auch für Fachärzte, nicht nur in der Allgemeinmedizin, dort werden wir von Patienten sehr stark angenommen. Da haben die Patienten nicht das Problem in größere Einheiten zu gehen, es ist allerdings ist unsere Philosophie, das ist auch international so üblich, es muss einen vernünftigen Mix geben. Es gibt viele Patienten, die schätzen sehr eine persönliche Betreuung in kleineren Entitäten und andere sagen wieder nein, es ist ihnen wichtig, dass hauptsächlich immer ein Arzt da ist, da ist mir nicht so wichtig wer mich betreut. Das würde wieder für die größeren Einheiten sprechen. Natürlich, wir haben in Wien auch ohne PHC-Gesetz bereits 17 Allgemeinmedizinische Gruppenpraxen, die nichts anderes wie ein PHC sind. Da wird nur PHC darüber gefärbt, in Wirklichkeit sind es PHCs. Die haben wir schon, die existieren auch und es kommen jedes Jahr zwei, drei dazu. Es ist halt ein extrem langsamer Prozess, dass hängt aber damit zusammen, dass wir Räumlichkeiten finden müssen. Wir haben in Wien ein massives Immobilienproblem, da wir keine gescheiterten Räumlichkeiten finden und die Ärzte die zusammenfinden müssen und natürlich die finanziellen Ressourcen da sein müssen, dass sie sich die Angestellten, MitarbeiterInnen leisten können.</p>
23	I	<p>Dann darf ich schon zu meiner Abschlussfrage kommen. Was würden Sie persönlich jemanden raten, der Sie um Unterstützung bei der Errichtung einer Primärversorgungseinheit bittet? Was wäre Ihr genereller Rat zu dieser Person?</p>
24	B	<p>Am allerwichtigsten bei der Unterstützung einer Primärversorgungseinheit ist, dass die Leute sich untereinander verstehen. Es ist das Gesundheitswesen, die Leute, die die Mitarbeiter, bei denen hängt es extrem, vor allem die Ärzte müssen miteinander können. Wenn die nicht miteinander können, haben wir ein massives Problem in der PVE. Dann kann man alle gesetzlichen Regelungen machen, das Wichtigste ist das zwischenmenschliche Harmonisieren. D.h. die Leute müssen miteinander können, müssen die gemeinsame Einrichtung mit den Patienten führen und das ist das Allerwichtigste. Die Partnerwahl, es ist wie eine Ehe. Ich sage immer bei Vorträgen, dass Gruppenpraxen laut PVE ist wie eine Ehe, aber es ist einfacher, weil man muss sich nicht unbedingt lieben. Man muss sich respektieren, achten und schätzen, aber nicht lieben. Lieben ist eine Emotion, die laut PVE nicht unbedingt notwendig ist. Aber man muss sich ach-</p>

		ten und respektieren und das ist das Entscheidende. Wenn das funktioniert, dann funktioniert auch die ganze PVE und das zweite ist die Immobilie und das restliche Personal. Es hängt nicht an Gesetzen, es hängt in Wirklichkeit viel, viel mehr an zwischenmenschlichen Systemen und Problematiken, das PVE funktioniert.
25	I	Ja, dass habe ich auch mal ausführlich mal bei einen Vortrag von Ihnen gehört habe, auch ausgeführt.
26	B	Ja und wir müssen viel mehr schauen, dass frisch aus dem Boden gestampfte PVEs, ich habe irgendwo eine Immobilie und suche drei Ärzte, die das machen funktioniert eine Praxis nicht. Die meisten PVEs, das ist ja das größte in Wien in der Mariahilfer Straße, das ist über Jahrzehnte gewachsen. Ist ein gewachsenes PVE, wo sich Ärzte zusammengefunden haben und das vernünftig miteinander machen und das ist die gescheiteste aller Varianten, alles andere wird auf die Dauer auch nicht funktionieren. Wir müssen schauen, dass wir am Boden bleiben. Da kann der Gesetzgeber machen was er will, wir brauchen die Ärzte die es tun und die müssen miteinander können.
27	I	Vielen, vielen Dank. Ich wäre jetzt am Ende meines Interviews.

f) Analyisierte Stellungnahmen zum Begutachtungsentwurfs des GRUG 2017

Im Rahmen der Arbeit wurden folgende 25 Begutachtungsentwürfe analysiert. Bei der Auswahl wurden vor allem bekannte Organisationen und Institutionen herangezogen.

