

Mag. Kerstin Garbeis, LL.M.

Mag. Nick Herdega, MSc

Ärztchamber für Oberösterreich

Ärztliche Kooperations- und Zusammenarbeitsformen in Oberösterreich

1. Präambel	46
2. Gruppenpraxis	47
3. Primärversorgungseinheiten	55
4. Anstellung von Ärzten in Ordinationsstätten, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten	62
5. Erweiterte Vertretung	67

Während noch vor wenigen Jahrzehnten niedergelassene Ärzte als Einzelkämpfer in der Ordination tätig waren, wurde in den letzten Jahren der Wunsch nach Zusammenarbeit und Kooperation immer größer. Darauf hat vor allem auf Drängen der ärztlichen Standesvertretung auch der Gesetzgeber reagiert und für derartige Formen – angefangen von der Gruppenpraxis bis hin zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten – eine gesetzliche Basis geschaffen. Unterhalb der gesetzlichen Ebene ist es vor allem den Sozialpartnern in den Bundesländern – in Oberösterreich der damaligen lokalen Gebiets-krankenkasse und der Ärztekammer für Oberösterreich – gelungen, unterschiedliche Kooperationsformen zu etablieren.

Der nachfolgende Beitrag beleuchtet diese unterschiedlichen Zusammenarbeitsformen aus oberösterreichischer Sicht, inklusive aller zwischen den oberösterreichischen Systempartnern vereinbarten Besonderheiten.

1. Präambel

Während noch vor wenigen Jahrzehnten der Freiberufler als Solist ganz allgemein als Gegenstück zum teamarbeitenden Arbeitnehmer angesehen wurde, hat sich dieses Bild mittlerweile dramatisch verändert. Freiberufler allgemein und somit auch niedergelassene Ärzte entfernen sich immer mehr vom Einzelkämpfertum. Angesagt ist Zusammenarbeit in vielen Farben und Formen, um den dahinterstehenden Motiven der jeweiligen Protagonisten gerecht zu werden. Darauf hat vor allem auf Drängen der ärztlichen Standesvertretung, manchmal mit Überzeugungsarbeit in politischen Gesprächen, manchmal unter Zuhilfenahme der (Verfassungs-)gerichtsbarkeit, auch der Gesetzgeber reagiert und derartige Formen zumindest ermöglicht, wenngleich immer noch Wünsche unberücksichtigt sind. Unterhalb der gesetzlichen Ebene ist es vor allem den Sozialpartnern in den Bundesländern – lokalen damaligen Gebietskrankenkassen und den Länderärztekammern – gelungen, eine vielfältige Landschaft von institutionalisierten Kooperationsformen zu schaffen. Dies ist auch deshalb wichtig und notwendig, da sich hinter dem Wunsch nach Zusammenarbeit oftmals ganz verschiedene Motivlagen, die allesamt ihre Berechtigung haben, zeigen. Die Bandbreite spannt sich dabei vom niedergelassenen Arzt als Dienstgeber von Ärzten über lose Zusammenarbeitsformen zu bestimmten Zwecken (z.B. Vertretung) bis hin zu dauerhafter Kooperation in Form von Gruppenpraxen und zuletzt auch Zusammenarbeit im Kontext von Ärzten und sonstigem Gesundheitspersonal in größerem Ausmaß, wie es bei den Primärversorgungseinheiten gegeben ist.

Gerade auch die Motivationslage von jungen Ärzten zeigt ein besonders hohes Engagement in Richtung Kooperation mit Berufskollegen. Allein aus Sicht der Sicherstellung der gesamtärztlichen Versorgungslage ist es daher in jedem Fall geboten, den Ärzten ständig neue Zusammenarbeitsmöglichkeiten anzubieten, damit diese bereit sind, Versorgungsaufgaben besonders auch im extramuralen Kassenbereich zu übernehmen.

Bei vielen der in der Folge dargestellten Zusammenarbeitsmodelle war Oberösterreich federführend bei deren rechtlicher Umsetzung, dem Aufbau, der Entwicklung und Strukturierung. Es ist daher durchaus geboten, diese Modelle durch die Brille des Bundeslandes Oberösterreich darzustellen.

2. Gruppenpraxis

Die ärztliche Standesvertretung in Oberösterreich hat nicht nur als erstes Bundesland einen Gesamtvertrag mit der lokalen Gebietskrankenkasse über Gruppenpraxismodelle mit Kassenvertrag abgeschlossen, sie hat auch den Weg dorthin durch Herbeiführung des entscheidenden Erkenntnisses des VfGH bei der Aufhebung des Zusammenarbeitsverbotes des Ärztegesetzes geebnet.¹

Durch die Schaffung der Gruppenpraxisbestimmungen im Ärztegesetz (§§ 52a ff.) zur Jahrtausendwende wurde die gesetzliche Grundlage für Gruppenpraxen mit und ohne Kassenvertrag geschaffen. Darauf aufbauend hat Oberösterreich im Jahre 2002 als erstes Bundesland einen Gesamtvertrag mit der damaligen OÖGKK über Gruppenpraxen mit Kassenvertrag abgeschlossen. Sowohl die gesetzliche Regelung als auch dieser Vertrag wurden mittlerweile zahlreichen Novellierungen unterzogen. Speziell die gesamtvertraglichen Regelungen werden laufend aufgrund von praxisbezogenen Erkenntnissen und sinnvollen Änderungswünschen aller Protagonisten adaptiert und garantieren daher, ständig „up to date“ zu bleiben.

Während für Gruppenpraxen ohne Kassenvertrag ein staatliches Bewilligungsregime wie bei den Ambulatorien gesetzlich verankert wurde, das sich als schwerfällig, wenig praxistauglich aber vor allem als verhindernd für Wahlarztgruppenpraxen herausgestellt hat, obliegt die Genehmigung von Vertragsgruppenpraxen der sozialpartnerschaftlichen Zusammenarbeit von Ärztekammer und Krankenversicherungsträger. Dabei hat sich gezeigt, dass dies die bei weitem flexiblere, schnellere und auf die jeweilige Bedarfssituation optimal ausrichtbare Vorgehensweise ist. Die beeindruckende Zahl von mittlerweile vielen Hunderten in Oberösterreich (und vielen weiteren in ganz Österreich) geschaffenen Gruppenpraxen mit Kassenvertrag im Gegensatz zu der ganz geringen Anzahl dieser Einrichtungen ohne Kassenvertrag beweist dies eindrücklich. Dabei sind Gruppenpraxen mit Kassenvertrag und deren Einbindung in den Stellenplan eine wesentliche Voraussetzung für die großflächige Versorgungswirksamkeit.

1 VfGH v 1.3.1996, G1279/95; G1280/95

2.1. Modellvarianten

Die oberösterreichischen Gruppenpraxisgesamtvertragsregelungen orientieren sich stark an den von den Mitgliedern gewünschten Bedürfnissen. In Form von vier Modellen werden viele Motivationslagen abgedeckt und es wird damit auch drohenden Versorgungslücken gegengesteuert.

Beim sogenannten Modell 1 können sich zwei – und in naher Zukunft auch mehrere – Ärzte zusammenschließen, von denen bereits jeder vor Zusammenschluss über einen Einzelkassenvertrag verfügt, diesen aber bisher als Einzelkämpfer betrieben hat. Der Zusammenschluss erfolgt dabei völlig freiwillig, naturgemäß ist eine örtliche Nähe (selbes Versorgungsgebiet) Voraussetzung. Die Bedingungen des Zusammenschlusses obliegen dabei ausschließlich den Gesellschaftern. Mit diesem Modell sind gegenüber der Einzelpraxis erhöhte Öffnungszeiten verbunden, die aber in Summe geringer sind als die Summe derselben bei mehreren Einzelpraxen. Somit können Versorgungsspitzen bedarfsgerecht durch paralleles Arbeiten gut abgedeckt und umgekehrt Randzeiten besser abgedeckt werden.

