

# Zeitschrift für Gesundheitspolitik

# ZGP

Ausgabe 01/2018



Schwerpunktthema

## Anstellung von Ärzten bei Ärzten

Schwerpunktthema

**Anstellung von Ärzten bei Ärzten**

Z  
GP



**Schwerpunktthema**

# **Anstellung von Ärzten bei Ärzten**

**Ausgabe 1/2018**

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung  
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser  
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik  
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für  
Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz  
[www.lig-gesundheit.at](http://www.lig-gesundheit.at)

Coverfoto: [www.fotolia.com](http://www.fotolia.com) (ursule)  
Redaktion: Mag. Katharina Wieser  
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien  
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

# Liebe Leserin, lieber Leser

Die Lebensweisen, Bedürfnisse und Präferenzen der Menschen ändern sich im Laufe der Zeit. So ist in der Gesellschaft schon seit Längerem die Tendenz feststellbar, dass man Privates mit Beruflichem besser vereinen möchte. Häufig ist von einer ausgewogenen „Work-Life-Balance“ die Rede, und man meint damit eine vergleichsweise stärkere Betonung der Freizeit – also mehr Zeit für Familie, Freunde, Hobbys und dergleichen. Diese Entwicklung ist natürlich auch unter den jungen Ärztinnen und Ärzten spürbar und macht eine Anpassung der traditionellen Arbeitsformen notwendig, um die neue Generation für den Beruf weiter begeistern zu können.

Gerade im niedergelassenen Bereich, wo der klassische Hausarzt mit Kassenvertrag noch vorherrschend ist, wird es zunehmend schwieriger, für vakante Stellen Nachfolger zu finden. Denn lange Arbeitszeiten und zahlreiche Dienste lassen oft wenig Zeit für anderes übrig. Daher scheint es geboten, die Voraussetzungen zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten endlich zu schaffen. Das würde selbstständigen Vertragsärzten zu einer Entlastung verhelfen und für andere (junge) Ärzte die Möglichkeit einer Ordinationstätigkeit ohne unternehmerisches Risiko schaffen. Im Gesundheitswesen könnte diese Option eine Abfederung des bevorstehenden Ärztemangels bewirken und einen Beitrag zur Sicherung der Primärversorgung leisten.

Dieses Heft beschäftigt sich mit rechtlichen Grundlagen zum Thema, zeigt positive Auswirkungen, Problemstellungen und Lösungsansätze auf und geht auf die Situation in Deutschland ein, wo es diese Form der Zusammenarbeit bereits seit 2007 gibt. Ein weiterer Beitrag verdeutlicht die Einstellung der Ärztinnen und Ärzte dazu und geht auf deren Erwartungen, Befürchtungen und Wünsche ein. Wir hoffen, damit wertvolle Diskussionsbeiträge zu liefern, und dürfen wie immer viele anregende Momente beim Lesen wünschen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner  
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser  
Obmann LIG



# Inhaltsverzeichnis

<b>Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten – die rechtliche Situation</b>	<b>9</b>
<i>Dr. Daniela Braza-Horn, LL.M., MBA</i>	
<b>Gruppenpraxis versus Tätigkeit als angestellter Arzt in einer Einzelordination</b>	<b>25</b>
<i>Mag. Seyfullah Çakır</i>	
<b>Befragung und Fokusgruppe zu „Anstellung von Ärzten bei Ärzten“</b>	<b>45</b>
<i>Mag. Sabine Weißengruber-Auer, Mag. Katharina Wieser</i>	
<b>Überlegungen zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten</b>	<b>59</b>
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
<b>Anstellung von Ärzten bei Ärzten in Deutschland</b>	<b>67</b>
<i>Mag. Katharina Wieser</i>	
<b>Auf den Standpunkt gebracht</b>	<b>87</b>
<i>Mit Beiträgen von Dr. Artur Wechselberger, Mag. Bernhard Wurzer und Mag. Gerald Loacker</i>	
<b>Aus den Gesundheitssystemen</b>	<b>95</b>



*Dr. Daniela Braza-Horn, LL.M., MBA*

*Bereichsleitung Recht & Expertisen, Ärztekammer für Oberösterreich*

# Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten – die rechtliche Situation

<b>1. Ausgangssituation</b>	<b>10</b>
<b>2. Ärztegesetzliche Lage</b>	<b>11</b>
<b>3. Sozialversicherungsrechtliche Situation</b>	<b>20</b>
<b>4. Schlussbetrachtung</b>	<b>23</b>

*Nachstehender Artikel befasst sich mit der Zulässigkeit der Beschäftigung ärztlichen Personals bei niedergelassenen Ärzten. Neben der Aufarbeitung der ärztrechtlichen Lage anhand einer Betrachtung der zu diesem Thema vorhandenen Literatur und Rechtsprechung werden Überlegungen dazu angestellt, wie sich die rechtliche Situation im Hinblick auf eine Anstellung von Ärzten bei Kassenärzten im Vertragspartnerrecht darstellt.*

# 1. Ausgangssituation

Die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten ist ein Thema, welches aus der Beobachtung im Beratungsalltag immer häufiger vor allem junge Ärzte beschäftigt. Die Aussicht, bei einem niedergelassenen Arzt erste Berufserfahrung in Form eines Angestelltenverhältnisses zu sammeln, erscheint unter dem Aspekt des zunehmenden Wunsches nach einer flexiblen Lebensgestaltung und einer längeren beruflichen Orientierungsphase als attraktive Alternative zu einer frühen Festlegung auf den Beruf des niedergelassenen Arztes – eine Entscheidung, welche regelmäßig mit nicht unerheblichen finanziellen Investitionen verbunden ist.

Auf der Seite der bereits niedergelassenen Ärzte würde die Option einer Anstellung eine Möglichkeit bieten, den Umfang ihrer (vertrags-)ärztlichen Tätigkeit entsprechend zu erweitern und so die ambulante medizinische Versorgung auszubauen. Abseits wirtschaftlicher und gesellschaftsrechtlicher Überlegungen zu diesem Themenkreis stellt sich in diesem Zusammenhang indes zunächst die Frage nach der rechtlichen Zulässigkeit einer solchen Form der Zusammenarbeit.

Nachstehender Artikel soll daher die derzeit gültige Gesetzeslage betreffend einer Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten näher beleuchten. Ausgehend von der ärztegesetzlichen Situation werden in weiterer Folge auch die speziellen gesamtvertraglichen Anforderungen im Kassenrecht thematisiert.

## 2. Ärztegesetzliche Lage

Die Frage nach der Zulässigkeit von Anstellungen ärztlichen Personals durch niedergelassene Ärzte soll zunächst im Hinblick auf das Ärztegesetz näher betrachtet werden.

### 2.1. Anstellungsverhältnisse niedergelassener Ärzte im Ärztegesetz

Anstellungsverhältnisse zwischen Ärzten werden im Ärztegesetz an unterschiedlicher Stelle lediglich punktuell thematisiert. So erlaubt etwa § 12 Abs. 6 ÄrzteG explizit die Anstellung von Ärzten in Ausbildung durch hierzu qualifizierte niedergelassene Ärzte im Rahmen einer Lehrpraxis. Diese Möglichkeit trägt dem Erfordernis Rechnung, dass der Gesetzgeber sichtlich eine Ausbildungsmöglichkeit in ärztlichen Ordinationen schaffen wollte und dies in ein organisatorisches Regime einzuordnen war.

Eine zweite Stelle, an welcher eine Anstellung von ärztlichem Personal bei einem Arzt thematisiert wird, findet sich in dem im Zuge der zweiten ÄrzteG-Novelle 2001 eingeführten Gruppenpraxisreglement. Demnach können sich Ärzte zur gemeinschaftlichen Ausübung einer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in der Rechtsform einer OG oder GmbH zusammenschließen. Diesbezüglich regelt § 52a ÄrzteG in Absatz 3 Z. 7 lit a) ausdrücklich, dass die Anstellung von Ärzten in Gruppenpraxen unzulässig ist. Abseits der eben genannten Regelungen thematisiert das Ärztegesetz die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten nicht weiter. Daraus ergibt sich die Frage, ob aus dem Anstellungsverbot von Ärzten in Gruppenpraxen zu schließen ist, dass dieses auch für ärztliche Einzelordinationen zu gelten hat.

## 2.2. Eine Frage der Abgrenzung von ärztlichen Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien

Als Hintergrund dieser Regelung ist die Notwendigkeit zu sehen, zwischen den im ÄrzteG abschließend geregelten ärztlichen Gruppenpraxen und den in den Krankenanstaltengesetzen angesiedelten Ambulatorien zu differenzieren. Diese ergibt sich aus dem Umstand, dass selbständige Ambulatorien als Sonderform einer Krankenanstalt iSv § 2 KaKuG dem krankenanstaltenrechtlichen Bewilligungssystem unterliegen, wonach ihre Errichtung sowie der Betrieb einer Bewilligung der jeweiligen Landesregierung bedürfen.

Nicht zuletzt aus der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung heraus ist eine klare Unterscheidbarkeit zwischen selbständigen Ambulatorien und Gruppenpraxen erforderlich.<sup>1</sup> In diesem Sinn weisen bereits die Gesetzesmaterialien zu § 52 Abs. 3 ÄrzteG auf ein entsprechendes Erfordernis hin.<sup>2</sup>

Was nun die Abgrenzung zwischen ärztlichen Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien angeht,<sup>3</sup> so ergibt sich nach § 2 Abs. 3 KaKuG ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal daraus, dass selbständige Ambulatorien eine Organisation aufweisen, welche jener einer Krankenanstalt entspricht.<sup>4</sup> Dementsprechend erfordert die Organisationsform einer Krankenanstalt beispielsweise gem. §§ 6 ff. KaKuG die Bestellung eines ärztlichen Leiters nebst Stellvertreter (mithin ein Personalausmaß von zumindest zwei ärztlichen Beschäftigten) sowie eine entsprechende Anstaltsordnung, welche den inneren Betrieb des Ambulatoriums zum Gegenstand hat. Darüber hinaus wurde von der Judikatur als Abgrenzungskriterium zu ärztlichen Ordinationen gesehen, dass in selbständigen Ambulatorien mehrere Patienten gleichzeitig behandelt werden können.<sup>5</sup> Gleichwohl kann das zuletzt genannte Kriterium nicht dazu herangezogen werden, Ambulatorien von Gruppenpraxen abzugrenzen, da es in Gruppenpraxen freilich ebenfalls möglich ist, dass die darin tätigen Gesellschafter zeitgleich Patienten behandeln.

1 Vgl. die in Art. 10 Abs. 1 Z. 12 B-VG und in Art. 12 Abs. 1 Z. 1 B-VG enthaltene unterschiedliche Kompetenzverteilung.

2 RV 779 BlgNR 24. GP 20.

3 Vgl. ausführlich hierzu z.B. Stadler, Abgrenzung von ärztlichen Ordinationsstätten bzw. Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien, RdM 2010, 36 ff.

4 So auch die Rspr. hinsichtlich der Abgrenzung von selbständigen Ambulatorien und ärztlichen Ordinationen, vgl. VfGH v. 07.03.1992, G 198/90 u.a.

5 Vgl. etwa VwGH v 10.09.1986, 86/09/0036, VwSlg 12.212 A/1986.

Entscheidend für eine Unterscheidung muss daher die Frage nach dem jeweiligen Organisationsgrad der Einrichtung sein. Hierfür ergeben sich Anhaltspunkte aus dem Gesetz selbst, da bereits der Gesetzgeber das Erfordernis einer klaren Unterscheidbarkeit zwischen selbständigen Ambulatorien und Gruppenpraxen gesehen hat. Dementsprechend stellt § 52a Abs. 3 ÄrzteG für ärztliche Gruppenpraxen Rahmenbedingungen auf, die ein Verschwimmen der Grenzen zwischen den beiden Tätigkeitsformen hintanhaltend sollen. Maßgeblich zur Abgrenzung zur Krankenanstalt regelt § 52a Abs. 3 Z. 8 ÄrzteG, dass in einer Gruppenpraxis die Anstellung nicht ärztlichen Personals nur in einem solchen Ausmaß zulässig ist, welches keine Anstaltsordnung erforderlich macht. Sofern das Verhältnis zwischen ärztlichem und nicht ärztlichem Personal 1:5 übersteigt (bzw. bei technischen Fächern mehr als 30 nicht ärztliche Angestellte tätig sind), gilt die gesetzliche Vermutung, dass ein selbständiges Ambulatorium vorliegt.

Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit klarer Trennlinien zwischen Ambulatorien und Gruppenpraxen ist auch das in § 52 a Abs. 3 Z. 2 ÄrzteG enthaltene Verbot der Anstellung von Ärzten in Gruppenpraxen zu beurteilen.<sup>6</sup> Könnte eine Gruppenpraxis eine beliebig große Zahl von Ärzten anstellen, so wäre sie u.U. nach außen hin nur schwer von einem selbständigen Ambulatorium zu unterscheiden. Gleichwohl lässt sich aus einem Anstellungsverbot in Gruppenpraxen selbst nicht ableiten, dass ein entsprechendes Verbot ebenfalls in Einzelordinationen gelten sollte. Vielmehr lässt sich aus dem exklusiv für Gruppenpraxen geltenden Anstellungsverbot von Ärzten schließen, dass vom Gesetzgeber lediglich bei Gruppenpraxen die Gefahr gesehen wurde, sich nach außen hin einem Ambulatorium anzugleichen. Dementsprechend wäre nur dann, wenn eine Gruppenpraxis Ärzte anstellen würde, möglicherweise ein einer Krankenanstalt entsprechender Organisationsgrad erreicht. Im Umkehrschluss heißt dies, dass das ÄrzteG nicht davon ausgeht, dass eine Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten einen Organisationsgrad bewirkt, welcher vergleichbar mit einer Krankenanstalt ist.<sup>7</sup> Demnach spricht die Notwendigkeit, eine Abgrenzung zum Krankenanstaltenrecht zu schaffen, gerade nicht gegen eine Anstellung von Ärzten in Einzelpraxen.

Über die genannten Punkte hinaus enthält das ÄrzteG keine ausdrückliche Aussage über die Zulässigkeit von Anstellungen von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten, weshalb die Thematik in der Literatur unterschiedliche Sichtweisen erfährt, worauf an späterer Stelle noch näher einzugehen sein wird.

---

6 Wallner, in Resch/Wallner (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht<sup>2</sup> (2015), Kap. XXI. Rz. 4.

7 Wallner, in Neumayr/Resch/Wallner, Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht (2016), §§ 45–47 ÄrzteG, Rz. 11.