Nr.	von	eingegangen an	Referenz
1	Österreichische Gesellschaft für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP)	23.05.2017	360/SN-312/ME
2	biomed austria - Österreichischer Berufsverband der Biomedizinischen AnalytikerInnen	22.05.2017	350/SN-312/ME
3	Der Rechnungshof	22.05.2017	351/SN-312/ME
4	BM f. Justiz	22.05.2017	337/SN-312/ME
5	BM f. Finanzen*Abteilung I/4	22.05.2017	339/SN-312/ME
6	Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ)	22.05.2017	341/SN-312/ME
7	Österreichischer Hausärzterverband (ÖHV)	21.05.2017	280/SN-312/ME
8	Bundesarbeitsgruppe Psychiatrie Pflege (ÖGKV BAG PP) des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV)	21.05.2017	300/SN-312/ME
9	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Gestalttheoretische Psychotherapie (ÖAGP), Vorsitzende Mag. Doris Beneder	21.05.2017	310/SN-312/ME
10	Österreichischer Berufsverband der Musiktherapeuten	21.05.2017	317/SN-312/ME
11	HPE ÖSTERREICH - Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter	21.05.2017	319/SN-312/ME
12	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP)	21.05.2017	271/SN-312/ME
13	Österreichisches Hebammengremium	20.05.2017	245/SN-312/ME
14	Verband der Diätologen Österreichs	20.05.2017	254/SN-312/ME
15	Österreichische Apothekerkammer	19.05.2017	197/SN-312/ME
16	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Präsident	19.05.2017	199/SN-312/ME
17	Österreichischer Gemeindebund	19.05.2017	209/SN-312/ME

18	Bundeskanzleramt*Verfassungsdienst	19.05.2017	225/SN-312/ME
19	BM f. Inneres*Abteilung III/1	19.05.2017	226/SN-312/ME
20	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*Recht und Personal	19.05.2017	231/SN-312/ME
21	Österreichische Ärztekammer	18.05.2017	141/SN-312/ME
22	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde	17.05.2017	114/SN-312/ME
23	Verein Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (OEFOP)	16.05.2017	78/SN-312/ME
24	Junge Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ)	16.05.2017	102/SN-312/ME
25	Dr. Eva Raunig, Hausärztin und Kammerrätin der Ärztekammer für Wien	10.05.2017	2/SN-312/ME

g) Überblick der zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

Überblick über die zehn Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) für Österreich

ZIEL 1: Gesundheitsförderliche **Lebens- und Arbeitsbedingungen** für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen



ZIEL 2: Für gesundheitliche **Chancengerechtigkeit** zwischen den Geschlechtern und sozio-ökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen



ZIEL 3: Die **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung stärken



ZIEL 4: Die **natürlichen Lebensgrundlagen** wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern



ZIEL 5: Durch **sozialen Zusammenhalt** die Gesundheit stärken



ZIEL 6: **Gesundes Aufwachsen** für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen



ZIEL 7: Gesunde **Ernährung** mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen



ZIEL 8: Gesunde und sichere **Bewegung** im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern



ZIEL 9: **Psychosoziale Gesundheit** bei allen Bevölkerungsgruppen fördern



ZIEL 10: Qualitativ hochstehende und effiziente **Gesundheitsversorgung** für alle nachhaltig sicherstellen



Quelle und Darstellung: BMG 2012

h) Stellenplan für die Steiermark

§2 Kassen Stellenplan (inkl. Gruppenpraxen)																		
Bezirk:	EW/Bez.	Allg	Au	Chir	Gyn	HNO	Derm	Int	Ki	Lu	Neur	Orth	PSY	Uro	Rad	Labm	Su FA	Su gesamt
Graz gesamt	280.258	111	13	4	17	7	8	14	14	6	3	7	5	7	7	1	113	224
Graz-Umgebung	148.830	60	1	0	2	2	0	3	0	1	0	1	2	0	0		12	72
Bruck-Mürzzuschlag	100.349	57	5	1	6	3	3	6	3	2	1	2	2	2	3		39	96
Deutschlandsberg	60.657	32	2	0	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1		16	48
Hartberg-Fürstenfeld	90.546	48	4	1	4	2	2	5	3	1	2	2	1	1	2		30	78
Leibnitz	81.315	42	2	0	3	2	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	22	64
Leoben	61.558	36	2	0	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	21	57
Liezen	79.860	45	3	0	4	2	2	4	2	1	1	1	1	1	2		24	69
Murtal	73.150	41	3	0	3	2	2	4	2	2	1	2	1	1	2		25	66
Murau	28.390	18	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1		7	25
Südoststeiermark	86.144	44	3	0	3	2	2	4	2	1	0	2	1	2	2		24	68
Voitsberg	51.851	27	2	0	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1		15	42
Weiz	89.104	41	3	0	4	2	2	4	2	1	1	2	1	2	1		25	66
Stmk gesamt:	1.232.012	602	44	6	53	29	27	55	35	19	15	23	18	21	25	3	373	975
Stmk ohne Graz	951.754	491	31	2	36	22	19	41	21	13	12	16	13	14	18	2	260	751
Gruppenpraxen																		
GRAZ																		
Graz Zentrum links		1																
Graz Zentrum links		1																
Graz Zentrum links		1																
Graz Zentrum links		1																
Graz Linkes Murerer Süd		1																
Graz Rechtes Murerer Süd		1																
Graz Rechtes Murerer Süd		1																
GRAZ-UMGEBUNG																		
Judendorf-Straßengel		1																
Laßnitzhöhe		1																
HARTBERG FÜRSTENFELD																		
		1																
LIEZEN																		
Liezen		1																
WEIZ																		
Weiz		1																
GESAMT		12																