Beim sogenannten Modell 2 geht es um eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung von Versorgungslücken. Es gibt immer wieder Orte bzw. Konstellationen, in denen ein Kassenarzt allein zu wenig ist, die Schaffung von zwei Kassenstellen aber zu wirtschaftlichen Problem bei allen betroffenen Ärzten führen würde. Dem kann durch sogenannte Bruchstellengruppenpraxen entgegengewirkt werden, und zwar in der Form, dass ein bestehender Kassenarzt das Versorgungspotential seiner bisherigen Einzelordination durch Hereinholen eines zweiten Arztes in Form der Gründung einer Gruppenpraxisgesellschaft ausdehnt, ohne das volle Ausmaß einer zweiten vollen Kassenstelle zu erreichen.

Ein klassisches Arbeitsteilungsmodell ist das sogenannte Modell 3, die Job-Sharing-Gruppenpraxis. Dabei wird durch Aufnahme eines Mitgeschafterers eine Gruppenpraxis gegründet, in der von zwei, in naher Zukunft auch von mehreren Ärzten der Versorgungsauftrag dieser einen Kassenstelle abgearbeitet wird. Vorteil dabei ist der dadurch entstehende zeitliche Freiraum für jeden Gesellschafter, der zur Schaffung von mehr Lebensqualität, familiären Dispositionsmöglichkeiten, Zeit für spezielle längerdauernde Ausbildungen oder zur langfristigen Vorbereitung auf die Übergabe der Kassenpraxis genützt werden kann. Die hohe Zahl von Gruppenpraxen nach diesem Modell unterstreicht deren Beliebtheit.

Last but not least ist das Modell 4, die sogenannte Nachfolgegruppenpraxis, zu nennen. Schon der Name beschreibt deren Zweck gut, geht es doch darum, durch Schaffung einer Gruppenpraxis den Nachfolger in der Kassenordination durch eine gemeinsame Zusammenarbeit gut einzuarbeiten, die Kenntnisse der Abläufe der

Ordination und des Patientenstammes durch praktische Tätigkeit zu vermitteln und damit einen reibungslosen Übergang bei Pensionierung des Seniorpartners sicherzustellen. Soweit Bewerber vorhanden sind, wird in Oberösterreich praktisch keine Praxis mehr außerhalb dieser Form übergeben.

Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen besteht für Gruppenpraxen nach Modell 1 und 3 ein Rechtsanspruch. Bei Modell 2 ist vorweg die Bedarfssituation durch Ärztekammer und Krankenversicherungsträger zu prüfen, bei Modell 4 ist vorweg zu klären, ob weiterhin Bedarf nach dieser Kassenstelle besteht, was in aller Regel gegeben ist.

2.2. Gesellschaftsform

Das Ärztegesetz lässt Gruppenpraxen in den gesellschaftsrechtlichen Formen der Offenen Gesellschaft (OG) oder GmbH zu. Faktisch hat sich gezeigt, dass in den meisten Fällen die OG aufgrund der einfachen Konstruktion und Abwicklung gewählt wird. Die GmbH ist allerdings im Bereich der Primärversorgungseinheiten, die eine Gruppenpraxis als gesellschaftsrechtliche Grundlage haben, tonangebend.

Das Gesetz lässt dabei sowohl Gruppenpraxen von fachgleichen oder fachfremden Ärzten zu. Mangels Wunsch aus der Praxis ist bislang in Oberösterreich nur die fachgleiche Gruppenpraxis formal verankert, es besteht aber ein grundsätzliches Einverständnis zwischen Ärztekammer und Krankenversicherungsträger, bei Auftreten des Wunsches nach einer Gruppenpraxis mit mehreren Fachrichtungen eine solche zu entwickeln.

2.3. Einbindung in die Stellenplanung

Grundsätzlich ist die Gründung von Gruppenpraxen im ganzen Bundesland möglich, bei jenen Modellen, bei denen die Bedarfsfrage eine Rolle spielt, ist auf die Notwendigkeiten des Stellenplanes Rücksicht zu nehmen, da ansonsten nicht erwünschte Drucksituationen für die einer Gruppenpraxis umliegenden Einzelärzte entstehen könnten. Im Übrigen erhält eine Gruppenpraxis nicht nur den Kassenvertrag zur ÖGK, sondern damit uno actu auch Verträge mit den sogenannten kleinen Kassen (SVS und BVAEB).

2.4. Auswahl der Gesellschafter

Eine aus Sicht von Ärztekammer und Krankenversicherungsträger wichtige Frage war die Auswahl der Gesellschafter. Hier sind die Notwendigkeiten der Reihungskriterienverordnung und aufbauend darauf die zwischen Kammer und Kasse vereinbarten sogenannten Punktelisten als Detailregelungen einerseits als auch der Wunsch der Gesellschafter nach freier Auswahl des ärztlichen Mitgesellschafters andererseits zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen. Hier wurde ein praxistauglicher Kompromiss dahingehend gefunden, dass bei den Modellen 2 und 3 zwar die Punkteliste zur Anwendung kommt, aber unter den vier erstgereihten Ärzten die freie Auswahl besteht, während bei Modell 4 in jedem Fall der punktebeste Arzt auszuwählen ist.

2.5. Ablöse von Gesellschaftsanteilen

Ein standespolitisches Spannungsfeld ist die Frage, ob und wenn ja in welcher Höhe der Einkauf in die Gesellschaft durch den einsteigenden Gesellschafter gegeben sein soll. Dabei war der Ansatz in Oberösterreich von vornherein klar: Es kann nur eine transparente, für alle gleich geltende Regelung geben, die sowohl die Interessen der als Verkäufer auftretenden Seniorpartner als Vertragsinhaber als auch die der als Käufer auftretenden (Jung)ärzte berücksichtigt. Diese dafür gefundene Regelung wurde von beiden Kurien als Vertretungskörper der jeweiligen Interessen beschlossen und mitgetragen. Die Nichtregelung der Ablöseproblematik war weder für die Ärztekammer noch für die damalige Oberösterreich GKK eine vertretbare Option, schafft sie doch je nach Interessenslage und oftmals zufälligen Gegebenheiten unsachlich Gewinner und Verlierer auf beiden Seiten; der sogenannte „freie Markt“ als Option schied daher aus. Dass die Verantwortlichen auf beiden Seiten damit goldrichtig lagen, zeigen mittlerweile erfolgte Umfragen, in denen über 90 % der Ärzte – egal ob Käufer oder Verkäufer – die Wichtigkeit der Vorgabe von Regeln für die Bemessung des Ablösepreises ausdrücklich befürworten.

Rechtlich wird die Ablöse über den Kauf bzw. Verkauf von Gesellschaftsanteilen (nicht des Kassenvertrages) an der Gruppenpraxis geregelt. Dabei wird die Ablöse in zwei Teilen, die sogenannte Sachwertablöse und die Firmenwertablöse, berechnet. Für die Sachablöse stellen vor allem das (medizinische) Inventar und dessen Bewertung, ähnlich den finanzrechtlichen Regelungen, den Kern dar. Für den Firmenwert („Goodwill“) sind vor allem die in der bisherigen Einzel- bzw. Gruppenpraxis erzielten Umsätze entscheidend. Dazu gibt es eine Reihe von Sonderbestimmungen für Hausapotheken, technische Fächer, spezielle Konstellationen (z.B. Spezialisierung-

gen) usw. Die Regelungen für die Berechnung gibt der Gesamtvertrag vor, die konkreten Berechnungen werden vom jeweiligen Steuerberater/Wirtschaftstreuhänder vorgenommen und sind von der „Gegenseite“ einseh- und überprüfbar. Das System hat sich bestens bewährt und ist weithin unumstritten.