Was die allgemeiner gehaltene Frage der Form des Tätigwerdens von Ärzten angeht, so trifft § 3 Abs. 2 ÄrzteG lediglich die Aussage, dass die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufs entweder freiberuflich oder im Rahmen eines Dienstverhältnisses erfolgen kann. Davon zu unterscheiden ist indes die ebenfalls in dieser Bestimmung enthaltene Klarstellung dahingehend, dass die selbständige Ausführung des ärztlichen Berufes stets im Sinne von eigenverantwortlichem Tätigwerden erfolgt und die Art des Tätigwerdens als niedergelassener oder angestellter Arzt hieran nichts ändert.

Eine weitere Stelle im Ärztegesetz, in welcher die Anstellung von Ärzten thematisiert wird, findet sich in § 46 ÄrzteG. Demnach ist der zur selbständigen Berufsausübung berechtigte Arzt, der beabsichtigt, seinen Beruf in einem Angestelltenverhältnis auszuüben, verpflichtet, der Österreichischen Ärztekammer seinen Dienstort bekannt zu geben. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass der Gesetzgeber selbst bei der Schaffung dieser seit der Stammfassung (ehem. § 20 ÄrzteG) im Wesentlichen gleichlautenden Bestimmung sich offensichtlich nicht mit der Frage einer Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten auseinandergesetzt hat, da die Erläuternden Bemerkungen im Hinblick auf die Frage, wen diese Verpflichtung treffen soll, nur Turnusärzte, Primärärzte einer Krankenanstalt, bei Sozialversicherungsträgern angestellte Ärzte sowie Betriebsärzte explizit erwähnen.<sup>8</sup> Nachdem es sich dabei aber lediglich um eine beispielhafte Aufzählung handelt, kann hieraus noch nicht geschlossen werden, dass der Gesetzgeber Ärzten die Anstellung bei niedergelassenen Ärzten versagen wollte.

---

8 362 BlgNr 10. GP, 27 f.

## 2.3. Meinungsstand in der Literatur

In der Literatur wird die Frage nach der Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Kollegen unterschiedlich beantwortet. Innerhalb der Gruppe von Autoren, welche eine Zulässigkeit ablehnen, wird diese Meinung auf unterschiedliche Begründungen gestützt, die im Folgenden kurz skizziert werden sollen.

So verneint etwa *Krejci*<sup>9</sup> die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten zunächst unter Hinweis auf eine vorübergehende Regelung im ÄrzteG a.F. betreffend einer Möglichkeit, dass niedergelassene Ärzte noch 6 Monate über die Ausbildung hinaus Lehrpraktikanten in ihrer Ordination beschäftigen könnten.<sup>10</sup> Dies sei nur unter dem Aspekt nachvollziehbar, dass es sich hierbei um eine anreizsetzende Maßnahme für niedergelassene Ärzte handeln sollte, sich als Lehrpraxis zur Verfügung zu stellen und so über das Ausbildungsverhältnis hinaus von der Arbeitskraft des dann schon ausgebildeten Arztes profitieren zu können. Wollte der Gesetzgeber die Anstellung von Ärzten hingegen generell als zulässig betrachten, so würde diese Regelung ins Leere gehen.<sup>11</sup>

Eine Unzulässigkeit der Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten wird überdies mit dem Argument abgelehnt, dass das ÄrzteG die Zusammenarbeit von Ärzten an verschiedenen Stellen regelt und sich hieraus ein Ausschluss weiterer möglicher Kooperationsformen, etwa der Anstellung, ergebe.<sup>12</sup> So erlaubt etwa § 52 ÄrzteG Ärzten bei gleichzeitiger Wahrung ihrer Eigenverantwortlichkeit die gemeinsame Nutzung von Infrastruktur im Rahmen einer Ordinationsgemeinschaft bzw. Apparategemeinschaft. Unter einer Ordinationsgemeinschaft ist dabei zu verstehen, dass sich mehrere freiberuflich tätige Ärzte Räume und ggf. auch die darin vorhandene Infrastruktur, aber auch etwa Personal zur Nutzung teilen. Eine Apparategemeinschaft unterscheidet sich dahingehend von einer Ordinationsgemeinschaft, als dabei die Ärzte grundsätzlich ihre Räumlichkeiten weiter nutzen und lediglich ggf. an einem weiteren Standort medizinisch-technische Gerätschaften gemeinsam betrieben werden.<sup>13</sup> Hieraus wird etwa von *Windisch-Graetz*<sup>14</sup> eine darüber hinausgehende Beschäftigungsmöglichkeit abgelehnt. Begründend hierfür wird angeführt, dass es bei ärztlichen Tätigkeiten im

9 *Krejci*, Persönliche Behandlungspflicht von Vertragsärzten, Soziale Sicherheit 1991, 478 ff.

10 § 7 Abs. 3 letzter Satz ÄrzteG idF BGBl. Nr. 314/1987 lautete: „Dieses Arbeitsverhältnis kann mit dem bereits zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als praktischer Arzt oder Facharzt berechtigten Arzt bis zur Dauer von sechs Monaten fortgesetzt werden.“

11 *Krejci*, Persönliche Behandlungspflicht von Vertragsärzten, Soziale Sicherheit 1991, 478 ff., ähnlich *Grillberger*, in Strasser (Hrsg.), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995), 319 f.

12 So etwa *Pircher*, Honorarberechtigung in der Sonderklasse öffentlicher Heilanstalten (2002), 249.

13 *Zahl*, in Emberger/Wallner (Hrsg.), Ärztegesetz mit Kommentar<sup>2</sup> (2008), § 52, Rz. 4.

14 *Windisch-Graetz*, Selbständiges Ambulatorium und ärztliche Ordination, RdM 1995, 144 ff.

Rahmen einer Niederlassung nur zu einem direkten Vertragsverhältnis zwischen einem Arzt und Patient kommen soll und diesem Vertrauensverhältnis kein dritter Vertragspartner (wie etwa bei einer Krankenanstalt der Träger) zwischengeschaltet werden solle.<sup>15</sup>

Eine weitere Vorschrift, aus welcher heraus eine ablehnende Haltung des Gesetzgebers gegenüber der Anstellung von Ärzten bei Ärzten abgeleitet wird, findet sich in § 49 Abs. 2 ÄrzteG. Hierin wird festgehalten, dass der Arzt seinen Beruf persönlich und unmittelbar – bzw. falls erforderlich in Zusammenarbeit mit anderen Kollegen bzw. Angehörigen eines anderen Berufes – ausüben hat. Darüber hinaus ist der Arzt berechtigt, sich Hilfspersonen zu bedienen, sofern diese den Anordnungen und der Aufsicht des Arztes unterliegen. Aus diesem Unmittelbarkeitsgebot schließt etwa *Pircher*<sup>16</sup> auf eine Unzulässigkeit der Beschäftigung ärztlichen Personals in einer Ordination.

Ein weiteres Kriterium, welches die Rspr. zur bereits oben thematisierten Unterscheidung zwischen Ambulatorien und Ordinationen heranzieht und welches in der Beurteilung der Zulässigkeit einer Anstellung von Ärzten in Ordinationen eine Rolle spielt, ist jenes der medizinischen Eigenverantwortlichkeit.<sup>17</sup> Hieraus ergibt sich die Frage, ob diese zur Folge hat, dass keine angestellten Ärzte in Ordinationen tätig werden dürfen bzw. ob diese in einer Ordination nur durch den freiberuflich dort tätigen Arzt gewahrt wird. Freilich findet sich, wie oben bereits angesprochen, der Begriff der Eigenverantwortlichkeit in § 3 Abs. 2 ÄrzteG wieder, wobei von der Grundregel des eigenverantwortlichen Tätigwerdens freiberufliche und angestellte Ärzte gleichermaßen umfasst sind. Demnach wird aus Sicht der h.M. unter der ärztlichen Eigenverantwortlichkeit verstanden, dass der Arzt in fachlicher Hinsicht in unterschiedlicher Intensität weisungsfrei ist, während er in persönlicher Hinsicht im Falle einer Anstellung selbstverständlich weisungsgebunden sein kann.<sup>18</sup> Damit der Begriff der Eigenverantwortlichkeit im Sinne der vorhin erwähnten Judikatur seinen Bedeutungsgehalt wahrt, ist daraus zu schließen, dass hierunter vielmehr zu verstehen ist, dass der Arzt letztlich selbst die rechtliche Verantwortlichkeit für sein Handeln trägt. In diesem Sinne ist sowohl der freiberufliche als auch der angestellte Arzt für sein Tun haftbar, wobei sich die Haftung des zuletzt genannten freilich nicht aus dem Behandlungsvertrag, sondern aus einer deliktischen Rechtsgrundlage ableitet. Letztlich kann der Begriff der Eigenverantwortlichkeit auch die Situation des Zustandekommens des

15 Vgl. *Windisch-Graetz*, Selbständiges Ambulatorium und ärztliche Ordination, RdM 1995, 144 ff (146 f.).

16 Honorarberechtigung in der Sonderklasse öffentlicher Heilanstalten (2002), 248 f.

17 VfGH v. 07.03.1992, G 198/90 ua, VfSlg 13.023

18 Vgl. *Stärker*, in Emberger / Wallner (Hrsg.), Ärztesgesetz mit Kommentar<sup>2</sup> (2008), § 3 Rz. 7.

Behandlungsvertrages meinen. Demnach wäre aus Sicht des VfGH ein Abgrenzungskriterium, dass in einem Ambulatorium der Behandlungsvertrag mit dem Träger desselben zustande kommt, in einer Ordination hingegen mit dem Inhaber, der in der Regel der behandelnde Arzt sein wird.<sup>19</sup>

Demgegenüber bejaht etwa *Emberger* die grundsätzliche Zulässigkeit einer Beschäftigung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten mit dem Argument, dass der in § 52 Abs. 2 ÄrzteG genannte Verweis auf freiberuflich tätige Ärzte im Sinne von § 49 Abs. 2 ÄrzteG nicht so zu verstehen sei, dass das ÄrzteG nur den Zusammenschluss freiberuflich tätiger Ärzte zulasse. Vielmehr regle § 52 Abs. 2 ÄrzteG eben nur diese Form der Kooperation freiberuflicher Ärzte, woraus andere Varianten der Zusammenarbeit etwa in Form einer Anstellung aber nicht ausgeschlossen würden.<sup>20</sup> Dieser Auffassung folgt ebenfalls *Stellamor*. Er begründet dies damit, dass sich § 49 Abs. 2 ÄrzteG auch auf angestellte Ärzte bezieht und eine Tätigkeit des Arztes als Dienstnehmer (ggf. eines niedergelassenen Arztes) nichts an der Selbständigkeit der Berufsausübung ändern könne.<sup>21</sup>

Einen Sonderweg hinsichtlich der Frage der Zulässigkeit einer Anstellung von Ärzten bei Ärzten beschreitet hingegen *Schneider*. Im Zusammenhang mit der oben dargestellten Abgrenzungproblematik sieht er keine Unzulässigkeit einer Anstellung, sondern läge in diesem Fall vielmehr zwingend eine Krankenanstalt vor. Begründend hierfür wird ausgeführt, dass der Behandlungsvertrag im Falle einer Anstellung nicht mehr unbedingt mit dem tatsächlich behandelnden Arzt zustande kommt, sondern ggf. mit einem Dritten, falls der angestellte Arzt die Behandlung durchführt, was aber ein typisches Charakteristikum einer Krankenanstalt darstelle.<sup>22</sup> Nachdem der Gesetzgeber nun aber in § 52a Abs. 3 ÄrzteG eigens einen Kriterienkatalog zur Abgrenzung aufgestellt hat, erscheint es nicht nachvollziehbar, weshalb eine Anstellung bei einem Einzelarzt als einziges Merkmal, welches auch in einer Krankenanstalt vorkommt, bereits dazu führen sollte, dass tatsächlich eine Krankenanstalt vorliegt. Vielmehr hat der Gesetzgeber hierdurch klargestellt, dass die Anstellung eines Arztes in einer Einzelordination nicht zur Folge hat, dass dies zum Vorliegen einer Krankenanstalt führt.<sup>23</sup>

19 Vgl. *Windisch-Graetz*, Selbständiges Ambulatorium und ärztliche Ordination, RdM 1995, 144 ff (149). Ähnlich *Grillberger*, in Strasser (Hrsg.), Arzt und gesetzliche Krankenversicherung (1995), 320 f.

20 *Emberger*, in *Emberger/Wallner* (Hrsg.), Ärztegesetz mit Kommentar<sup>2</sup> (2008), § 49 Rz 8. Die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten betrachtet ebenso Kopetz für zulässig, vgl. *Arzt und Praxis: ein Leitfaden zur Ordinationsführung* (2002), 77.

21 *Stellamor*, in *Stellamor/Steiner*, Handbuch des österreichischen Arztrechts (1999), Bd. 1, 462. Ebenfalls die Möglichkeit einer Anstellung bejahend Kopetz in ÖÄZ 1989, 32 ff.

22 *Schneider*, *Ärztliche Ordinationen und selbständige Ambulatorien* (2001), 68., Ähnlich begründend *Mazal*, *Gruppenpraxis vs. Anstaltsbegriff*, RdM 2000, 129.

23 Vgl. auch *Wallner*, *Ärztliches Berufsrecht* (2011), 93.

## 2.4. Meinungsstand in der Judikatur

Die Rechtsprechung hat bislang noch nicht ausdrücklich zu der Frage Stellung genommen, ob die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten als unzulässig zu betrachten ist. In einer Entscheidung aus 2001 hatte sich der VwGH implizit mit der Frage zu beschäftigen, als er die Sozialversicherungspflicht einer Ärztin für Allgemeinmedizin zu prüfen hatte, welche von ihrem als niedergelassenen Facharzt tätigen Ehemann in dessen Ordination angestellt wurde.<sup>24</sup> Gleichwohl die Frage nach der Zulässigkeit einer Anstellung aus ärztengesetzlichen Gesichtspunkten letztlich unbeantwortet blieb, gab der VwGH zu verstehen, dass die nun in § 3 Abs 2. ÄrzteG geregelte eigenverantwortliche Ausführung ärztlicher Tätigkeiten sich nur auf eine Weisungsungebundenheit in fachlicher Hinsicht zu beziehen hat, wie sie auch in anderen Tätigkeiten enthalten sei, welche in weitgehender Eigenverantwortung verrichtet würden (z.B. Wirtschaftstrehänder). Eine Weisungsungebundenheit im Sinne eines die Sozialversicherungspflicht iSv § 4 Abs. 2 ASVG auslösenden Arbeitsverhältnisses betreffe demgegenüber vielmehr Vorschriften, welche die betreffende Ärztin hinsichtlich ihres arbeitsbezogenen Verhaltens verpflichten (etwa hinsichtlich Arbeitsort und Arbeitszeit). Dies lässt den Schluss zu, dass nach Auffassung des VwGH zumindest die erforderliche Eigenverantwortlichkeit einer Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten nicht entgegensteht.<sup>25</sup>

## 2.5. Fazit

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das ÄrzteG keine Aussage darüber trifft, ob die Anstellung von Ärzten durch niedergelassene Ärzte untersagt ist. Im Umkehrschluss deutet demnach alles auf die Zulässigkeit der Beschäftigung von Ärzten bei Ärzten hin. Nachdem entsprechende gesetzliche Regelungen fehlen, folgt im Hinblick auf das verfassungsrechtlich verankerte Grundrecht auf Privatautonomie und der damit verbundenen Vertragsfreiheit,<sup>26</sup> dass eine Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten möglich ist.