2.6. Regeln für Ausstieg

Für viele Ärzte stellt sich im Vorfeld der Überlegung in Richtung Gruppenpraxis auch die Frage, ob bzw. wie ein Ausstieg wieder möglich wäre, wenn sich herausstellt, dass die mit der Gruppenpraxis verbundenen Erwartungen doch nicht erfüllbar waren oder sind. Ohne jegliche Ausstiegsmöglichkeit würde sich wohl kein Arzt auf diese Konstruktion einlassen können. Daher ist es wichtig, die Vorhersehbarkeit der Regeln bei einem eventuellen Ausstieg zu kennen, um Sicherheit beim Einlassen auf das Modell schaffen zu können. Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass die Zahl der Auflösungen von Gruppenpraxen minimal geblieben ist und, wenn gegeben, dann in der Regel durch mangelnde weitere Zusammenarbeitsbereitschaft der beteiligten Gesellschafter gekennzeichnet war. Grundsatz der Auflösungsregelungen in Oberösterreich ist der Tatbestand, dass derjenige, der den Kassenvertrag in die Gesellschaft mitnimmt („Seniorpartner“), diesen auch wieder erhält, wenn er ausscheiden sollte. Dies gilt naturgemäß nicht für das Nachfolgemodell, hier geht der Kassenvertrag in jedem Fall auf den Nachfolger über. Zusätzliche Regelungen waren aber für den Fall des Todes bzw. der Berufsunfähigkeit eines Gesellschafters notwendig. Einfach war dies für jene Fälle, in denen der Juniorpartner, also der ohne bisherigen Kassenvertrag einsteigende Gesellschafter ein derartiges Schicksal erleidet, hier bekommt der Seniorpartner seinen Einzelvertrag wieder zurück. Komplizierter ist der umgekehrte Fall. Im Sinne der Kontinuität wurde es als sinnvoll erkannt, dass der Juniorpartner hier den Kassenvertrag weiterführen soll. Dazu ist es jedoch notwendig, diesen auf ihn zu übertragen und dabei die Vorgaben der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Vergabe von Kassenverträgen einzuhalten, die auf diesen Fall jedoch nicht gesondert Bezug nehmen. Eine Lösung wurde dahingehend gefunden, dass in den Fällen, in denen der Juniorpartner bei Eintritt in die Gruppenpraxis Erstgerechter im Bewerbungsprozess war, der Kassenvertrag bei Tod bzw. Berufsunfähigkeit des Seniorpartners auf den Juniorpartner unmittelbar übergehen kann. Gleiches gilt – unabhängig von der Bewerberreihung –, wenn die Gruppenpraxis bereits seit mehr als drei Jahren bestanden hat, da diesfalls davon ausgegangen wird, dass der Juniorpartner bei einer allfälligen Ausschreibung des Kassenvertrages des Seniorpartners ohnedies Reihungserster wäre und damit der mit der Ausschreibung verbundene Zeitverlust und die in dieser Zeit drohende Versorgungslücke eine schnelle unmittelbare Besetzung rechtfertigen.

2.7. Öffnungszeiten

Die Erwartungshaltung bei den Öffnungszeiten war vor allem bei den Krankenversicherungsträgern von der Vorstellung geprägt, dass längere Öffnungszeiten vor allem zur Verbesserung der Randzeitenversorgung dienen sollen. Es hat sich aber gezeigt – auch durchaus mit regionalen Differenzierungen –, dass es aus Kapazitätsgründen oftmals besser ist, die Öffnungszeiten so zu lagern, dass eine doppelte Besetzung durch paralleles Arbeiten der Gesellschafter zu Spitzenzeiten (z.B. Montagvormittag) sinnvoller ist, als Angeboten zu Randzeiten zu schaffen, die von den Patienten wenig genutzt werden. So wurden je nach Modell die Öffnungszeiten gegenüber Einzelpraxen zwar erhöht, aber nicht in vollem linearem Ausmaß, um dafür paralleles Arbeiten in größerem Umfang möglich zu machen. Um auch Urlaube der Leistungserbringer sicherstellen zu können, wurden – wiederum unterschiedlich nach den Modellen – Schließzeiten der Gruppenpraxen bzw. ein Herunterfahren des Angebots auf den Versorgungsgrad einer Einzelpraxis vereinbart.

2.8. Leistungshonorierung

Hinsichtlich der Honorierung kommen für Gruppenpraxen grundsätzlich dieselben Regelungen der Honorarordnung zur Anwendung wie für Einzelpraxen. Naturgemäß werden bei den Modellen, bei denen mehr als eine Kassenstelle abgedeckt wird (Modell 1 und 2), die entsprechenden Limitierungen linear angepasst. Honorarabschläge, die in der ursprünglichen Konzeption als Synergieabschläge vorgesehen waren, wurden mittlerweile faktisch beseitigt, da sich einerseits gezeigt hat, dass sich diese betriebswirtschaftlich oftmals gar nicht realisieren lassen, und diese andererseits die Bereitschaft, in eine Gruppenpraxis einzusteigen, massiv gesenkt haben. Geblieben ist, vor allem als Schutz für die umliegenden Einzelpraxen, die sogenannte Patientenbegrenzung. Bei der gesamtvertraglichen Vereinbarung für die Gruppenpraxen war für die ärztliche Standesvertretung in Oberösterreich klar, dass jegliche Form der Leistungseinschränkung, Mengenrabattierung usw. bei Gruppenpraxen gegenüber Einzelpraxen nicht in Frage kommt. Umgekehrt galt es sicherzustellen, dass der Stellenplan von den Gruppenpraxen nicht dadurch unterlaufen wird, dass diese zwar nur z.B. eine oder eineinhalb Stellen im Stellenplan besetzen, in Wahrheit aber aufgrund der möglichen ärztlichen Kapazitäten aufgrund mehrerer Gesellschafter hohe Patientenzahlen erreichen, die letztlich durch Abflüsse von den umliegenden Einzelpraxen erzielt werden würden. Um dem gegenzusteuern, wurde vereinbart, dass Gruppenpraxen auf jenes Niveau beschränkt werden, das dem Stellenplan diese Stelle zuweist. Dies wird dadurch erreicht, dass ausgehend von der Patientenzahl des Einzelarztes

vor Gründung der Gruppenpraxis – wenn es einen solchen nicht gibt, wird der Oberösterreich-Durchschnitt herangezogen –, diese Zahl auch für die Gruppenpraxis festgelegt wird (bei Modell 3 und 4), während bei Modell 2 um die zusätzlichen Anteile an der dazukommenden Kassenstelle erhöht wird. Wird diese Patientenanzahl überschritten, erfolgt nach Ende des Betrachtungszeitraumes von einem Jahr ein entsprechender Honorarabzug mit dem durchschnittlichen Scheinwert, d.h., diese Patienten werden faktisch „gratis“ behandelt, damit der Anreiz zur Überschreitung stark minimiert und der Schutz der umliegenden Ärzte vor wirtschaftlichen Einbußen durch eine unfaire Konkurrenzsituation garantiert ist. Um aber bei ständig vorkommenden üblichen Schwankungen in der Patientenanzahl nicht immer sofort reagieren zu müssen, wurde eine Schwankungsbreite von 30 % eingeführt, erst bei deren Überschreiten greift der Sanktionsmechanismus. Keinerlei Beschränkungen gibt es für das Modell 1, denn die sich zusammenschließenden Kassenärzte unterlagen ja auch vor Gründung der Gruppenpraxis keinerlei Begrenzungen.