24 VwGH 21.11.2001, 97/08/0169, SvSlg 47/831.

25 VwGH 21.11.2001, 97/08/0169, SvSlg 47/831.

26 Vgl. hierzu ausführlich *Mayer/Muzak*, B-VG<sup>5</sup> (2015), Art 5 StGG Anm. II.1.

Auch das oben erörterte Auseinanderfallen der Person des Arztes, der mit dem Patienten den Behandlungsvertrag abschließt und einem weiteren, welcher ggf. als angestellter Arzt die Behandlung letztlich durchführt, ist kein ultimativer Grund, welcher eine Anstellung per se verbieten würde, kommt es doch in der Praxis häufig etwa im Falle einer ärztlichen Vertretung in der Ordination zu einer vergleichbaren Situation.<sup>27</sup>

In diesem Zusammenhang scheint es darüber hinaus erwähnenswert, dass die oben vorgestellten ablehnenden Meinungen zur Frage, ob Ärzte bei niedergelassenen Ärzten angestellt werden können, aus einer Zeit stammen, bevor der Gesetzgeber ein Anstellungsverbot von Ärzten in Gruppenpraxen in Form des § 52a Abs. 3 in das ÄrzteG integrierte.<sup>28</sup> Die hierfür herangezogenen Argumente scheinen daher im Lichte der gegenwärtigen Rechtslage in argumentativer Hinsicht großteils überholt. Die oben näher vorgestellten Gründe, auf Grund welcher die Möglichkeit einer Anstellung verneint wird, sind jedoch zwingend im Kontext mit der erforderlichen Abgrenzungsproblematik von Ordinationen zu selbständigen Ambulatorien zu sehen. Das Anstellungsverbot von Ärzten in Gruppenpraxen, welches der Gesetzgeber ausdrücklich ausgesprochen hat, fügt sich insofern in dieses Bild ein, als eine Gruppenpraxis von außen betrachtet einen höheren Ähnlichkeitsgrad mit einem selbständigen Ambulatorium aufweisen kann als eine Einzelordination und hieraus vom Gesetzgeber das Erfordernis der Schaffung eines weiteren Abgrenzungskriteriums in Form eines Anstellungsverhältnisses gesehen wurde. Wollte der Gesetzgeber hingegen generell bei niedergelassenen Ärzten eine Anstellung untersagen, so scheint es überflüssig und sinnwidrig, in § 52a Abs. 3 ÄrzteG hinsichtlich der ärztlichen Gruppenpraxen explizit ein Anstellungsverbot zu verankern.

---

27 In diesem Fall wird von der Judikatur der abwesende Vertragsarzt als Erfüllungsgehilfe haftbar gemacht, wenn die Vertretung nicht nach außen klar ersichtlich war, vgl. etwa OGH v. 22.1.2008, 4 Ob 2010/07x.

28 BGBl I 2010/61. Die Regelung wurde als Folge des *Hartlauer*-Erkenntnisses des Europäischen Gerichtshofes (EuGH Rs. C-169/07) in das ÄrzteG aufgenommen, aus welchem sich das Erfordernis zur Schaffung eines Instrumentariums zur kompetenzrechtlichen Abgrenzung zwischen Gruppenpraxen und selbständigen Ambulatorien ergab, vgl. RV 779 BlgNR 24. GP 20.

## 3. Sozialversicherungsrechtliche Situation

Für Kassenärzte ist das Regelungsregime des Vertragspartnerrechts maßgeblich für die Ausübung ihres Berufes. Es soll daher im Folgenden der Frage nachgegangen werden, ob das Kassenrecht die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten zulässt.

### 3.1. Gesamtvertragliche Regelungen

Das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Sozialversicherung wird in kassenärztlichen Einzelverträgen geregelt, welche überdies nach § 341 Abs. 3 ASVG die gemäß § 341 ff. ASVG zwischen den jeweils zuständigen Ärztekammern und Sozialversicherungen abgeschlossenen Gesamtverträge zum Inhalt haben. Die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten unterliegt im Sozialversicherungsrecht abgesehen von § 342b ASVG, welche den Einsatz von Turnusärzten bei Vertragsärzten zum Gegenstand hat, keiner expliziten Regelung.

Zu klären ist in diesem Zusammenhang aber, inwieweit die ärztlichen Gesamtverträge eine Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten als zulässig erachten. In diesem Zusammenhang ist § 10 Abs. 1 Muster-Gesamtvertrag (MGV)<sup>29</sup> zu nennen, in dem festgelegt wird, dass jede vertragsärztliche Tätigkeit „grundsätzlich durch den Vertragsarzt selbst auszuüben ist“.

Freilich unterliegt dieses Gebot einigen Ausnahmen, wie etwa die in § 13 MGV gewährte Möglichkeit, zum Zwecke einer weitergehenden ärztlichen Behandlung zu einem Arzt anderer Fachrichtung, etwa zu labordiagnostischen Leistungen, zuzuweisen. Darüber hinaus nennt § 17 als mögliche Einbeziehung eines weiteren Arztes die Abhaltung eines Konsiliums.

Schließlich regelt § 9 MGV die Zulässigkeit einer ärztlichen Vertretung für den Fall, dass der Vertragsarzt in seiner persönlichen Leistungserbringung verhindert ist. In diesem Zusammenhang fällt indes auf, dass die Bestimmungen betreffend einer Stellvertretung in restriktiver Weise ausgeführt sind. So ist gem. § 9 Abs. 2 MGV die Person des vertretenden Arztes sowie die voraussichtliche Dauer der Vertre-

<sup>29</sup> *Dragaschnig/Souhrada* (Hrsg.), Schiedskommissionen und Vertragspartnerrecht in der österreichischen Sozialversicherung (1983), 81 ff.

tung an Ärztekammer und Kasse bekannt zu geben, sofern eine Vertretung länger als zwei Wochen andauert. In weiterer Folge haben die Gesamtvertragsparteien ein Einspruchsrecht bezüglich der Person des Vertreters. Dies lässt darauf schließen, dass die persönliche Erbringung von ärztlichen Leistungen im Vertragspartnerrecht grundsätzlich einen hohen Stellenwert einnimmt.

### 3.2. Meinungsstand in der Literatur

Aus dem soeben dargestellten Regel-Ausnahme-Prinzip leitet der überwiegende Teil der Literatur ab, dass eine Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten den gesamtvertraglichen Bestimmungen zuwider laufen würde.<sup>30</sup> Begründend hierfür wird zunächst das in § 343 ASVG verankerte Zulassungsregime zur kassenärztlichen Tätigkeit genannt. Im Hinblick darauf sei es zu verhindern, dass andere Ärzte als jene im Auswahlverfahren ermittelte ohne rechtfertigenden Grund unmittelbar am Vertragspartnerverhältnis partizipieren. Darüber hinaus spreche auch die kassenärztliche Stellenplanung gegen eine Anstellung, da sie einerseits dazu diene, die vertragsärztliche Versorgung flächendeckend zu gewährleisten, andererseits aber auch für die tätigen Vertragsärzte einen gewissen Schutz vor Konkurrenz und eine sichere Einkommensquelle böte. Schaffe man nun Vertragsärzten die Möglichkeit, Ärzte anzustellen, könne dies zu unerwünschten Verschiebungen des Patientengutes führen. Das in einer Anstellung enthaltene Expansionspotential könnte überdies zu vom System nicht erwünschten Kostensteigerungen dahingehend führen, indem die Ärzte die Möglichkeit hätten, ihre vertragsärztliche Tätigkeit entsprechend auszudehnen.<sup>31</sup>

Die Möglichkeit, Gruppenpraxen zu gründen, in denen es freilich ebenfalls zu einer Ausweitung der vertragsärztlichen Tätigkeit – verbunden mit den oben genannten Konsequenzen der Kostensteigerung – kommen kann, stehe der in der Literatur vertretenen Auffassung einer Unzulässigkeit der Anstellung nicht entgegen. Im Hinblick darauf, dass eine Gruppenpraxis um die Ausstellung eines Einzelvertrages im Sinne des § 342 a ASVG anzusuchen hat, wenn sie am Kassensystem partizipieren möchte, bestünde die Möglichkeit für die Sozialversicherungsträger, diese Zusammenarbeit im vertragsärztlichen Bereich zu regulieren.<sup>32</sup>

---

30 Vgl. etwa *Grillberger*, in *Grillberger/Mosler, Ärztliches Vertragspartnerrecht* (2012), 200 ff. Ebenso *Krejci*, *Probleme des individuellen Kassenvertrages*, ZAS 1989, 109 ff (117).

31 *Grillberger*, in *Grillberger/Mosler, Ärztliches Vertragspartnerrecht* (2012), 201 f.

32 *Grillberger*, in *Grillberger/Mosler, Ärztliches Vertragspartnerrecht* (2012), 202.

### 3.3. Meinungsstand in der Judikatur

Dementsprechend steht die bisherige Judikatur im Sozialversicherungsrecht einer Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten ablehnend gegenüber. So entschied etwa die Bundesschiedskommission im Jahr 1993, dass eine Anstellung den gesamtvertraglichen Regelungen widerspräche.<sup>33</sup> Begründend hierfür wurde – vergleichbar mit oben angeführten Argumenten – ausgeführt, dass die im Gesamtvertrag enthaltene persönliche Behandlungspflicht keinen Raum lasse für die Beschäftigung weiterer Ärzte mit *ius practicandi*. Wenn ein Kassenarzt einen weiteren Arzt anstellen wolle, ohne sich wegen einer vorübergehenden Verhinderung vertreten zu lassen, so würde dies darauf hindeuten, dass damit eine dauerhafte Ausweitung des Ordinationsbetriebs beabsichtigt sei. Dem Argument der antragstellenden Ärztekammer, dass hierdurch eine schnellere und verbesserte Patientenversorgung ermöglicht werde, sei in diesem Zusammenhang nicht zu folgen, da die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten eben gesamtvertraglich auf das Vorliegen echter Verhinderungsfälle beschränkt sei.

---

<sup>33</sup> BSK 16.03.1993, R 5 – BSK/92, SSV-NF 7/A 3. Ähnlich LBK Wien, 06.07.1998, 12/B 6, SSV-NF 12/B 6 sowie zuvor bereits BSK 02.07.1991, R 2-BSK/91-10, SozSi 1991, 606 hinsichtlich des SVB-Gesamtvertrages.

## 4. Schlussbetrachtung

Aus dem oben dargestellten Meinungsstand lässt sich eine klare Tendenz dahingehend ableiten, dass das Vertragspartnerrecht in seiner derzeitigen Form die Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten nicht zulässt. Es wird jedoch eine Aufgabe der Gesamtvertragsparteien sein, diese Haltung entsprechend zu überdenken und gegebenenfalls gesamtvertraglich zu ändern, wenn praktische Gesichtspunkte dafür sprechen. Einer dieser Aspekte könnte angesichts der derzeitigen Situation auf dem Kassensektor, dass immer weniger Ärzte für Allgemeinmedizin für Kassenverträge zu gewinnen sind, darin bestehen, dass ältere Ärzte durch eine Anstellung eines jüngeren Kollegen dazu animiert werden, durch eine Reduktion der persönlichen Arbeitsbelastung länger im Vertrag zu verweilen. Der Umstand, dass Kassenstellen zunehmend schwierig zu besetzen sind, führt darüber hinaus zu einem höheren Patientenaufkommen in den noch vorhandenen Ordinationen. Die demografische Entwicklung führt zudem dazu, dass sich die Betreuung der Patienten in den Ordinationen auch zeitlich immer aufwändiger gestaltet. Daher erscheint es sinnvoll, den niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit zu verschaffen, ihre vertragsärztliche Tätigkeit den Anforderungen entsprechend durch den Einsatz zusätzlichen ärztlichen Personals auszuweiten.

Eine Anstellung im vertragsärztlichen Bereich könnte überdies den begrüßenswerten Effekt haben, dass junge Ärzte auf Wunsch die Möglichkeit hätten, relativ flexibel und begleitet durch einen erfahrenen Kollegen eine kassenärztliche Tätigkeit zu erproben. In diesem Zusammenhang sollte eine Anstellung nicht als Konkurrenz zum bestehenden Gruppenpraxisregime, sondern vielmehr als sinnvolle Alternative zu sehen sein, die es ermöglicht, die Besetzung von Kassenstellen zu attraktivieren.

Im Ergebnis spricht ärzterechtlich vieles dafür, Anstellungen von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten prinzipiell als zulässig zu betrachten, erwähnt doch das Gesetz an keiner Stelle ein entsprechendes Verbot. Durch die Aufnahme des Anstellungsverbot von Ärzten in Gruppenpraxen wird überdies deutlich, dass Anstellungen in Einzelordinationen nach wie vor möglich sein sollen. Angesichts der Argumente, welche von Teilen der Literatur aus ärztrechtlicher Sicht gegen eine Anstellungsmöglichkeit ins Feld geführt werden, wäre es freilich wünschenswert, dass auch der Gesetzgeber eine klare Haltung hierzu in das ÄrzteG integrieren würde.



**Mag. Seyfullah Çakır**

**Bereichsleiter Rechtsberatung, Ärztekammer für Oberösterreich**

# Gruppenpraxis versus Tätigkeit als angestellter Arzt in einer Einzelordination

<b>1. Gesetzliche und vertragliche Grundlagen</b>	<b>26</b>
<b>2. Haftung</b>	<b>37</b>
<b>3. Steuerrecht</b>	<b>40</b>
<b>4. Zusammenfassung</b>	<b>42</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>44</b>

*Anlässlich der aktuell geführten Debatte um die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten in Einzelordinationen stellt sich die Frage, in welcher Form derzeit Kooperationen von Ärzten außerhalb von Krankenanstalten (Ambulatorien) stattfinden. Hier sind insbesondere die Ordinations- und Apparategemeinschaft iSd § 52 ÄrzteG sowie die Gruppenpraxis iSd § 52a ÄrzteG zu erwähnen. Während die Ordinations- und Apparategemeinschaft sich im Wesentlichen auf die gemeinsame Nutzung von Räumen und Geräten beschränkt, stellt die Vergesellschaftung im Rahmen einer Gruppenpraxis eine engere Form der Zusammenarbeit dar, an die auch bedeutende rechtliche Konsequenzen geknüpft sind.*

*Es soll daher in diesem Beitrag ein Überblick über die wichtigsten Unterschiede zwischen der Zusammenarbeit von Ärzten im Rahmen eines Dienstverhältnisses einerseits und der Zusammenarbeit im Rahmen von Gruppenpraxen andererseits gegeben werden.*

# 1. Gesetzliche und vertragliche Grundlagen

Je nachdem, welche Kooperationsform gewählt wird, gelangen verschiedene Vertragsarten sowie unterschiedliche gesetzliche Grundlagen zur Anwendung.

Während die Rechtsbeziehungen der im Rahmen einer Gruppenpraxis zusammenarbeitenden Ärzte durch den Gesellschaftsvertrag sowie die gesellschaftsrechtlichen Normen (insbesondere GmbHG und UGB) definiert werden, sind im Falle der Anstellung ein Dienstvertrag sowie das Arbeitsrecht (wie beispielsweise AngG, AZG, ARG, AVRAG etc.) maßgebend.

## 1.1. Gruppenpraxis

Gemäß § 52a Abs. 1 ÄrzteG stehen für die Gründung einer Gruppenpraxis nur die Rechtsformen der OG (Offene Gesellschaft) iSd UGB und der GmbH (Gesellschaft mit beschränkter Haftung) iSd GmbHG zur Verfügung. Zwischen den beiden Rechtsformen besteht freie Rechtsformwahl. Wesentliche Kriterien für die Rechtsformwahl sind u.a. die Unterschiede im Haftungsrecht, im Steuerrecht sowie die erhöhten Kosten der GmbH.<sup>1</sup> Auch ist ein Wechsel der Rechtsform nach Beginn der Gruppenpraxis in beide Richtungen – mangels abweichender Regelungen – grundsätzlich möglich; zu beachten sind hier allerdings mögliche Einschränkungen bei Vertrags-Gruppenpraxen aufgrund der Bestimmung des § 652 Abs. 6 Z 3 ASVG, der bei Fehlen eines Gruppenpraxis-Gesamtvertrages das Erlöschen des Einzelvertrages bei Wechsel der Rechtsform in eine GmbH vorsieht.<sup>2</sup>

Gesellschafter einer Gruppenpraxis dürfen nach § 52a Abs. 3 Z 1 ÄrzteG nur Ärzte sein. Andere Personen dürfen gemäß Z 2 leg cit nicht am Umsatz oder Gewinn beteiligt werden. Das Verbot umfasst damit auch eine Beteiligung als typisch oder atypisch stiller Gesellschafter.<sup>3</sup>

Die Gruppenpraxis ist selbst Träger der ärztlichen Berufsbefugnis. Ihre Berufsbefugnis ergibt sich aus der Berufsberechtigung der als Gesellschafter beteiligten

1 Vgl. hierzu die näheren Ausführungen von *Karollus* in *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht<sup>2</sup>, Kap XXX Rz 10.

2 *Zahl*, Die Ärzte-GmbH (Teil II), RdM 2011, 83.

3 *Fantur*, Die neue Ärzte-GmbH aus Sicht des Vertragsrichters, GES 2010, 158.

Ärzte (§ 52a Abs. 3 Z 4 ÄrzteG). Bei Beteiligung von Ärzten verschiedener Fachrichtungen umfasst die Berufsbefugnis der Gruppenpraxis alle von den einzelnen Gesellschaftern vertretenen Fachrichtungen; die Berufsbefugnis der einzelnen Gesellschafter erweitert sich dadurch aber nicht.<sup>4</sup>

Die Anstellung der Gesellschafter (und anderer Ärzte) ist ausdrücklich untersagt (§ 52a Abs. 3 Z 7 lit a ÄrzteG). Das gilt auch für das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Beziehungen, insbesondere durch den Abschluss von freien Dienstverträgen, Werkverträgen und Leiharbeitsverhältnissen, zum Zwecke der Erbringung ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis (sofern sie über das Ausmaß einer vorübergehenden Vertretung hinausgehen). Unklar ist, ob diese Verbote auch für den Abschluss von Geschäftsführerdienstverhältnissen mit Gesellschaftern gelten. Mit *Karollus*<sup>5</sup> ist davon auszugehen, dass das Verbot dahingehend einschränkend auszulegen ist, dass nur Anstellungsverträge „zum Zweck der Erbringung ärztlicher Leistungen“, nicht jedoch für Managementaufgaben verboten sind.

Von zentraler Bedeutung ist auch die Bestimmung des § 52a Abs. 3 Z 9 ÄrzteG, wonach die Berufsausübung der Gesellschafter nicht an eine Weisung oder Zustimmung der übrigen Gesellschafter (Gesellschafterversammlung) gebunden werden darf. Die Mitgesellschafter können daher auf die konkrete Behandlung eines Patienten keinen Einfluss nehmen.<sup>6</sup>

### 1.1.1. OG

Die OG ist gemäß § 105 UGB eine unter eigener Firma geführte Gesellschaft mit eigener Rechtsfähigkeit. Sie kann jeden erlaubten Zweck einschließlich freiberuflicher und land- und forstwirtschaftlicher Tätigkeit haben. Die Gesellschaft entsteht gemäß § 123 Abs. 1 UGB mit ihrer Eintragung in das Firmenbuch.

Die Gründung einer OG setzt einen Gesellschaftsvertrag voraus, welcher die wechselseitigen Rechte und Pflichten der Gesellschafter näher determiniert. Der Gesellschaftsvertrag kann formfrei – auch mündlich oder konkludent – abgeschlossen werden. Bei der gesellschaftsvertraglichen Gestaltung des Innenverhältnisses sind die Gesellschafter gemäß § 108 UGB weitgehend frei. Die gesetzlichen Regelungen der §§ 109 bis 122 UGB finden nur insoweit Anwendung, als nicht durch den Gesellschaftsvertrag anderes bestimmt ist.

---

4 *Karollus* in *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht<sup>2</sup>, Kap XXX Rz 29.

5 *Karollus* in *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht<sup>2</sup>, Kap XXX Rz 47.

6 *Zahrl*, Die Ärzte-GmbH (Teil II), RdM 2011, 79.

Hinsichtlich der Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis gilt gemäß § 114 Abs. 1 UGB der Grundsatz der Selbstorganschaft; d.h. sämtliche Gesellschafter sind hierzu berechtigt und gleichzeitig verpflichtet. Im Gesellschaftsvertrag können jedoch einzelne Gesellschafter von der Geschäftsführung ausgeschlossen werden. Ein von der Geschäftsführung ausgeschlossener Gesellschafter ist aber dennoch zum Abschluss von Behandlungsverträgen für die Gesellschaft berechtigt (§ 52a Abs. 5 Satz 2 ÄrzteG).

Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind gemäß § 109 Abs. 2 UGB die Gesellschafter im gleichen Ausmaß zur Mitwirkung an der Förderung des Gesellschaftszwecks verpflichtet. Der Beitrag eines Gesellschafters kann sich auch auf die Leistung von Diensten beschränken (Arbeitsgesellschafter). Gesellschafterbeschlüsse erfordern die Zustimmung aller zur Mitwirkung bei der Beschlussfassung berufenen Gesellschafter (§ 119 Abs. 1 UGB); d.h. es gilt das Einstimmigkeitsprinzip. Im Gesellschaftsvertrag kann hiervon jedoch abgewichen werden; diesfalls kann auch die Stimmgewichtung vertraglich festgelegt werden.

Die Gesellschafter der OG sind gemäß § 121 Abs. 1 UGB am Gewinn und Verlust der Gesellschaft entsprechend dem Verhältnis ihrer Kapitalanteile beteiligt. Sofern die Gesellschafter nicht in gleichem Ausmaß zur Mitwirkung verpflichtet sind, so ist dies bei der Zuweisung von Gewinnanteilen angemessen zu berücksichtigen. Arbeitsgesellschaftern ohne Kapitalanteil ist ein den Umständen nach angemessener Betrag des Jahresgewinns zuzuweisen. Der diesen Betrag übersteigende Teil des Jahresgewinns wird sodann den Gesellschaftern im Verhältnis ihrer Beteiligung zugewiesen.

Wurde ein Jahresüberschuss erwirtschaftet, begründet die Feststellung des Jahresabschlusses bzw. die Einigung über Inhalt der „sonstigen Abrechnung“ gemäß § 122 Abs. 1 UGB eine Forderung der Gesellschafter gegen die Gesellschaft.<sup>7</sup> Dies gilt jedoch nicht, soweit die Auszahlung zum offenbaren Schaden der Gesellschaft gereicht, die Gesellschafter etwas anderes beschließen oder der Gesellschafter vereinbarungswidrig seine Einlage nicht geleistet hat.

Im Gegensatz zur GmbH kann der Gesellschaftsvertrag der OG auch Entnahmen vorsehen, die das Gesellschaftsvermögen unter seinen ursprünglichen Wert mindern, denen also kein Gewinn des laufenden oder früherer Jahre gegenübersteht, und selbst solche, die die Aktiva so verringern, dass sie zur Deckung der Schulden nicht ausreichen.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Kraus in U. Torggler, UGB<sup>2</sup> § 122 Rz 3 mwN.

<sup>8</sup> Kraus in U. Torggler, UGB<sup>2</sup> § 122 Rz 12.

Nach § 124 Abs. 1 UGB kann ein Gesellschafter nicht ohne Zustimmung der übrigen Gesellschafter über seinen Gesellschaftsanteil verfügen, d.h. insbesondere nicht an einen Dritten übertragen (sofern nicht im Gesellschaftsvertrag abweichendes vereinbart wird). Im Gegensatz dazu ist der Gesellschaftsanteil bei einer GmbH von Gesetzes wegen frei übertragbar (vgl. § 76 GmbHG).

Das Gesetz sieht folgende Auflösungsgründe für die OG vor:

- Zeitablauf (bei Vorliegen einer Befristung)
- Auflösungsbeschluss der Gesellschafter
- Eröffnung des Konkursverfahrens über das Vermögen der OG oder Nichteröffnung oder Aufhebung des Insolvenzverfahrens mangels kostendeckenden Vermögens
- Tod eines Gesellschafters (sofern im Gesellschaftsvertrag nicht abweichend geregelt)
- Eröffnung des Konkursverfahrens über das Vermögen eines Gesellschafters oder Nichteröffnung oder Aufhebung des Insolvenzverfahrens mangels kostendeckenden Vermögens
- Kündigung oder gerichtliche Entscheidung

Die (verbleibenden) Gesellschafter können gemäß § 141 UGB – sofern die Auflösung nicht aufgrund der Eröffnung eines Konkursverfahrens über das Vermögen der OG erfolgt – die Fortsetzung der OG beschließen.

Jeder Gesellschafter ist – sofern es sich um eine unbefristete OG handelt – gemäß § 132 Abs. 1 UGB berechtigt, die OG unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Geschäftsjahres zu kündigen. Dieses Kündigungsrecht darf vertraglich weder ausgeschlossen noch erschwert werden. Eine Erschwerung ist nur durch angemessene Verlängerung der Kündigungsfrist möglich.

Im Gegensatz zur ordentlichen Kündigung gemäß § 132 UGB kann die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund gemäß § 133 Abs. 1 UGB nur gerichtlich geltend gemacht werden. Auch das außerordentliche Kündigungsrecht kann vertraglich weder ausgeschlossen noch beschränkt werden.

Gemäß § 135 UGB steht unter bestimmten Voraussetzungen auch dem Privatgläubiger eines Gesellschafters das Recht zu, die OG zu kündigen.

### 1.1.2. GmbH

Wie die OG entsteht auch die GmbH gemäß § 2 Abs. 1 GmbHG erst mit ihrer Eintragung in das Firmenbuch. Die Firmenbucheintragung setzt gemäß § 3 GmbHG den Abschluss eines Gesellschaftsvertrages sowie die Bestellung der Geschäftsführer voraus.

Der Gesellschaftsvertrag muss gemäß § 4 Abs. 1 GmbHG zumindest die Firma und den Sitz der Gesellschaft, den Gegenstand des Unternehmens, die Höhe des Stammkapitals sowie den Betrag der von jedem Gesellschafter auf das Stammkapital zu leistenden Einlage (Stammeinlage) bestimmen. Über diesen zwingenden Mindestinhalt hinaus können die Gesellschafter weitere Regelungen treffen. Gesellschaftsvertragliche Bestimmungen, welche dem zwingenden Recht, den guten Sitten und den Grundprinzipien der GmbH widersprechen, sind jedoch ungültig oder unwirksam.<sup>9</sup> Im Gegensatz zur OG kann der Gesellschaftsvertrag nicht formfrei geschlossen werden, sondern bedarf eines Notariatsaktes.

Während die OG schon nach den Bestimmungen des § 105 UGB aus mindestens zwei Gesellschaftern zu bestehen hat, kann eine GmbH gemäß § 3 Abs. 2 GmbHG grundsätzlich auch durch eine Person errichtet werden. Aufgrund der ärztegesetzlichen Sonderregelung des § 52a Abs. 1 ÄrzteG muss jedoch eine Gruppenpraxis-GmbH ebenfalls zumindest zwei Gesellschafter haben (arg: „Zusammenarbeit“ von Ärzten).<sup>10</sup>

Das Stammkapital der Gesellschaft muss zumindest € 35.000,00 betragen. Mindestens die Hälfte muss – von bestimmten Ausnahmefällen abgesehen – durch bar zu leistende Stammeinlagen aufgebracht werden. (Auf nähere Ausführungen zur Gründungsprivilegierung gemäß § 10b GmbHG wird hier verzichtet.)