2.9. Gruppenpraxis – Erfolgsmodell mit offenen Problemfeldern

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Gruppenpraxis in Oberösterreich in jedem Fall ein Erfolgsmodell ist. Die hohe Inanspruchnahme je nach Modell hat auch gezeigt, dass die unterschiedlichen Interessenslagen gut abgebildet werden. Die Regelung der Ablöse hat dazu beigetragen, dass Streitigkeiten in diesem Bereich erst gar nicht auftreten. Der Beratungsaufwand in der Kammer ist naturgemäß hoch, da es sich durchwegs um Individualberatungen handelt, für die hohes Know-how hinsichtlich Kassenrecht, Gesellschaftsrecht, Ärzterecht bis hin zu Arbeitsrecht notwendig ist. Die Prozesse zur Gründung von Gruppenpraxen sind mittlerweile gut eingespielt, die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungsträgern, rechtsberatenden Berufen, Steuerberatern usw. läuft seit vielen Jahren praktisch friktionsfrei.

Dies soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch noch Problemfelder offen sind, bei denen vor allem der Gesetzgeber gefordert wäre. Dies gilt zum einen für die Regelungen rund um die Hausapotheken, deren Übergang vom Einzelkassenarzt zur Gruppenpraxis und bei deren Ende dann wieder zurück auf einen Einzelarzt nur mit komplexen Rechtskonstruktionen möglich ist, was von den Ärzten oft als lebensfremd erlebt wird. Das Apothekenrecht kennt leider nur den Einzelarzt, die mittlerweile geschaffenen Kooperationsformen sind im Apothekengesetz noch nicht nachvollzogen, was ein gesetzgeberisches Versäumnis darstellt. Auch die

Verwehrrung der Möglichkeit zur Schaffung einer Einmann-Ärzte-GmbH durch die derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen ist unverständlich und schafft gerade bei Zweipersonengesellschaften das Problem, dass bei Austritt eines Gesellschafters der Gesellschaft insgesamt die Liquidation droht, die meist mit der Vernichtung von wirtschaftlichen Ressourcen verbunden ist und – noch bedeutsamer – die ärztliche Versorgungslage am Standort der Gruppenpraxis gefährdet. Auch hier wäre der Gesetzgeber dringend aufgerufen, rasch praxisnahe Änderungen herbeizuführen. Gleiches gilt für die Anpassung der Regelungen zur Kassenvergabe im Rahmen von Gruppenpraxen, die derzeit gerade die von den Patienten so gewünschte Kontinuität der Betreuung kaum gewährleisten.

Das Leistungsportfolio der Gruppenpraxen wäre noch stark ausbaubar, sowohl in personeller als auch in fachlicher Hinsicht, wären doch vor allem viele Spezialisierungen in einer Gruppenpraxis abbildbar. Damit könnte auch die – so oft beschworene – Entlastung des intramuralen Bereiches durch Gruppenpraxen massiv vorangetrieben werden. Dies ist derzeit aufgrund der Finanzierungsströme nicht möglich, ist es für die Kasse doch völlig unattraktiv, Leistungen, die bislang im intramuralen Bereich erbracht werden, den die Kasse mit frequenzunabhängigen Pauschalzahlungen mitfinanziert, in den extramuralen Bereich zu verlagern, den die Kasse als alleiniger Zahler frequenzabhängig bezahlen muss. Solange daher die Mittel für den Ausbau der extramuralen Medizin zur Entlastung der Spitäler fehlen und das Finanzierungssystem derartige Anreize im Keim erstickt, wird das Modell Gruppenpraxis nicht seine volle Leistungskraft entwickeln können.

3. Primärversorgungseinheiten

3.1. Einleitung

Mit Beschlussfassung des Primärversorgungsgesetzes² im Jahr 2017 (nachfolgend PrimVG genannt), wurde die gesetzliche Grundlage für die Gründung von Primärversorgungseinrichtungen gelegt. Seit Anfang 2017 in Enns das erste Primärversorgungszentrum in Oberösterreich eröffnet wurde, hat sich mit weiteren Standorten in Marchtrenk, Haslach, Sierning-Neuzeug, Linz-Stifterstraße sowie Ried-Neuhofen viel getan, womit im Bundesland ob der Enns mittlerweile sechs Primärversorgungszentren bzw. -netzwerke in Betrieb sind. Daneben laufen bereits Planungen für weitere derartige Einrichtungen, deren Öffnung zum Teil bereits ante portas steht. Insgesamt übernehmen mittlerweile 27 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, verteilt auf 21 Vertragsarztstellen für Allgemeinmedizin, als Gesellschafter einer solchen Einrichtung einen Teil der hausärztlichen Versorgung der oberösterreichischen Bevölkerung. Seit Jänner 2021 ist am Standort Enns erstmals auch eine Kinderärztin an einem Primärversorgungszentrum beteiligt.

Von Anfang an war für Oberösterreichs ärztliche Standesvertreter klar, dass Primärversorgung in Form dieser Einrichtungen nur einen Teil der notwendigen hausärztlichen Versorgung ausmacht und auch nur dann funktionieren kann, wenn man jenen Ärzten, die bereits vor Ort als Einzelkämpfer tätig sind, zuerst die Möglichkeit gibt, derartige Einrichtungen zu gründen beziehungsweise daran mitzuarbeiten. Mit Infoabenden und Einladungsschreiben an unterschiedlichsten Standorten, vor allem, aber nicht nur dort, wo es Versorgungsprobleme gibt, wird seitdem versucht, Oberösterreichs Ärzteschaft in den Prozess aktiv mit einzu beziehen. Wenn seitens der ortsansässigen Kassenärzte kein Interesse an einer Primärversorgungseinrichtung (nachfolgend PVE genannt) bekundet wird bzw. wenn es mindestens drei vakante Stellen vor Ort gibt, wird auch allen anderen Ärzten angeboten, eine PVE-Gründung zu realisieren. Die bisherigen oberösterreichischen Erfahrungen zeigen, dass mit dieser Kooperationsform, die die Zusammenarbeit im Team und einen interdisziplinären Austausch ermöglicht, auch Jungärzte für das Kassensystem gewonnen werden konnten, die den Schritt zur Übernahme einer Einzelkassenstelle nicht gewagt hätten. Ob sich ein Arzt für die Teilnahme an einer PVE entscheidet, hängt schlussendlich immer von der ganz

² Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten, BGBl. I Nr. 131/2017.

persönlichen und individuellen Situation des jeweiligen Arztes ab, gilt es doch, die dafür vereinbarten Rahmenbedingungen einzuhalten.

Für die Gründung und Entstehung von PVE wurden von den oberösterreichischen Systempartnern ÖGK (damals noch OÖGKK), Land OÖ und Ärztekammer für Oberösterreich unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben des PrimVG Eckpfeiler und Rahmenbedingungen geschaffen. Der im PrimVG³ für PVEs vorgesehene Gesamtvertrag⁴ wurde 2019 auf bundesweiter Ebene abgeschlossen. Im Hinblick darauf, dass in diesem Vertrag aber im Wesentlichen die für Oberösterreich bereits bestehenden und gut funktionierenden Rahmenbedingungen abgebildet wurden, werden in der Folge die oberösterreichischen Regelungen dargestellt.

3.2. Rahmenbedingungen

Zwischen der jeweiligen PVE und der ÖGK wird unter Zustimmung der Ärztekammer für Oberösterreich und der Sonderversicherungsträger ein Primärversorgungs-Einzelvertrag abgeschlossen, der neben den gesetzlichen und gesamtvertraglichen Vorgaben auch die Eckpfeiler, die zwischen den oberösterreichischen Systempartnern für PVE vereinbart wurden, vertraglich berücksichtigt.