Die GmbH muss einen oder mehrere Geschäftsführer haben. Zu Geschäftsführern können nur physische, handlungsfähige Personen bestellt werden. Die Gesellschaft wird durch die von den Geschäftsführern in ihrem Namen geschlossenen Rechtsgeschäfte berechtigt und verpflichtet. Aufgrund der Sonderbestimmung in § 52a Abs. 5 Satz 2 ÄrzteG ist – unabhängig davon, ob der einzelne Gesellschafter nun auch zur Geschäftsführung befugt ist – jeder Gesellschafter zum Abschluss von Behandlungsverträgen für die Gesellschaft berechtigt.

Die Bestellung der Geschäftsführer erfolgt durch Beschluss der Gesellschafter. Werden Gesellschafter zu Geschäftsführern bestellt, so kann dies auch im Gesell-

<sup>9</sup> Aicher/Feltl in Straube/Ratka/Rauter, WK GmbHG § 4 Rz 34.

<sup>10</sup> Vgl. u.a. Sieh/Lumsden, Die Ärzte-GmbH, ecolex 2010, 1121.

schaftsvertrag geschehen, jedoch nur für die Dauer ihres Gesellschaftsverhältnisses. Soweit die zur Vertretung der Gesellschaft erforderlichen Geschäftsführer fehlen (z.B. aufgrund von Rücktritt oder Abberufung), hat sie in dringenden Fällen das Gericht auf Antrag eines Beteiligten für die Zeit bis zur Behebung des Mangels zu bestellen (Notgeschäftsführer).

Gemäß § 16 Abs. 1 GmbHG kann ein Geschäftsführer jederzeit durch Gesellschafterbeschluss abberufen werden. Mangels abweichender Regelungen im Gesellschaftsvertrag ist hierfür die einfache Mehrheit ausreichend. Handelt es sich um einen Gesellschafter-Geschäftsführer, so ist dieser bei der Abstimmung über seine eigene Abberufung stimmberechtigt.<sup>11</sup> Daher sieht Abs. 2 *leg cit* auch die Möglichkeit der Abberufung durch gerichtliche Entscheidung vor; hier ist allerdings das Vorliegen eines wichtigen Grundes erforderlich.

Auf der anderen Seite können auch Geschäftsführer grundsätzlich jederzeit ihren Rücktritt erklären. Liegt ein wichtiger Grund hierfür vor, kann der Rücktritt mit sofortiger Wirkung erklärt werden; sonst wird der Rücktritt erst nach Ablauf von 14 Tagen wirksam.

Die Geschäftsführer sind gemäß § 20 GmbHG verpflichtet, alle Beschränkungen einzuhalten, die im Gesellschaftsvertrag oder durch Beschluss der Gesellschafter (oder in einer für die Geschäftsführer verbindlichen Anordnung des Aufsichtsrates) festgesetzt sind. Als oberstes Willensbildungsorgan können die Gesellschafter – vorbehaltlich abweichender Satzungsbestimmungen – stets durch Beschluss in die Gesellschaftsleitung eingreifen und Leitungsmaßnahmen verbieten, billigen oder positiv anordnen.<sup>12</sup>

Sofern mehrere Geschäftsführer bestellt sind, ist gemäß § 21 GmbHG von einer Gesamtgeschäftsführung auszugehen; d.h. es ist die Zustimmung sämtlicher Geschäftsführer erforderlich. Abweichende gesellschaftsvertragliche Regelungen, wie beispielsweise Alleingeschäftsführung, halbseitige Gesamtgeschäftsführung etc., sind zulässig.

Maßstab für die Pflichterfüllung der Geschäftsführer ist gemäß § 25 Abs. 1 GmbHG die „Sorgfalt eines ordentlichen Geschäftsmannes“. Die Beurteilung erfolgt nach den Fähigkeiten und Kenntnissen, die von einem Geschäftsführer in dem betreffenden Geschäftszweig und nach der Größe des Unternehmens üblicherweise erwartet werden können.<sup>13</sup> Den Geschäftsführer trifft jedoch keine Erfolgshaftung, denn das Unternehmerrisiko, insbesondere das Risiko, dass sich

---

11 OGH 11.07.1991, 7 Ob 559/91.

12 *Torggler in Straube/Ratka/Rauter*, WK GmbHG § 20 Rz 27 mwN.

13 *Reich-Rohrwig in Straube/Ratka/Rauter*, WK GmbHG § 25 Rz 24 mwN.

Maßnahmen infolge unvorhersehbarer Änderung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen als nachteilig erweisen oder dass sorgfältig erstellte Prognosen nicht zutreffen, hat die Gesellschaft und nicht das Organmitglied zu tragen.<sup>14</sup>

Die Generalversammlung ist das oberste Organ der Gesellschaft. § 34 GmbHG regelt, in welcher Form sie ihre Beschlüsse fasst. Danach sind die Beschlüsse entweder im Rahmen einer Gesellschafterversammlung oder schriftlich im Umlaufweg zu fassen. Beschlussfähig ist die Gesellschafterversammlung immer dann, wenn zumindest zehn Prozent des Stammkapitals vertreten sind. Die schriftliche Beschlussfassung ist immer dann zulässig, wenn alle Gesellschafter entweder dem Beschlussantrag oder dem Verfahren zustimmen.<sup>15</sup>

Die Beschlussfassung erfolgt gem. § 39 Abs. 1 GmbHG grundsätzlich durch einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Die Stimmen werden nicht nach Köpfen, sondern nach der Höhe des im Geschäftsanteils repräsentierten Teils des Stammkapitals gezählt. Für manche Beschlussgegenstände sieht das Gesetz qualifizierte Mehrheiten vor. Eine Dreiviertelmehrheit ist zum Beispiel gemäß § 50 Abs. 1 GmbHG bei Änderungen des Gesellschaftsvertrages, bei Veräußerung des Gesellschaftsvermögens als Ganzes im Zuge der Liquidation, bei einer Verschmelzung oder Spaltung erforderlich. Einstimmigkeit ist beispielsweise für Änderungen des Unternehmensgegenstandes erforderlich.

Gemäß § 82 Abs. 2 GmbHG erfolgt die Verteilung des Bilanzgewinnes unter den Gesellschaftern nach dem Verhältnis der eingezahlten Stammeinlagen. Der Gewinnanspruch des einzelnen Gesellschafters entsteht, sobald der Rechnungsabschluss durch Gesellschafterbeschluss festgestellt worden ist und die Ausschüttung des Gewinns entweder keiner weiteren Beschlussfassung bedarf oder die Gewinnverteilung von den Gesellschaftern beschlossen wurde.<sup>16</sup> Sofern der Gesellschaftsvertrag nichts anderes vorsieht, ist grundsätzlich der gesamte Bilanzgewinn unter den Gesellschaftern zu verteilen. Nur bei Vorliegen eines Gewinnverteilungsverbotes oder bei entsprechender Regelung im Gesellschaftsvertrag bzw. entsprechendem Gesellschafterbeschluss darf nicht der gesamte Bilanzgewinn verteilt werden.<sup>17</sup>

Neben dem Anspruch auf den (anteiligen) Bilanzgewinn haben die Gesellschafter keine weiteren Ansprüche gegenüber der Gesellschaft. Unzulässig ist jeder Vermögenstransfer von der Gesellschaft zum Gesellschafter in Vertragsform oder auf andere Weise, der den Gesellschafter auf Grund des Gesellschaftsverhältnis-

14 Reich-Rohrwig in Straube/Ratka/Rauter, WK GmbHG § 25 Rz 32 mwN.

15 OGH 28.04.1987, 5 Ob 553/87.

16 Bauer/Zehetner in Straube/Ratka/Rauter, WK GmbHG § 82 Rz 20.

17 Bauer/Zehetner in Straube/Ratka/Rauter, WK GmbHG § 82 Rz 25.

ses zu Lasten des gemeinsamen Sondervermögens beverteilt.<sup>18</sup> Zweck der Bestimmung ist es, das Stammkapital als „dauernden Grundstock der Gesellschaft“ und als einziges „dem Zugriff der Gläubiger freigegebenes Befriedigungsobjekt“ gegen Schmälerung durch Leistung an die Gesellschafter abzusichern.<sup>19</sup> Damit soll sichergestellt werden, dass Leistungen an die Gesellschafter unterbleiben, denen keine gleichwertige Gegenleistung gegenübersteht und die wirtschaftlich das Vermögen der Gesellschaft zum Nachteil der Gläubiger verringern.<sup>20</sup>

Im Falle des Verstoßes hat die Gesellschaft einen Anspruch auf Rückzahlung gegen jene Gesellschafter, welche die verbotswidrigen Leistungen empfangen haben. Ein Anspruch der Gesellschaft besteht auch gegenüber den (schuldhaft handelnden) Geschäftsführern. Subsidiär haften auch die übrigen Gesellschafter, jedoch nur dann, wenn und insoweit das Vermögen der Gesellschaft dadurch unter das Stammkapital gesunken ist.<sup>21</sup>

Das GmbHG sieht in seinem § 84 Abs. 1 folgende Auflösungsgründe für die GmbH vor:

- Zeitablauf (bei Vorliegen einer Befristung),
- Auflösungsbeschluss der Gesellschafter,
- Beschluss auf Fusion mit einer AG oder einer anderen GmbH,
- Eröffnung des Konkursverfahrens über das Vermögen der GmbH oder Nichteröffnung oder Aufhebung des Insolvenzverfahrens mangels kostendeckenden Vermögens,
- Verfügung der Verwaltungsbehörde,
- Beschluss des Handelsgerichts.

Gesellschaftsvertraglich können gemäß § 84 Abs. 2 GmbHG weitere Auflösungsgründe vereinbart werden. In der Praxis am bedeutendsten ist hier wohl das vertraglich vereinbarte Kündigungsrecht. Ohne derartige Vereinbarung ist weder eine ordentliche noch eine außerordentliche Kündigung der Gesellschaft möglich.<sup>22</sup>

Durch die Auflösung wird die Gesellschaft noch nicht beendet, sie verliert noch nicht ihre rechtliche Existenz; vielmehr tritt an die Stelle des ursprünglichen Gesellschaftszwecks nunmehr der Abwicklungszweck.<sup>23</sup>

---

18 OGH 20.01.2000, 6 Ob 288/99t.

19 OGH 19.11.2002, 4 Ob 252/02s.

20 OGH 04.07.2007, 7 Ob 142/07v.

21 *Bauer/Zehetner* in *Straube/Ratka/Rauter*, WK GmbHG § 83 Rz 2.

22 OGH 29.01.2001, 3 Ob 57/00d.

23 OGH 23.04.1996, 1 Ob 509/96.

Nach Auflösung der Gesellschaft folgt gemäß § 89 Abs. 1 GmbHG die Liquidation. Die Gesellschaft ist erst beendet, wenn kein Gesellschaftsvermögen mehr vorhanden und die GmbH im Firmenbuch gelöscht ist.<sup>24</sup> Solange die Gesellschaft noch nicht beendet ist und auch noch nicht mit der Verteilung des Gesellschaftsvermögens begonnen wurde, können die Gesellschafter idR die Fortsetzung beschließen.<sup>25</sup>

## 1.2. Anstellungsverhältnis

Die rechtliche Beziehung zwischen Ordinationsinhaber und angestelltem Arzt wird durch den abgeschlossenen Dienstvertrag sowie die zahlreichen gesetzlichen Regelungen im Bereich des Arbeitsrechts bestimmt. Das Arbeitsrecht zielt auf den Schutz des Arbeitnehmers ab, sodass hier in der Regel einseitig zwingende Vorschriften gegeben sind, von denen nur zugunsten des Arbeitnehmers abgegangen werden darf. Für arbeitsvertragliche Regelungen bleibt dadurch in der Regel wenig Spielraum.

Die Begründung des Arbeitsverhältnisses erfolgt durch den Arbeitsvertrag, dessen Abschluss keiner bestimmten Form bedarf. Er kann daher auch mündlich oder sogar konkludent abgeschlossen werden. Sofern kein schriftlicher Vertrag vorliegt, sieht § 2 AVRAG vor, dass der Dienstgeber verpflichtet ist, dem Dienstnehmer eine schriftliche Aufzeichnung (Dienstzettel) auszuhändigen, dessen Inhalt die wesentlichen Rechte und Pflichten aus dem Arbeitsvertrag wiedergibt.

Hinsichtlich des Entgelts bestimmt § 1152 ABGB, dass ein angemessenes Entgelt als bedungen gilt, sofern von den Vertragsparteien weder ein bestimmtes Entgelt noch die Unentgeltlichkeit der Arbeitsleistung vereinbart ist. Das Entgelt ist nach § 15 AngG spätestens am Fünfzehnten und am Letzten eines jeden Monats in zwei annähernd gleichen Beträgen zur Zahlung fällig. Abweichend hiervon kann die Fälligkeit des gesamten Monatsentgeltes zum Monatsende vereinbart werden.

Der Entgeltanspruch setzt grundsätzlich voraus, dass der Arbeitnehmer seine Arbeitspflicht erfüllt. Ausnahmsweise gebührt ihm aber eine Entgeltfortzahlung trotz Entfall der Arbeitsleistung. Nach § 1155 ABGB ist dies immer dann der Fall, wenn der Arbeitnehmer zwar zur Arbeitsleistung bereit ist, er aber aus Gründen in der Sphäre des Arbeitgebers die Arbeitsleistung nicht erbringen kann. § 8 AngG sieht

<sup>24</sup> Zehetner in *Straube/Ratka/Rauter*, WK GmbHG § 84 Rz 13 mwN.

<sup>25</sup> OGH 23.09.2004, 6 Ob 87/04v.

weitere Entgeltfortzahlungsansprüche des Arbeitnehmers trotz Entfall der Arbeitsleistung aufgrund von Krankheit, Unfall oder sonstiger wichtiger Gründe vor.

In der Regel finden sich in Kollektivverträgen nähere Regelungen zum Entgelt; insbesondere zu Mindestentgelt, Sonderzahlungen etc. Die kollektivvertraglichen Bestimmungen sind ebenfalls meist einseitig zwingend, sodass abweichende Vereinbarungen im Arbeitsvertrag nur zugunsten des Arbeitnehmers zulässig sind.

Im Urlaubsgesetz (UrlG) ist vorgesehen, dass der Arbeitnehmer einen Urlaubsanspruch im Ausmaß von 30 Werktagen (5 Wochen) bzw. ab 25 Dienstjahren im Ausmaß von 36 Werktagen (6 Wochen) hat. Der Urlaubsverbrauch ist zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer einvernehmlich festzulegen. Während desurlaubes behält der Arbeitnehmer gemäß § 6 UrlG den Anspruch auf das Entgelt.

Den Arbeitgeber trifft auch die Fürsorgepflicht. Die Fürsorgepflicht ist im Kern die Pflicht zur Wahrnehmung bestimmter besonders gefährdeter persönlicher Interessen des Arbeitnehmers. Sie bezweckt vor allem einen Schutz vor Überforderung der persönlichen Leistungsfähigkeit, beschränkt sich aber nicht darauf.<sup>26</sup> Die Fürsorgepflicht wird durch weitere Normen des gesetzlichen Arbeitnehmerschutzrechts, wie z.B. AschG, AZG, ARG, MSchG, konkretisiert. Verletzungen dieser Normen können einerseits Verwaltungsstrafen nach sich ziehen und andererseits Schadenersatz- oder Erfüllungsansprüche des Arbeitnehmers, unter Umständen sogar ein Zurückbehaltungsrecht an der Arbeitsleistung begründen oder einen Austrittsgrund darstellen.

Grundsätzlich ist im Arbeitsrecht von einer Bindung des Arbeitnehmers an Weisungen des Arbeitgebers auszugehen. Dieser kann durch einseitige Weisungen beispielsweise nähere Regelungen hinsichtlich Art, Ort, Zeit und Umfang der Arbeitsleistung treffen. Inwieweit ein angestellter Arzt an Weisungen gebunden ist, ist in Österreich jedoch umstritten. § 3 Abs. 2 ÄrzteG verankert auf einfachgesetzlicher Ebene die Weisungsfreiheit in medizinischen Belangen sowohl für niedergelassene als auch für angestellte Ärzte, sobald sie das Recht auf selbständige Berufsausübung erworben haben.<sup>27</sup>

Es ist davon auszugehen, dass die ärztliche Weisungsfreiheit im Bereich des Arbeitsrechts auf medizinische Entscheidungen beschränkt bleibt, sodass Weisungen des Dienstgebers in dienstlich-organisatorischen Fragen zulässig sind.<sup>28</sup>

Ein Arbeitsverhältnis kann auf folgende Arten enden:

---

26 Mosler in Neumayr/Reissner, Zeller Kommentar zum Arbeitsrecht<sup>2</sup> § 18 AngG Rz 1 mwN.

27 Wallner in Resch/Wallner, Handbuch Medizinrecht<sup>2</sup>, Kap XXI Rz 85.

28 Vgl. Wallner, Zulässigkeit von Weisungen an Ärzte, RdM 2014, 227 f.

- Zeitablauf (bei befristeten Arbeitsverhältnissen),
- Tod des Arbeitnehmers,
- einvernehmliche Auflösung,
- ordentliche Kündigung,
- vorzeitige Auflösung aus wichtigem Grund.

In § 20 AngG sind Fristen und Termine für den Ausspruch der ordentlichen Kündigung vorgesehen. Danach kann der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis unter Einhaltung einer sechswöchigen Frist jeweils zum Quartalsende aufkündigen (die einzuhaltende Frist verlängert sich mit den Dienstjahren des Arbeitnehmers). Der Arbeitnehmer kann das Arbeitsverhältnis unter Einhaltung einer einmonatigen Frist jeweils zum Monatsende kündigen. Fristwidrige Kündigungen führen (auf beiden Seiten) zwar zu einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses, ziehen aber Schadenersatzansprüche nach sich.

Beschränkungen des ordentlichen Kündigungsrechts des Arbeitgebers ergeben sich aus zahlreichen Kündigungsschutzvorschriften. Neben dem allgemeinen Kündigungsschutz, der für sämtliche Arbeitnehmer in Betrieben mit dauernd mindestens fünf stimmberechtigten Arbeitnehmern gilt, besteht für bestimmte besonders schutzwürdige Gruppen von Arbeitnehmern, z.B. Präsenz- und Zivildienstler, Behinderte, (werdende) Mütter etc. ein besonderer Kündigungsschutz. Darüber hinaus besteht ein individueller Kündigungsschutz bei Vorliegen spezieller problematischer Motive (z.B. nach dem Gleichbehandlungsgesetz).

Die Gründe, welche eine einseitige vorzeitige Auflösung rechtfertigen können, sind in den §§ 26 (Austrittsgründe) und 27 (Entlassungsgründe) AngG geregelt. Jede begründete vorzeitige Auflösung beendet das Arbeitsverhältnis mit sofortiger Wirkung. Wurde die Auflösung vom Vertragspartner verschuldet, kann dies Schadenersatzansprüche des Auflösenden begründen. Für den Arbeitnehmer können damit weitere negative Folgen iZm bestimmten Ansprüchen (Abfertigung, Urlaubsentgelt, Sonderzahlungen) verbunden sein.

Auch eine unbegründete vorzeitige Auflösung beendet grundsätzlich das Arbeitsverhältnis mit sofortiger Wirkung, begründet aber Schadenersatzansprüche des Vertragspartners.

Um Umgehungen der Kündigungsschutzbestimmungen durch ungerechtfertigte Entlassungen zu verhindern, besteht neben dem Kündigungsschutz auch ein entsprechender Entlassungsschutz der Arbeitnehmer.

## 2. Haftung

### 2.1. Gruppenpraxis OG/GmbH

Die Haftungsregelungen bilden einen zentralen Unterschied zwischen den beiden Rechtsformen, die für eine Gruppenpraxis zur Verfügung stehen. Sie sind auch ein wesentliches Kriterium für die Auswahl der Rechtsform.

Werden Ärzte im Rahmen einer Gruppenpraxis tätig, werden die im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit in der Ordination stehenden Verträge idR zwischen dem Rechtsträger der Gruppenpraxis, also der OG bzw. der GmbH einerseits und dem Vertragspartner andererseits, abgeschlossen. Dies gilt auch für den mit dem Patienten abgeschlossenen Behandlungsvertrag. Wie bereits zuvor ausgeführt, ist jeder Gesellschafter kraft Gesetzes berechtigt, Behandlungsverträge im Namen der Gesellschaft abzuschließen.

#### 2.1.1. GmbH

Im GmbH-Recht gilt das Trennungsprinzip (§ 61 GmbHG), d.h. das Vermögen der Gesellschaft ist strikt vom Vermögen der Gesellschafter zu trennen. Vertragliche Ansprüche können daher bei einer Gruppenpraxis in der Rechtsform der GmbH nur gegenüber der GmbH, nicht jedoch gegenüber den Gesellschaftern geltend gemacht werden.

Eine Geltendmachung von (Ersatz-)Ansprüchen gegenüber einem Gesellschafter der GmbH ist nur dann denkbar, wenn dieser selbst ein deliktisches Verhalten gesetzt hat, aus dem nicht nur ein „bloßer Vermögensschaden“ entstanden ist, sondern auch eine Verletzung eines absolut geschützten Rechtsgutes (z.B. eine Körperverletzung) eingetreten ist; dies wird in aller Regel bei Schadenersatzansprüchen, welche im Zusammenhang mit dem Behandlungsvertrag stehen (Behandlungsfehler), der Fall sein. Eine Inanspruchnahme des im konkreten Fall an der Behandlung nicht mitwirkenden Gesellschafters kommt aber nicht in Frage.

Eine besondere Haftung für Gesellschafter einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH enthält § 52d Abs. 3 ÄrzteG. Danach haften für den Fall, dass die Berufshaftpflichtversicherung nicht (im vorgeschriebenen Umfang) besteht, neben der GmbH selbst auch die Gesellschafter in Höhe des fehlenden Versi-

cherungsschutzes; dies unabhängig davon, ob ihnen ein Verschulden vorzuwerfen ist.

### 2.1.2. OG

Bei der OG haftet – ebenso wie bei der GmbH – grundsätzlich die OG als Vertragspartner. Aufgrund des in § 128 UGB festgelegten Prinzips der unbeschränkten und unbeschränkbar Haftung haften aber sämtliche Gesellschafter für sämtliche Verbindlichkeiten der OG als Gesamtschuldner. Es können daher neben der OG selbst auch sämtliche Gesellschafter vom Gläubiger gleichzeitig in Anspruch genommen werden. Es handelt sich hierbei nicht um eine bloße Ausfallhaftung.

Der in eine bereits bestehende OG eintretende Gesellschafter haftet gemäß § 130 UGB ebenso wie der bereits bestehende Gesellschafter auch für die vor seinem Eintritt begründeten Verbindlichkeiten. Nach § 160 UGB haftet ein Gesellschafter auch nach seinem Ausscheiden aus der OG für die bis dahin begründeten Verbindlichkeiten, soweit sie vor Ablauf von fünf Jahren nach seinem Ausscheiden fällig sind.

Einen Überblick über die haftenden Personen bei einer Gruppenpraxis soll folgende Tabelle bieten:

Gesellschaftsform \ Haftende Person	Haftung der Gesellschaft	Nicht behandelnder Gesellschafter	Behandelnder Gesellschafter
GmbH	JA	NEIN	Nur deliktisch
OG	JA	JA	JA

## 2.2. Anstellung in Einzelordination

Im Falle der Anstellung eines Arztes in einer Ordination werden sämtliche Verträge (so auch der Behandlungsvertrag) mit dem Ordinationsinhaber abgeschlossen. Dieser haftet daher auch für die Verbindlichkeiten gegenüber seinen Vertragspartnern.

Daher ist grundsätzlich auch nur der Ordinationsinhaber befugt, Verträge in seinem Namen und auf seine Rechnung abzuschließen. Soll auch der angestellte Arzt im Namen und auf Rechnung des Ordinationsinhabers Verträge abschließen können, so müsste diesem eine entsprechende Vollmacht gem. §§ 1002 ff. ABGB eingeräumt werden.

Im Falle eines Behandlungsfehlers haftet aufgrund des Behandlungsvertrages der Ordinationsinhaber selbst. Dies gilt auch für diejenigen Schäden uneingeschränkt, welche aus der Behandlung durch den angestellten Arzt resultieren. Der angestellte Arzt haftet gegenüber den Vertragspartnern nur aufgrund eigenem deliktischen Verhalten; und zwar nur dann, wenn dieses eine Verletzung eines absolut geschützten Rechtsgutes zur Folge hatte.

Sofern der geschädigte Patient seine Ersatzansprüche lediglich gegenüber dem Ordinationsinhaber geltend macht, steht es dem Ordinationsinhaber frei, bei dem angestellten Arzt zu regressieren, sofern dieser den Schaden schuldhaft herbeigeführt hat.

Ob der angestellte Arzt gegenüber dem Ordinationsinhaber für den gesamten Schaden einzustehen hat, hängt gemäß den Bestimmungen des Dienstnehmerhaftpflichtgesetzes (DHG) vom Ausmaß seines Verschuldens ab. Liegt lediglich eine entschuldbare Fehlleistung vor, so haftet der Angestellte gem. § 4 Abs. 3 DHG nicht. Bei Vorliegen eines „Versehens“ kann das Gericht den Ersatz aus Gründen der Billigkeit mäßigen, bei einem minderen Grad des Versehens sogar gänzlich erlassen (§ 4 Abs. 2 DHG). Wurde der Schaden hingegen vorsätzlich herbeigeführt, ist eine Mäßigung nicht möglich.

## 3. Steuerrecht

Auf eine detaillierte Analyse der steuerrechtlichen Unterschiede der verschiedenen Kooperationsformen wird hier verzichtet. Es sollen nur die Grundsätze für die unterschiedliche Besteuerung dargelegt werden. Allfällige Absetzbeträge, Freibeträge etc. bleiben daher außer Betracht, auch wenn diese im Einzelfall ein wichtiger Faktor für die Rechtsformwahl sein können.

### 3.1. GmbH

Steuerrechtlich bildet die GmbH ein eigenes Steuersubjekt. D.h. Steuerschuldner für den von der GmbH erzielten Gewinn sind hier nicht die einzelnen Gesellschafter, sondern die GmbH selbst. Die GmbH unterliegt der Körperschaftsteuer (KöSt) iSd KStG.

Der Steuersatz für die KöSt beträgt 25 % des erzielten Einkommens (§ 22 KStG). Wird der Gewinn aufgrund eines Gewinnverwendungsbeschlusses an die Gesellschafter ausgeschüttet, fallen gemäß § 27a Abs. 1 Z 2 EStG noch einmal 27,5 % an Kapitalertragsteuer (KESt) an. Im Falle einer Gewinnausschüttung resultiert für die GmbH-Gesellschafter somit eine Steuerbelastung von 45,625 %.

Zu beachten ist weiters, dass bei einer GmbH – unabhängig vom Vorliegen eines Gewinnes – eine Mindestkörperschaftssteuer anfällt. Diese kalendervierteljährlich zu entrichtende Mindeststeuer beträgt pro Kalenderjahr fünf Prozent des gesetzlichen Mindeststammkapitals von 35.000 Euro, insgesamt somit 1.750 Euro.

Die Mindestkörperschaftsteuer wird letztendlich auf die zu entrichtende Körperschaftsteuer angerechnet. Sofern die Mindestkörperschaftsteuer die zu entrichtende Körperschaftsteuer übersteigt, kann der zu viel bezahlte Betrag auf in den folgenden Jahren zu entrichtende KöSt angerechnet werden.

Sofern die Gesellschafter von der Gruppenpraxis-GmbH ein Entgelt für die Geschäftsführertätigkeit beziehen (zur Frage der Zulässigkeit der Anstellung der Gesellschafter vgl. oben Punkt 1.1.), ist dieses nach den Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes (EStG) zu versteuern. Zu beachten ist hier, dass das Entgelt fremdüblich sein muss, da ansonsten von einer unzulässigen Einlagenrückgewähr auszugehen wäre (§ 82 GmbHG). Für die GmbH stellt dieses Entgelt (sofern fremdüblich) eine Betriebsausgabe dar, welche die Bemessungsgrundlage für die Körperschaftsteuer mindert.

## 3.2. OG

Im Gegensatz zur GmbH bildet die OG kein eigenes Steuersubjekt. Die im Rahmen der OG erzielten Einkünfte werden auf die Gesellschafter durchgerechnet. Die Gesellschafter haben vom gesamten erzielten Einkommen (also auch Einkommen aus allfälligen anderen Einkommensquellen neben der Gruppenpraxis-OG) die Einkommensteuer abzuführen. Diese ist – im Gegensatz zur linearen KöSt – progressiv und beträgt gem. § 33 Abs. 1 EstG:

Für die ersten 11.000,00 €	0 %
über 11.000,00 bis 18.000,00 €	25 %
über 18.000,00 bis 31.000,00 €	35 %
über 31.000,00 bis 60.000,00 €	42 %
über 60.000,00 bis 90.000,00 €	48 %
über 90.000,00 bis 1.000.000,00 €	50 %
über 1.000.000,00 €	55 %

Für die Entscheidung, ob die Gruppenpraxis in Form einer OG oder einer GmbH geführt werden soll, spielt somit auch die Höhe der erzielten Gewinne eine Rolle. Sofern die Einkünfte so hoch sind, dass der Durchschnittssteuersatz nach EStG höher wäre als die 45,625 %ige Gesamtsteuerbelastung nach Gewinnausschüttung bei einer GmbH (vgl. oben Pkt. 3.1.), wäre die GmbH – aus rein steuerlicher Sicht – die attraktivere Rechtsform.