3.2.1. Betriebsstättenformen

PVEs können als folgende Betriebsstätten gegründet werden:

1. Primärversorgungszentrum⁵: Die Einheit hat einen gemeinsamen Standort, an dem die beteiligten Allgemeinmediziner und das gesamte erweiterte Team zusammenarbeiten.
2. Primärversorgungsnetzwerk⁶: Zusammenschluss von mehreren Ärzten in Form einer dislozierten Gruppenpraxis im Umkreis von ca. zehn Straßenkilometern, wobei hier gemeint ist, dass die weiteste Entfernung zwischen den Teilnehmern am PVN diese Kilometeranzahl nicht überschreiten soll. Regionale Besonderheiten sind im Einzelfall zu berücksichtigen.

Auch wenn der Gesetzgeber die Möglichkeit zum Betrieb einer PVE in Form eines selbständigen Ambulatoriums vorsieht, haben sich die oberösterreichischen Sys-

3 § 7 Z1 PrimVG.

4 Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten vom 24. April 2019, avsv. Nr. 73/2019.

5 § 8 Abs. 1 Z1 PrimVG.

6 § 8 Abs. 1 Z3 lit a PrimVG.

tempartner, nicht zuletzt auf Drängen der ärztlichen Landesvertretung, darauf geeinigt, dass es in Oberösterreich PVEs als selbstständige Ambulatorien nicht gibt.

Selbstverständlich ist eine Kombinationsmöglichkeit in Form einer Zentrums-Netzwerklösung ebenfalls möglich. Ein solches Modell gibt es in Oberösterreich am Standort Ried-Neuhofen.

3.2.2. Rechtsform

Eine PVE kann in Form einer OG, GmbH oder eines Vereins⁷ gegründet werden, wobei es bei den in Oberösterreich bereits gegründeten Modellen bisher nur die beiden erstgenannten Gesellschaftsformen gibt.

Unabhängig davon, für welche Gesellschaftsform sich die beteiligten Ärzte entscheiden, stimmt die ÖGK dem Vertragsabschluss nur dann zu, wenn der Vertragspartner die jeweilige Gesellschaft bzw. der Verein ist, d.h., es gibt immer nur einen Vertragspartner für die Sozialversicherungsträger.

3.2.3. Teamzusammensetzung

Das Team setzt sich aus einem Kernteam, einem erweiterten Team und, wenn vorhanden, einem PV-Manager zusammen.

Das **Kernteam** wird gebildet aus

- mindestens drei Vertragsarztstellen für Allgemeinmedizin,
- mindestens einer Vollzeitäquivalente Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
- mindestens einer Vollzeitäquivalente Ordinationsassistentin,
- eventuell Fachärztinnen für Kinder- und Jugendheilkunde (orts- und bedarfsabhängige Teilnahme).⁸

Das **erweiterte Team** wird gebildet aus zumindest einem Angehörigen folgender Gesundheits- oder Sozialberufe:

Sozialarbeiter, Diätologen, Ergotherapeuten, Psychotherapeuten, Psychologen, Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten. Durch das mittlerweile langjährige Planungs-Know-how, welches Oberösterreich vorweisen kann, hat sich heraus-

7 § 8 Abs. 1 Z3 lit a PrimVG. Der Gesetzgeber zählt hier den Verein zwar nur beispielhaft auf, allerdings hat man sich auf oberösterreichischer Ebene auf die drei oben genannten Betriebsformen geeinigt.

8 § 1 Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten.

kristallisiert, dass zumindest die Einbeziehung eines Sozialarbeiters und eines Physiotherapeuten eine Mindestvoraussetzung für die Gründung bildet. Der genaue Bedarf an nicht ärztlichen Heilberufen wird anhand des konkreten Projekts von der ÖGK individuell und gemeinsam mit den Ärzten geplant.

Eine wesentliche Stütze nicht nur, aber vor allem während der Gründungsphase stellt der PV-Manager dar. Dieser führt in vielen Fällen die wirtschaftlichen Geschäfte. Je größer die Einheiten sind, umso umfangreicher und aufwändiger sind auch die täglichen Verwaltungs- und nicht ärztlichen Routinearbeiten. In der Praxis hat sich der Einsatz des PV-Managers auch deshalb bewährt, weil sich die Ärzte durch die Übernahme dieser nicht ärztlichen Organisations- und Administrationsarbeiten auf ihre Kernaufgabe – die ärztliche Tätigkeit – konzentrieren können.

3.2.4. Öffnungszeiten

Je nach der Anzahl der einbezogenen Kassenstellen gelten unterschiedliche Öffnungszeiten zwischen 40 und 63,5 Stunden, wobei während dieser Öffnungszeiten zumindest ein Allgemeinmediziner anwesend sein muss. Für Oberösterreich wurde mittlerweile aber ein Berechnungsschlüssel für die Anrechnung von paralleler und gleichzeitiger ärztlicher Tätigkeit geschaffen. Wie die Öffnungstunden genau verteilt werden, erfolgt auf Vorschlag der beteiligten Ärzte. Allerdings müssen, wie in der Einzelordination auch, gewisse Mindestkriterien im Zusammenhang mit Abend- und Morgenordinationen eingehalten werden. Im Vergleich zu Einzelordinationen, bei denen Ärzte de facto individuell und selbständig über längerfristige Urlaubsschließungen entscheiden können, gibt es für PVEs sehr strikte Vorgaben bezüglich Öffnung und Schließung dieser Einrichtungen. Bezugnehmend auf die interne Aufteilung von Arbeitszeiten zwischen den PVE-Gesellschaftern gibt es von Seiten der Ärztekammer für Oberösterreich und der ÖGK nur insoweit Vorgaben, als dass der Arbeitsanteil der Gesellschafter, ebenso wie bei Gesellschaftern einer klassischen Gruppenpraxis, mit deren Gesellschafteranteilen übereinstimmen muss.

3.2.5. Honorierung

Das derzeit laufende Honorierungsmodell wurde vorerst befristet eingeführt, da man bis zur Schaffung eines endgültigen Modells möglichst viele Echtdaten sammeln konnte, um aus den gesammelten Erfahrungswerten ein optimales Modell zu schaffen. Bis zur Einigung über ein endgültiges Honorierungsmodell besteht für PVEs in Oberösterreich daher die Möglichkeit, aus vier unterschiedlichen Honorierungsvarianten – von der Einkommensvariante über das Umsatzmodell, der Honorierung mittels Fallpauschalen bis hin zum Modell Honorarordnung – auszuwählen. Je nachdem, ob man gerade neu ins Kassensystem einsteigt oder bereits

seit vielen Jahren als Kassenarzt tätig ist, können unterschiedliche Motivations- und Interessenslagen abgedeckt werden. Darüber hinaus werden, abhängig vom ausgewählten Modell, von den Financiers – ÖGK und Land OÖ – neben den Kosten des erweiterten Teams und des PV-Managers auch die Mietkosten sowie Anschubkosten für einen notwendigen Umzug und EDV-Adaptierung übernommen. Alle Varianten haben Vor- und Nachteile, dennoch birgt die Auswahlmöglichkeit einen entscheidenden Vorteil: freie und individuelle Entscheidungsmöglichkeit der beteiligten Ärzte. Aus diesem Grund hält es die Ärztekammer für Oberösterreich für unumgänglich, dass es beim endgültigen Honorierungsmodell weiterhin mehrere Honorierungsvarianten gibt.

3.2.6. Kassenverträge

Je nachdem, ob PVE-Gesellschafter bereits vor Einstieg in eine solche Einrichtung einen Kassenvertrag innehatten oder erst durch den Einstieg Teil des Kassensystems werden, bestehen unterschiedliche Möglichkeiten für die Gesellschafter. Selbstverständlich sind aber auch für PVEs die Punktelistenvorgaben einzuhalten.