## 3.3. Angestellter Arzt

Arbeitnehmer beziehen Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit. Diese unterliegen der Lohnsteuer. Die Lohnsteuer ist vom Dienstgeber einzubehalten und ans Finanzamt abzuführen. Der Tarif der Lohnsteuer entspricht demjenigen der Einkommensteuer.

Für den Dienstgeber stellen die Gehaltszahlungen an den Dienstnehmer (samt Nebenkosten) eine Betriebsausgabe dar, welche die Einkommensteuergrundlage mindern.

## 4. Zusammenfassung

Die gesellschaftsrechtlichen Vorgaben für Gruppenpraxen ermöglichen grundsätzlich eine partnerschaftliche Zusammenarbeit von Ärzten. Demgegenüber ist im Arbeitsverhältnis von einer Unterordnung des Arbeitnehmers auszugehen, der an dienstliche Weisungen des Arbeitgebers gebunden ist. Daher sehen die arbeitsrechtlichen Normen in vielen Bereichen (einseitig) zwingende Regelungen zum Schutz des Arbeitnehmers vor.

Das unterschiedlich ausgestaltete Haftungsrecht sowie die unterschiedlichen Besteuerungssysteme können ebenfalls wichtige Entscheidungskriterien dafür darstellen, ob die Zusammenarbeit im Rahmen einer OG, einer GmbH oder eines Anstellungsverhältnisses erfolgen soll.

Einen groben Überblick über die wesentlichen Unterschiede soll folgende Tabelle bieten:

	Gruppenpraxis		Anstellung in Einzelordination	
	OG	GmbH	Ordinationsinhaber	Angestellter
Haftung	unbeschränkte und unbeschränkbare Haftung sämtlicher Gesellschafter	Gesellschafter haften nur für eigenes deliktisches Verhalten	unbeschränkte Haftung	Haftung nur für eigenes deliktisches Verhalten
Art der Zusammenarbeit	partnerschaftlich Gesellschafterbeschlüsse grds. nach Kopfmehrheit	partnerschaftlich Gesellschafterbeschlüsse grds. nach Kapitalmehrheit)	gegenüber dem Angestellten weisungsberechtigt; Fürsorgepflicht ggü. den Angestellten	Eingliederung in Betrieb und Weisungsbindung. Zahlreiche AN-Schutzvorschriften
Gewinn/Entgelt	Gewinn- und Verlustbeteiligung entsprechend Gesellschaftsanteil	Gewinn- und Verlustbeteiligung entsprechend Gesellschaftsanteil	alleiniger Träger von Gewinn und Verlust	Entgeltanspruch entsprechend Arbeitsvertrag; keine Gewinn- und Verlustbeteiligung
Kündigung	sowohl ordentliche als auch außerordentliche Kündigung gesetzlich vorgesehen	Kündigung nur möglich, wenn vertraglich vorgesehen; aber: grds. freie Übertragbarkeit der Anteile	Kündigung und Entlassung grds. möglich; aber eingeschränkt durch Kündigungs- und Entlassungsschutz	Kündigung und Austritt möglich
Steuern	progressive Einkommensteuer nach EStG für Gesellschafter	lineare KöSt iHv 25 % für Gewinn der GmbH; zusätzlich 27,5 % KEST bei Ausschüttung an Gesellschafter	progressive Einkommensteuer nach EStG	progressive Lohnsteuer nach EStG

## Literaturverzeichnis

*Fantur*, Die neue Ärzte-GmbH aus Sicht des Vertragsrichters, GES 2010, 155

*Neumayr/Reissner (Hrsg)*, Zeller Kommentar zum Arbeitsrecht<sup>2</sup> (2011)

*Resch/Wallner (Hrsg)*, Handbuch Medizinrecht<sup>2</sup> (2015)

*Sieh/Lumsden*, Die Ärzte-GmbH, ecolex 2010, 1120

*Straube/Ratka/Rauter*, Wiener Kommentar zum GmbH-Gesetz

*Torggler (Hrsg)*, UGB<sup>2</sup> (2016)

*Wallner*, Zulässigkeit von Weisungen an Ärzte, RdM 2014/150

*Zahl*, Die Ärzte-GmbH (Teil II), RdM 2011/61

**Mag. Sabine Weißengruber-Auer**

*Projektleiterin, Ärztliches Qualitätszentrum ÄQZ*

**Mag. Katharina Wieser**

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin,*

*Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung LIG*

# Befragung und Fokusgruppe zu „Anstellung von Ärzten bei Ärzten“

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.*

<b>1. Befragung</b>	<b>46</b>
<b>2. Fokusgruppe</b>	<b>52</b>

*Um die grundsätzliche Einstellung der oberösterreichischen Ärzte zur Anstellung im niedergelassenen Bereich zu erheben, wurde im Februar 2018 vom Ärztlichen Qualitätszentrum eine Kurzbefragung abgehalten. Das Ergebnis zeigt ein ganz eindeutiges Bild: JA! Dieser Beitrag informiert über die Details der Befragung und die Inhalte der Fokusgruppe, die im Anschluss abgehalten wurde. Zwischen den Befragten und den Teilnehmern der Fokusgruppe herrschte dabei weitgehend Einigkeit. Die alternative Form der Zusammenarbeit wird durchgehend gewünscht und auch die Gründe dafür sowie die angedachten Risiken sind sich sehr ähnlich.*

# 1. Befragung

## 1.1. Einführung und Methodik

Um die Meinung der oberösterreichischen Ärzteschaft zum Thema „Anstellung von Ärzten bei Ärzten“ zu erheben, wurde im Februar 2018 durch das Ärztliche Qualitätszentrum eine Kurzbefragung durchgeführt. Die Befragung beinhaltete drei Fragen, die einerseits die Einstellung der Ärzteschaft quantitativ erfassen und andererseits die Hintergründe thematisieren sollten. Daher wurde neben einem Stimmungsparameter auch eine offene Frage gewählt. Eine dritte Frage – zur beruflichen Stellung des Arztes – sollte zeigen, ob es in den verschiedenen Gruppen Unterschiede in den Einstellungen gibt.

Die Einladung zur Kurzbefragung wurde mit einem der wöchentlichen Newsletter der Ärztekammer für Oberösterreich, der an alle Mitglieder ergeht, per E-Mail ausgeschildet. Der darin enthaltene Link führte zur Kurzbefragung, die über das Online-Tool „easy research“ realisiert wurde. Die Befragung wurde anonym durchgeführt.

Insgesamt haben 261 Ärztinnen und Ärzte an der Kurzbefragung teilgenommen. Die größte Gruppe mit 142 Teilnehmern war, wie angenommen werden konnte, die der Kassenärzte. Die Gruppe der angestellten Ärzte war mit 56 Personen vertreten. Darüber hinaus teilten 34 gemischt tätige Ärzte, 16 Wahlärzte und 12 Ärzte mit sonstigen Tätigkeiten ihre Meinung mit. Damit kann natürlich nicht von einer statistischen Repräsentativität gesprochen werden, die Befragung gibt jedoch einen wichtigen Eindruck über die Stimmungslage in der oberösterreichischen Ärzteschaft.

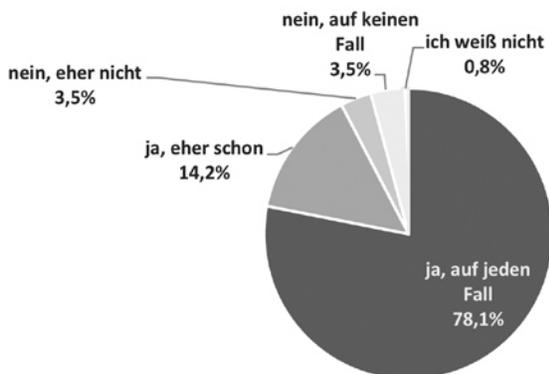
## 1.2. Stimmungsparameter

### ***Sollen Kassenärztinnen und Kassenärzte in Zukunft unter gewissen Voraussetzungen Ärztinnen und Ärzte in ihren Ordinationen anstellen dürfen?***

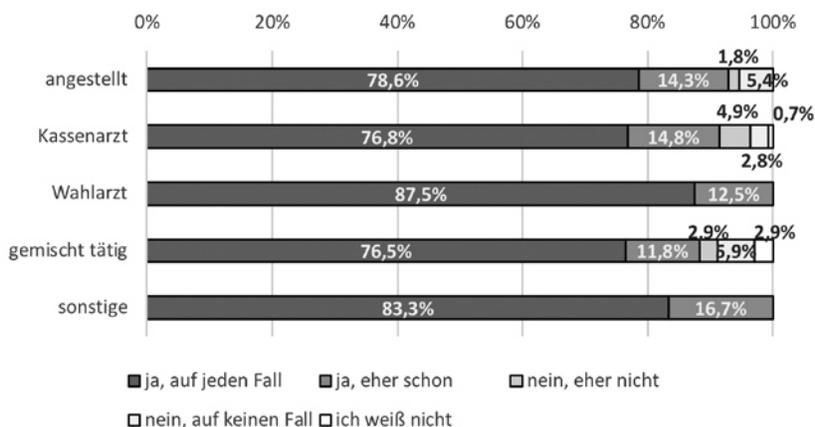
Das Ergebnis zu dieser Frage fiel sehr deutlich aus. Ganze 78,1 % antworteten hier mit „ja, auf jeden Fall“, und weitere 14,2 % meinten, dass dies „eher schon“ möglich sein sollte. Insgesamt sprachen sich also 92,3 Prozent für die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten aus. Hingegen wählten lediglich 3,5 % die Antwortmöglichkeit „nein, eher nicht“ und weitere 3,5 % die Ka-

tegorie „nein, auf keinen Fall“. Nur 7 % sprachen sich also dagegen aus. 0,8 % wählten „ich weiß nicht“.

**Sollen Kassenärztinnen und Kassenärzte in Zukunft unter gewissen Voraussetzungen Ärztinnen und Ärzte in ihrer Ordination anstellen dürfen?**



Zwischen den einzelnen Arztgruppen gab es nur geringe Unterschiede. Am höchsten war die Zustimmung unter den Wahlärzten und den Ärzten mit sonstigen beruflichen Stellungen (z.B. Pensionist, Karenz), unter denen kein einziger Teilnehmer eine verneinende Antwort wählte und die Zustimmung damit bei 100 % lag. Angestellte Ärzte und Kassenärzte sprachen sich in etwa gleich häufig für die Anstellung von Ärzten in Ordinationen aus (92,9 % bzw. 91,6 %). Am geringsten war die Zustimmung bei gemischt tätigen Ärzten (88,3 %). Die in Berufsgruppen aufgesplitteten Ergebnisse sind jedoch aufgrund der teils niedrigen Teilnehmerzahl (z.B. nur 16 Wahlärzte) mit Vorsicht zu interpretieren und zeigen lediglich eine durch alle Arztgruppen hindurch hohe Zustimmung.



### 1.3. Chancen

In einer offenen Frage wurden die Ärzte danach gefragt, welche Chancen und Risiken sie im Falle einer Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten sehen und auf welche Aspekte bei einer Umsetzung besonders geachtet werden müsste. Es wurden insgesamt 186 offene Antworten abgegeben, die insgesamt 378 kategorisierbare Aussagen beinhalteten. Wie das Ergebnis der ersten Frage bereits vermuten lässt, bezogen sich die meisten Anmerkungen auf erwartete Verbesserungen (236 Aussagen).

Das bei weitem am häufigsten angesprochene Thema war das der **flexibleren Arbeitszeiten**. Die Ärzte äußerten sich dahingehend, dass eine Anstellung im niedergelassenen Bereich besonders für Frauen mit Kindern die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung mit sich bringen würde und daher die Vereinbarkeit von Job und Familie erleichtern würde. Die Frauen hätten dann, neben dem Krankenhaus als Teilzeitarbeitgeber, auch die Option, im niedergelassenen Bereich tätig zu werden. Aber nicht nur Personen mit familiären Verpflichtungen könnten laut den Ärzten profitieren, sondern auch ältere Ärzte, die die letzten Berufsjahre nicht mehr voll arbeiten möchten. Durch die verringerte Belastung könnte so auch die Lebensarbeitszeit verlängert, also die Pensionierung hinausgezögert werden. Und auch ganz generell wurde davon gesprochen, dass sich mit einem angestellten Mitarbeiter relativ flexibel die Arbeitszeiten einteilen ließen und man sich auch im Verhinderungsfall (z.B. bei Krankheit oder Urlaub) einfacher vertreten lassen könnte. Belastungen wie Bereitschaftsdienste und besonders hohes Patientenaufkommen in Spitzenzeiten könnten abgedeckt werden.

Die am zweithäufigsten genannte Verbesserung durch die Anstellung von Ärzten bei Ärzten war, dass man den Patienten **längere Öffnungszeiten** und dadurch bedingt **kürzere Wartezeiten** bieten könnte. Durch einen oder mehrere Angestellte könnten etwa mehr verlängerte Nachmittagsordinationen abgehalten und etwa auch in Zeiten hoher Patientenfrequenzen gemeinsam gearbeitet werden. Dies würde für die Patienten eine klare Verbesserung in der Versorgung bedeuten. Diese Erwartung der **Verbesserung in der Versorgung** wurde auch noch spezifisch in Zusammenhang mit der Qualität genannt, die sich aufgrund des geringeren Zeitdrucks der Ärzte verbessern würde. Es stünde dann pro Patient mehr Zeit zur Verfügung.

In weiteren Nennungen meinten die Ärzte, die Maßnahme würde dazu führen, dass vakante **Stellen einfacher nachbesetzt** werden könnten. Damit sei die **Versorgungssicherheit** im niedergelassenen Bereich wieder gegeben. Manche Befragte meinten überhaupt, dass die extramurale Versorgung nur noch so zu

erhalten sei. Denn viele, vor allem junge Kollegen, würden nur noch Teilzeit und in einem Anstellungsverhältnis arbeiten wollen.