Wenn sich Vertragsärzte oder Vertragsgruppenpraxen zu einer PVE zusammenschließen, werden ihre bisherigen Einzelverträge durch den PVE-Einzelvertrag ruhend gestellt. Bei Auflösung der PVE oder Ausscheiden eines früheren Vertragsarztes lebt auf Wunsch des früheren Vertragsarztes der eingebrachte Kassenvertrag wieder auf. Diese zeitlich unbegrenzte Möglichkeit zur Ruhendstellung ist eine Besonderheit der oberösterreichischen Rahmenbedingungen. Im § 342c Abs. 12 ASVG ist nämlich lediglich eine auf drei Jahre begrenzte Möglichkeit zur Rückkehr in den alten Einzelvertrag nach Invertragnahme der PVE vorgesehen.

Bei Ärzten, die vor Gründung der PVE keinen Kassenvertrag innehatten, kommt es darauf an, wie die PVE ausgeschrieben wird. Werden Einzelkassenverträge mit der Option, eine PVE zu gründen, ausgeschrieben, besteht auch für diese Ärzte die Möglichkeit zur Mitnahme des Kassenvertrages bei Ausstieg. Wird direkt die PVE als Modell ausgeschrieben, erhalten die Ärzte lediglich Gesellschaftsanteile. Je nachdem, ob man die Position der einzelnen Ärzte oder den Fortbestand der Einrichtung bei Ausstieg einzelner Ärzte stärken will, wurden in Oberösterreich, immer in enger Abstimmung mit den beteiligten Ärzten, schon beide Varianten bei der Gründung einer PVE durch Nichtvertragsärzte ausgeschrieben. Aus gesellschaftsrechtlicher Sicht ist aber klar, dass bei Gesellschafterausstieg zumindest die Gesellschaftsanteile abgegolten werden.

3.2.7. Versorgungskonzept und Versorgungsauftrag

Nach § 6 PrimVG hat die PVE ein Versorgungskonzept vorzulegen, damit der gesetzlich definierte Leistungsumfang erfüllt wird. In diesem schriftlichen Versorgungskonzept sind insbesondere die Versorgungsziele und das von der PVE verbindlich zu erbringende Leistungsspektrum zu beschreiben sowie die Organisation des jeweiligen Modells zu regeln. Bei der Regelung der Organisation geht es hauptsächlich um Fragen der Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen, die Arbeits- und Aufgabenverteilung sowie um Fragen zur abgestimmten Verfügbarkeit und örtlichen Erreichbarkeit. Darüber hinaus ist ein gemeinsamer Auftritt nach außen (z.B. Homepage) sicherzustellen.

Abgesehen von Leistungen, die ohnehin typischerweise in jeder Allgemeinmedizinerpraxis erbracht werden (z.B. Notfallversorgung, Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Versorgung von chronisch Kranken und alten Patienten, Medikamentenmanagement, Palliativmedizin soweit sie durch die Allgemeinmediziner möglich ist), sind von PVEs jedenfalls auch noch folgende Leistungen verpflichtend zu erbringen:

- Versorgungskoordination,
- bedarfsorientiert kleine Chirurgie,
- Wundversorgung und Verbandwechsel,
- Beteiligung an zwischen Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK vereinbarten Disease-Management-Programmen,⁹
- psychosoziale Betreuung,
- Substitutionsbehandlung von stabilen und integrierten Patienten,
- koordinierte Nachbetreuung von Rehabilitationspatienten,
- Prävention (Vorsorgeuntersuchungen, Jugendlichenuntersuchungen, Impfungen, sofern die Kosten der Impfung von Land oder SV übernommen werden),
- Gesundheitsförderung sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz,
- Mitwirkung an zwischen Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK vereinbarten öffentlichen Gesundheitsaufgaben.¹⁰

9 Therapie Aktiv und Integrierte Versorgung Herzinsuffizienz.

10 Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz und Totenbeschau.

3.2.8. Weitere Vorgaben

Neben regelmäßigen Modellevaluierungen sind PVE sowohl zur Diagnosecodierung nach ICD-10 als auch dazu verpflichtet, als Lehrpraxis zur Verfügung zu stehen. Die Teilnahme am Hausärztlichen Notdienst trifft die PVE selbstverständlich im gleichen Maße wie andere niedergelassene Allgemeinmediziner.

Nachdem Primärversorgungseinheiten grundsätzlich nur an Standorten entstehen können, an denen mindestens drei Planstellen für Allgemeinmedizin vorgesehen sind, und es immer wieder Regionen und Bezirke gibt, wo sich durch Pensionierungen oder regionale Besonderheiten Probleme in der Nachbesetzung ergeben, wurden auf oberösterreichischer Ebene von den Financiers gemeinsam mit der Ärztekammer für Oberösterreich gut geeignete PVE-Standorte in Form eines Zielbilds definiert. Dieses Zielbild stellt aber lediglich eine Absichtserklärung dar und bildet kein unumstößliches Dogma: Wo auch immer die Rahmenbedingungen passen und es Interessenten gibt, werden Gespräche geführt. Die Entstehung von Primärversorgungseinheiten auf dem Reißbrett, die in anderen Bundesländern teilweise gang und Gäbe ist, ist in Oberösterreich für alle Beteiligten nur schwer vorstellbar und in der Praxis auch noch nie vorgekommen. Denn wichtig und entscheidend für die Patientenbetreuung in einer Region ist es, die PVEs, neben Einzelordinationen und Gruppenpraxen, bestmöglich in ein extramurales Gesamtversorgungskonzept einzubetten.

Abschließend darf erwähnt werden, dass bei der Errichtung oftmals die Suche nach der geeigneten Immobilie entscheidend ist. Neben dem Preis und der Größe müssen alle PVE-Standorte auch die strengen Barrierefreiheitskriterien erfüllen, deren Einhaltung das PrimVG zwingend vorschreibt. Allein daran scheiterten in Oberösterreich schon einige Vorhaben.

4. Anstellung von Ärzten in Ordinationsstätten, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten¹¹

4.1. Entstehungsgeschichte

Die Mangelressource Arzt und die teilweise starren rechtlichen Strukturen bereiteten in den letzten Jahren zusehends Probleme in der Sicherstellung der Versorgung gerade im niedergelassenen Bereich. Hinzu kommt, dass viele junge Ärzte, auch bedingt durch die hohe Last an Verantwortung, die die Übernahme einer Kassenstelle mit sich bringt, die Arbeit als Einzelkämpfer scheuen. Durch die Schaffung der Gruppenpraxis vor fast 20 Jahren entstand hier ein erstes wichtiges Element in der Gestaltung von Zusammenarbeitsformen. Die verschiedenen Gruppenpraxismodelle laufen in Oberösterreich nun seit vielen Jahren erfolgreich und alle Beteiligten genießen die unterschiedlichsten Vorteile – unter anderem die Work-Life-Balance und den Austausch im Team –, die durch die Vergesellschaftung von Ärzten entstehen. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten an sich unterliegt aber einem steten Wandel. Wurde vor einigen Jahren die Möglichkeit zur Anstellung in einer Kassenordination von Ärzten noch zum größten Teil als nicht notwendig erachtet, wurde in den letzten Jahren der Wunsch danach immer lauter, allerdings gab es dafür im Ärztegesetz keine rechtliche Grundlage. Im Dezember 2018 wurden schlussendlich die gesetzlichen Weichen für die Anstellung von Ärzten in Ordinationsstätten, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten im ÄrzteG¹² gestellt. Ergänzend zur rechtlichen Verankerung im ÄrzteG bedurfte es aber zur flächendeckenden Versorgungswirksamkeit auch einer bundeseinheitlichen gesamtvertraglichen Regelung¹³ (nachfolgend Anstellungs-GV genannt). Nach der dafür notwendigen Einigung auf Bundesebene ist seit Oktober 2019 die Anstellung von Ärzten in Kassenordinationen möglich.

11 Seit Juni 2019 wurden 22 Bewilligungen für die Anstellung erteilt.

12 § 47a ÄrzteG.

13 § 342e ASVG sowie Gesamtvertragliche Vereinbarung vom 1. Oktober 2019.

4.2. Rechtliche Rahmenbedingungen der Anstellung

Nur Ärzte, die zur selbständigen Berufsausübung berechtigt sind, dürfen gemäß § 47a Abs. 1 ÄrzteG angestellt werden. Darüber hinaus ist laut Abs. 3 leg. cit. eine Anstellung nur zwischen fachgleichen Ärzten erlaubt. Für Patienten ist weiters die freie Arztwahl zwischen Ordinationsstätteninhaber und angestelltem Arzt zu gewährleisten. Der Umfang des Anstellungsverhältnisses und das maximal zulässige Ausmaß des Anstellungsverhältnisses wird im § 47a Abs. 1 sowie für Primärversorgungseinheiten in Abs. 2 geregelt. Demnach ist nach Z1 in Ordinationsstätten die Anstellung höchstens eines Vollzeitäquivalents¹⁴ erlaubt. Bei Gruppenpraxen hängt der Anstellungsumfang laut Z2 von der Anzahl der Gesellschafter-Vollzeitäquivalente ab, wird aber vom Gesetzgeber dahingehend begrenzt, dass höchstens zwei Vollzeitäquivalente angestellt werden dürfen. Einzig in Primärversorgungseinheiten darf die zulässige Zahl der Vollzeitäquivalente und angestellten Ärzte überschritten werden, sofern durch diese Überschreitung die Planungsvorgaben des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) eingehalten werden.

Selbstverständlich obliegt die Auswahlentscheidung dem Ordinationsstätteninhaber selbst, allerdings hat der Inhaber des Einzelvertrages laut Anstellungs-GV¹⁵ die geplante Anstellung spätestens drei Monate vorher sowohl bei der zuständigen Landesärztekammer als auch beim ASVG-Versicherungsträger zu beantragen und im Antrag auch darzulegen, ob mit der Anstellung eine Aufstockung der ärztlichen Kapazität geplant ist oder lediglich die bestehende Vertragsarztstelle gemeinsam abgedeckt werden soll. § 3 Abs. 6 des Anstellungs-GV schränkt die Möglichkeit zur Anstellung dahingehend ein, dass der anzustellende Arzt zum Zeitpunkt der Anstellung das 70. Lebensjahr grundsätzlich noch nicht vollendet haben darf. Bezüglich der weiteren Rahmenbedingungen und Voraussetzungen der unterschiedlichen Anstellungsvarianten darf auf die Ausführungen unter 3.3 verwiesen werden.

Paralleles Arbeiten von angestelltem Arzt und Vertragsinhaber ist ebenso möglich wie alternierendes Arbeiten, allerdings hat der Vertragsarzt trotz Mitarbeit des angestellten Arztes weiterhin maßgeblich am Ordinationsbetrieb mitzuwirken¹⁶, was im Vertrag dadurch geregelt wurde, dass dieser 50 % und mehr der Ordinationszeit persönlich abdecken muss.

¹⁴ Einem Vollzeitäquivalent entsprechen 40 Wochenstunden.

¹⁵ § 3 Abs. 1 Gesamtvertragliche Vereinbarung.

¹⁶ § 47a Abs. 3 S3 ÄrzteG sowie § 4 Abs. 2 Anstellungs-GV.

Eine nebenärztliche Tätigkeit des angestellten Arztes, auch in Form einer wahlärztlichen Tätigkeit, ist mit vorheriger Genehmigung von Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK unter Einhaltung bestimmter Rahmenbedingungen möglich.¹⁷

4.3. Einsatzmöglichkeiten der Anstellung

Ebenso wie die Gruppenpraxis bietet auch die Anstellung von Ärzten die Möglichkeit, verschiedene Motivationslagen und Lebenssituationen individuell zu berücksichtigen und abzudecken. Eine Anstellung ist nach § 3 Abs. 3 ff. Anstellungs-GV für folgende Fallkonstellationen möglich:

1. *gemeinsame Versorgung ohne Abdeckung eines Zusatzbedarfs („Jobsharing“) mit Patientenoberbegrenzung wie beim „Jobsharing-Modell“ in der Gruppenpraxis,*
2. *temporäre Abdeckung¹⁸ eines Zusatzbedarfs zum Beispiel zum Abbau von überlangen Wartezeiten,*
3. *unbefristete gemeinsame Tätigkeit zur Abdeckung eines bestehenden Zusatzbedarfs („Bruchstelle“).*

Bei der unbefristeten gemeinsamen Tätigkeit zur Abdeckung eines bestehenden Zusatzbedarfs in Form einer Bruchstelle ist, bedingt durch die Ausdehnung der bisherigen Stelle, eine Genehmigung durch Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK für die beabsichtigte Ausdehnung notwendig. Gleichzeitig sind, wie bei der Gruppenpraxis, die Ordinationszeiten zu erhöhen. Nachdem Ärztekammer für Oberösterreich und ÖGK ein großes Interesse daran haben, auch in Zukunft möglichst vielen Ärzten die Chance auf einen eigenen Kassenvertrag zu geben, wurde im Anstellungs-GV vereinbart, dass es einen Vorrang der Niederlassung beziehungsweise Gruppenpraxis gibt und nur dann die Anstellung mit gleichzeitiger Ausdehnung der Kassenstelle möglich ist, wenn zuvor die Ausschreibung einer Bruchstellengruppenpraxis erfolglos blieb. Ohne den Umweg über die zwingende Ausschreibung bestünde auf lange Sicht nämlich die Gefahr, dass zukünftig keine neuen niedergelassenen Ärzte mehr in das System kommen könnten, sondern – ähnlich wie bei Notaren – nur mehr Anstellungsverhältnisse bei wenigen, dann aber extrem großen Kassenpraxen zur Verfügung stünden. Damit würde sich einerseits der Stand der niedergelassenen Ärzte in Oberösterreich selbst dezimieren und die Freiberuflichkeit schwächen. Andererseits würden junge Ärzte am

¹⁷ Vgl. Beilage 2 „Rahmenbedingungen für die Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten“ zum RS Nr. 1841/2019 der OÖGKK und Ärztekammer für Oberösterreich.

¹⁸ Bewilligung grundsätzlich für 12 Monate mit der Option auf Verlängerung.

Anfang ihrer extramuralen Berufslaufbahn in einem solchen Szenario nur mehr als Angestellte in Kassenpraxen arbeiten können und müssten ewig warten, bis vielleicht doch irgendwann wieder ein Kassenvertrag frei werden würde.

4.4. Honorierung

Allgemein

Die vom mitarbeitenden Arzt erbrachten Leistungen können im selben Ausmaß abgerechnet werden, wie dies bei Erbringung der Leistungen durch den Vertragspartner selbst möglich wäre. Die Abrechnung erfolgt weiterhin ausschließlich durch den Vertragspartner selbst. Bestehen für bestimmte Leistungen besondere Verrechnungsvoraussetzungen (z.B. Verrechnungsberechtigungen), muss auch der mitarbeitende Arzt die Voraussetzungen erfüllen, damit er diese Leistungen erbringen darf. Bei Abdeckung eines dauerhaften Zusatzbedarfs, der über den Umfang einer Planstelle hinausgeht, erfolgt die Honorierung nach den Regeln für Gruppenpraxen, insbesondere werden die Staffeln für Vergütungen, Zuschläge, Degressionen und Limitierungsbestimmungen entsprechend dem versorgten Zusatzbedarf angehoben. Auf dem erhöhten Niveau erfolgt dann analog der Gruppenpraxis Modell 2 eine bedarfsorientierte Begrenzung der verrechenbaren Fälle.

4.4.1. Zuschläge bei Abbau von überlangen Wartezeiten bzw. Abdeckung einer vakanten Stelle bei allgemeinen Fachärzten

Um jene Ärzte zu unterstützen, die aufgrund der schwierigen Versorgungssituation bereits am oder sogar über das Limit hinaus arbeiten, weil deren Patienten in der Region keine Ausweichmöglichkeiten zu anderen Ärzten derselben Fachrichtung haben, gewährt die ÖGK für die temporäre Zusammenarbeit zur Abdeckung eines Zusatzbedarfs finanzielle Vorteile. Diese finanziellen Vorteile werden in Form von unlimitierten Mehrleistungen und darüber hinaus durch Zuschläge pro Fall vergütet. Die Zuschläge, die pro Fachgruppe den halben durchschnittlichen Fallwert der jeweiligen Fachgruppe betragen (sozusagen analog zum Überstundenzuschlag bei Dienstverhältnissen), werden zusätzlich zur unlimitierten Mehrleistung aus dem sogenannten Innovationstopf, der zwischen der Ärztekammer für Oberösterreich und der ÖGK vereinbart wurde, für jeden einzelnen Mehrpatienten bezahlt. Ziel dieser Zuschlagszahlungen ist es, einen deutlichen Anreiz dafür zu schaffen, Engpässe in der Patientenversorgung durch erhöhte Arztkapazitäten, aufgrund der Zusammenarbeit mit einem angestellten Arzt, abzubauen.

4.4.2. Besondere Regelungen für Ärzte für Allgemeinmedizin zur Überbrückung einer vakanten Stelle

Auch Ärzten für Allgemeinmedizin gewährt man für jene Fälle, in denen zur Überbrückung einer vakanten Stelle ein Arzt angestellt wird, Sonderhonorierungen analog der Gruppenpraxis.

4.4.3. Kollektivvertrag für die Anstellung

Auch wenn bei der Zusammenarbeit mittels Anstellung versucht wurde, die Bürokratie möglichst klein zu halten, geht es vorrangig auch um die Sicherstellung eines fairen Interessenausgleichs zwischen Dienstgeber und Dienstnehmer, der durch den Abschluss eines Kollektivvertrags zwischen der Kurie der niedergelassenen Ärzte der Ärztekammer für Oberösterreich als Dienstgeber und der Kurie der angestellten Ärzte der Ärztekammer für Oberösterreich als Dienstnehmer erreicht wurde. Ursprünglich war dafür ein österreichweiter Kollektivvertrag angedacht, der aber bislang nicht realisiert werden konnte, weshalb dann auf Länderebene die beiden Kurien in Verhandlungen getreten sind. Neben der Regelung eines eigenständigen Gehaltsschemas und der Beilage eines Musterdienstvertrages sieht der Kollektivvertrag auch die vertragliche Verankerung einer wöchentlichen Normalarbeitszeit von 38 Stunden vor.

5. Erweiterte Vertretung¹⁹

5.1. Vorbemerkungen

Bis 2019 war durch die Regeln des OÖ Gesamtvertrags für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte²⁰ das Tätigwerden eines Vertreters in der Ordination eines Vertragsarztes nur dann erlaubt, wenn dieser aufgrund von Urlaub, Krankheit oder anderen Gründen nicht selbst in der Ordination anwesend sein konnte. Diese Vertretungsregelungen galten aber nur begrenzt für eine bestimmte Dauer und erlaubten vor allem keine gleichzeitige Anwesenheit von Vertretenem und Vertreter und damit auch kein gleichzeitiges und paralleles Arbeiten. Im Jahr 2019 und aufbauend auf den gesetzlichen Vorgaben zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten²¹ wurden zwischen der ÖGK und der Ärztekammer für Oberösterreich die Rahmenbedingungen für das Modell der Erweiterten Vertretung in Kassenordinationen in verschiedenen Ausgestaltungs- und Erscheinungsformen geschaffen und ist die Erweiterte Vertretung seit Juni 2019 in Oberösterreich im Einsatz. Nachdem im Interesse aller Beteiligten die Anstellung von Ärzten bei Ärzten und die Erweiterte Vertretung inhaltlich weitgehend identisch geregelt werden sollten, wurden die Rahmenbedingungen der Erweiterten Vertretung an die gesamtvertraglichen Bestimmungen zur Anstellung angeglichen, gleichwohl das Modell der Erweiterten Vertretung aufgrund der unter 3.1. geschilderten Notwendigkeit einer gesamtvertraglichen Regelung für die Anstellung schon einige Monate vor der Anstellungsmöglichkeit in Oberösterreich zur Anwendung kam.

Kurz zusammengefasst und vereinfacht gesagt handelt es sich bei der Erweiterten Vertretung um eine Zusammenarbeit wie in einer Gruppenpraxis, ohne dafür den komplexen Weg der Gesellschaftsgründung gehen zu müssen, bzw. bildet sie die Regelungen der Anstellung ab, allerdings ohne dafür ein Dienstverhältnis mit dem Vertretungsarzt begründen zu müssen. Aus arbeitsrechtlicher Sicht handelt es sich bei der Erweiterten Vertretung um einen freien Dienstvertrag.

Bezüglich der unterschiedlichen Varianten der Erweiterten Vertretung und der weiteren Details darf auf die Ausführung zur Anstellung verwiesen werden.

¹⁹ Seit Juni 2019 wurden 58 Bewilligungen für die Erweiterte Vertretung erteilt.

²⁰ § 9 Arbeitsbehelf zum OÖ Gesamtvertrag für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte.

²¹ § 47a Ärztegesetz.

5.2. Wesentliche Unterschiede zur Anstellung

In der Praxis wird eine Abgrenzung zwischen Erweiterter Vertretung und Anstellung oft nicht so einfach möglich sein. Wesentliche Unterschiede zwischen diesen beiden Modellen bestehen aber hinsichtlich der formalen Berufsausübung und den sozial- und arbeitsrechtlichen Gegebenheiten. Der mitarbeitende Arzt wird bei der Erweiterten Vertretung freiberuflich tätig und ist somit selbst für die Einhaltung seiner sozialversicherungsrechtlichen Verpflichtungen und Abgaben verantwortlich. Daneben gelten für diesen die arbeitsrechtlichen Regelungen über Urlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall usw. nicht und ist auch das Vertretungshonorar einvernehmlich zwischen Vertreter und Vertretenem zu vereinbaren, wobei eine Orientierung am Kollektivvertragsniveau für die Anstellung aus Sicht der Ärztekammer für Oberösterreich geboten erscheint.

Im Gegensatz dazu ist der angestellte Arzt von seinem Dienstgeber – dem Kasinstelleninhaber – sowohl bei der Sozialversicherung als auch bei der Wohlfahrtskasse anzumelden und wird in der Ärzteliste als angestellter Arzt eingetragen. Bezüglich der arbeitsrechtlichen Regelungen sind auf den angestellten Arzt dieselben Gesetze wie bei Ordinationsangestellten anzuwenden – Stichwort Mutterschutzgesetz oder Arbeitszeitgesetz. Auch in puncto Gehalt ist keine individuelle Vereinbarung wie bei der Erweiterten Vertretung möglich, sondern ist der bereits zitierte Kollektivvertrag für bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angestellte Ärztinnen als Untergrenze zwingend anzuwenden, es kann aber auch überzahlt werden.