Außerdem sprachen einige Mediziner den Umstand an, dass der **Wegfall des unternehmerischen Risikos** mehr Ärzte zur Arbeit im niedergelassenen Bereich bewegen werde. Und auch die bei Übernahme einer Praxis – oder eines Anteils an einer Praxis als Partner – oft hohen Investitionskosten würden bei einer Anstellung wegfallen. Diese würden gerade junge Mediziner, die sich in der Phase der Familiengründung, Hausbau etc. befinden, häufig abschrecken.

Des Weiteren schätzten die Ärzte den **Austausch und die Zusammenarbeit mit Kollegen** in der Praxis als äußerst positiv und bereichernd ein. Schwierige Fälle könnten gemeinsam besprochen werden, man wäre kein Einzelkämpfer mehr. Darüber hinaus wäre eine Anstellung die ideale Möglichkeit für Jungärzte, Erfahrungen in einer Ordination zu sammeln und den Einstieg in den niedergelassenen Bereich zu finden. Eventuell könnten diese Ärzte dann später eine eigene Praxis als Vertragsarzt übernehmen oder zu Partnern werden.

Vereinzelt wurde von den Ärzten angesprochen, dass eine **Anstellung unkomplizierter** umzusetzen sei als eine Partnerschaft in einer Gruppenpraxis, dass sich eine bessere **Ausnutzung der vorhandenen Infrastruktur** in der Ordination (Räumlichkeiten, Geräte etc.) ergeben würde und man sich durch die Zusammenarbeit besser auf eigene **medizinische Spezialisierungen** konzentrieren könnte. Außerdem ließe sich das **Leistungsspektrum für Patienten** erweitern und man müsste sich nicht so eng an einen Partner binden, da im Falle einer nicht optimalen Zusammenarbeit ein **Arbeitsverhältnis einfacher wieder zu lösen** wäre.

Chancen	Anzahl
Flexible Arbeitszeiten	87
Längere Öffnungszeiten, kürzere Wartezeiten	31
Stellenbesetzung einfacher, Versorgungssicherung	28
Kein unternehmerisches Risiko, Investitionen	21
Austausch unter Kollegen, kein Einzelkämpfer	16
Bessere Patientenbetreuung (Zeit/Qualität)	15
Erfahrungen sammeln f. Junge, Einstieg erleichtern	15
Anstellung unkomplizierter als Partnerschaft	8
Bessere Ausnutzung d. Infrastruktur d. Praxis	7
Keine Bindung an Kollegen, einfacher Wechsel	4
Spezialisierungen, Erweiterung Leistungsspektrum	4
<b>GESAMT</b>	<b>236</b>

## 1.4. Risiken

Die Ärzte gingen in ihren Aussagen neben den positiven Effekten auch auf mögliche Risiken ein und welche Punkte besondere Aufmerksamkeit bei der Umsetzung bedürfen. Die erste große Sorge widmete sich den zukünftig angestellten Kollegen, denn hier müsste laut den Ärzten auf einen guten Kollektivvertrag, **faire Bezahlung und auf sonstige Arbeitsbedingungen** geachtet werden. Ansonsten sei eine Ausnutzung der angestellten Kollegen zu befürchten. Aber auch für die ärztlichen Arbeitgeber sollten die vertraglichen Regelungen fair, nicht zu kompliziert und praktisch umsetzbar sein. Arbeitnehmer, aber auch Arbeitgeber müssten also entsprechend vertraglich abgesichert werden. Es wurde angemerkt, dass hier die Ärztekammer Musterverträge ausarbeiten könnte.

Die zweite große Sorge der Befragten betraf die **Finanzierbarkeit der Anstellung**. Es würde zu einer Leistungsausweitung einzelner Praxen kommen, der aber keine zusätzlichen Mittel gegenüber stünden. Daher würde für das gleiche Geld mehr gearbeitet werden. Limitierungen und Mengenrabatte seitens der Kassen würden etwa die Ausweitung von Öffnungszeiten behindern und generell eine Finanzierbarkeit einer Anstellung erschweren. Aber auch die hohen steuerlichen Kosten einer Anstellung wurden in diesem Zusammenhang angesprochen.

Im Zusammenhang mit der Anstellung von Ärzten bei Ärzten wurde auch häufig eine notwendige Regelung der **Haftungsfrage und der Verantwortlichkeiten** genannt. Dieser Aspekt bezog sich dabei sowohl auf medizinische Bereiche als auch auf die korrekte Abrechnung gegenüber der Kasse. Wann haftet der Vertragsarzt als Arbeitgeber und wann der angestellte Arzt?

Eine weitere Forderung der Befragten war, dass in den Regelungen bei der Anstellung von Ärzten in Ordinationen unbedingt dafür Sorge getragen werden müsste, dass es zu **keinen Anstellungen durch Gesundheitsunternehmer** kommen kann, also durch Nicht-Ärzte oder Ärzte, die selber nicht mehr medizinisch tätig sind und nur noch ihre angestellten Ärzte für sich arbeiten lassen. In diesem Zusammenhang wurden zum Beispiel **Mindestanwesenheitszeiten** der ärztlichen Eigentümer und eine **Begrenzung der Zahl der Angestellten** vorgeschlagen.

Weitere Nennungen betonten die Wichtigkeit von **klaren Rahmenbedingungen** für diese Form der Zusammenarbeit zwischen Ärzten. Des Weiteren wurde auch darauf hingewiesen, dass die Regelungen möglichst einfach sein sollten, damit es hier zu keinem abschreckenden Effekt kommt.

Darüber hinaus wurde gefordert, dass es die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten auch für Wahlärzte geben müsse. Natürlich sind sich die Mediziner auch darüber im Klaren, dass es bei einer Zusammenarbeit immer auch zu Problemen kommen kann. Etwa könnten unliebsame Tätigkeiten auf den jeweils anderen abgeschoben werden, es zu Unstimmigkeiten in medizinischen Fragen kommen oder sonstige zwischenmenschliche Probleme auftreten. Außerdem wurde die Befürchtung geäußert, dass die Möglichkeit zur Anstellung größere Praxen bevorzugen könnte und dazu führen würde, dass „Große noch größer werden“. Angemerkt wurde auch, dass Ärzte vermehrt Anstellungen anstreben könnten und sich daher weniger Vertragsärzte finden würden. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass durch die vermehrte Entscheidung für den niedergelassenen Bereich als Arbeitsplatz weniger Ärzte für die Spitäler zur Verfügung stehen.

<b>Risiken/zu beachten</b>	<b>Anzahl</b>
Arbeitnehmerschutz, Mustervertrag	35
Finanzielle Limits/Finanzierbarkeit	35
Haftungsfrage/Verantwortung	19
Keine Anstellung bei Gesundheitsunternehmen	18
Klarer rechtlicher Rahmen, einfache Regelungen	14
Auch für Wahlärzte	6
Probleme in der Zusammenarbeit	6
Wettbewerb bevorzugt große Ordinationen	2
Selbstständigkeit rückläufig	2
Weniger Ärzte in Spitälern	2
<b>GESAMT</b>	<b>139</b>

## 2. Fokusgruppe

Aufbauend auf die Kurzbefragung der Ärzte in Oberösterreich wurde im März 2018 eine Fokusgruppe mit Vertretern der oberösterreichischen Ärzteschaft abgehalten, in deren Rahmen die Ergebnisse vertieft werden sollten. Der Unterschied zwischen einem Fragebogen oder einem Interview und einer Fokusgruppe liegt darin, dass nicht nur explizite, sondern auch implizite Antworten mit erfasst werden können. In der Diskussion gegebene Fallbeispiele, Reaktionen auf Aussagen anderer Teilnehmer, Verweise auf verwandte Themen sowie Stimmungen ergeben ein schärferes Bild. Zudem kann bei Unklarheiten zu einzelnen Aussagen nachgefragt werden.

Die Teilnehmer setzten sich wie folgt zusammen:

- Dr. Viktoria Nader, Turnusärztevertreterin, angestellte Ärztin im Krankenhaus Rohrbach
- OMR Dr. Johannes Neuhofer, Vizepräsident, Kassenarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Linz
- MR Dr. Engelbert Schamberger, Mitglied der Vollversammlung, Kassenarzt für Allgemeinmedizin in Bad Schallerbach
- MR Dr. Claudia Westreicher, Wahlärztevertreterin, Wahlärztin für Allgemeinmedizin in Vorchdorf
- MR Dr. Wolfgang Ziegler, Kurienobmann-Stellvertreter der niedergelassenen Ärzte, Kassenarzt für Allgemeinmedizin in Kremsmünster

Die Personen für die Fokusgruppe wurden ganz bewusst ausgesucht und übernahmen in der Diskussion unterschiedliche Rollen, aus deren Blickwinkel jeweils Vor- und Nachteile, Chancen und Risiken beleuchtet wurden. Frau Dr. Nader nahm die Rolle einer jungen Ärztin ein, für die in Zukunft die Möglichkeit zur Anstellung eventuell interessant werden könnte. Herr Dr. Neuhofer vertrat die klassische Stadtpraxis, Herr Dr. Schamberger hingegen die Landpraxis. Frau Dr. Westreicher argumentierte aus dem Blickwinkel der Wahlärzte und Herr Dr. Ziegler beleuchtete das Thema aus der Sicht der Standesvertretung.

Die Moderation der Fokusgruppe übernahm Frau Mag. Sabine Weißengruber vom Ärztlichen Qualitätszentrum und führte mit Hilfe eines Diskussionsleitfadens durch den Abend.

## 2.1. Chancen und Risiken

Grundsätzlich wurde das Ergebnis der Befragung in der Fokusgruppe bestätigt. Alle Teilnehmer sprachen sich sehr deutlich für die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten aus. Alle von den oberösterreichischen Ärzten in der Kurzbefragung thematisierten Chancen wurden auch von den Teilnehmern der Fokusgruppe grundsätzlich als solche gesehen. Naturgemäß wurde in der Diskussion jedoch stärker auf die Risiken der Anstellung eingegangen, weshalb sich auch diese Zusammenfassung stärker darauf fokussiert. Im Folgenden werden nur noch jene Chancen der Maßnahme angeführt, die in der Fokusgruppe näher beleuchtet wurden.

### Chancen

Eine der größten Chancen sahen die Ärztevertreter in der Erweiterung der sinnvollen Kooperationsformen für Ärzte. *„Diese neue Möglichkeit würde ja auf Freiwilligkeit beruhen, niemand ist gezwungen, jemanden anzustellen oder sich anstellen zu lassen. Aber wenn es passt, dann ist es eine gute Ergänzung zu den bisherigen Optionen für eine Zusammenarbeit“*, betonte Dr. Neuhofer. Man war sich auch darüber einig, dass die Anstellung eine Erleichterung bei der Rekrutierung von Ärzten für den niedergelassenen Bereich mit sich bringen würde. In etwa könnten Nachfolger für eine Praxis einfacher gefunden werden. *„Gerade die junge Generation steht heute der Übernahme einer Praxis eher zurückhaltend gegenüber, weil sie nicht weiß, was sie in der Selbstständigkeit erwartet. Eine Anstellung würde diese Ängste und Unsicherheiten nehmen und ideal auf die Tätigkeit als Vertragsarzt vorbereiten“*, meinte Dr. Schamberger. Hierin sahen die Teilnehmer auch eine Aufgabe der Ärztekammer, denn die Zurückhaltung der Jungärzte könnte auch durch verstärkte Information und Aufklärungsarbeit geschmälert werden. Eine Erleichterung für die Zusammenarbeit könnte eine Anstellung aber auch deshalb bedeuten, weil die Regelungen zu Gruppenpraxen derzeit viel zu kompliziert sind und viele Ärzte abschrecken.

Wie schon die Ärzte in der Befragung, so waren auch die Ärztevertreter der Meinung, dass die Anstellung darüber hinaus für viele Vertragsärzte in Zukunft eine wichtige Option zur Arbeitsentlastung sein könnte. Auch um sich beispielsweise eigenen Interessen und medizinischen Schwerpunkten widmen zu können. Die zeitliche Luft dafür würde einem der angestellte Arzt verschaffen. Dr. Schamberger würde etwa gerne Ultraschalluntersuchungen anbieten, weil ihn dieses Feld persönlich sehr interessiert, findet dafür aber aktuell keine Zeit. Aber auch wenn der angestellte Arzt selber einen eigenen Schwerpunkt einbringen könnte, wäre das für die Praxis interessant. Man könnte sich sinnvoll ergänzen und gegenseitig bereichern.

## Risiken

Bei den Risiken sahen die Teilnehmer der Fokusgruppe vor allem die Gefahr, dass andere ärztliche Kooperationsformen eingeschränkt werden könnten. Speziell Vertretungen, besonders wenn sie regelmäßig erfolgen, könnten dann schnell als Angestelltenverhältnis eingestuft werden. Das sei jedoch nicht Sinn der Sache: *„Zwischen Vertretungen und Angestelltenverhältnis muss eine scharfe Trennlinie gezogen werden“*, sagte dazu Dr. Ziegler und Dr. Westreicher ergänzte: *„Vertretungen müssen in der Art, wie sie heute üblich sind, weiter möglich sein. Die Anstellung soll lediglich eine zusätzliche Option darstellen und keine andere Form der Zusammenarbeit ersetzen oder einschränken.“*

Das Risiko der Finanzierbarkeit wurde ebenfalls als hoch eingeschätzt. Vor allem die Fallzahlbeschränkungen der Kassen würden oft ein engagiertes Arbeiten der Kassenärzte verhindern. Wenn das Patientenaufkommen in einer Praxis hoch ist und der Arzt sich als Hilfe einen angestellten Mediziner in die Praxis holt, dann weitet das natürlich das Arbeitsvolumen der Praxis aus. Allerdings ändert das nichts an den Fallzahlbegrenzungen der Kassen und der Arzt arbeitet dann aus der eigenen Tasche heraus. Diese Limitierung sollte daher mindestens an die Umgebungsbedingungen der Praxis (z.B. vakante Stellen) angepasst, besser noch ganz abgeschafft werden. Bei einer leistungsgerechten Honorierung könnten die Ärzte, auch mit der Hilfe von Angestellten, den Versorgungsauftrag der Kassen erfüllen.

Dr. Nader, die junge Ärzte vertritt, sah eine Notwendigkeit in der Regelung der Arbeitsbedingungen der angestellten Ärzte in den Ordinationen: *„Für Jungmediziner wäre die Anstellung im niedergelassenen Bereich mit Sicherheit eine interessante Lösung. Allerdings muss darauf Bedacht genommen werden, dass angestellte Ärzte nicht schlechter gestellt werden als im Spital.“* Bei einer Diskussion zu diesem Thema stellt sich jedoch heraus, dass die Gefahr der Ausnutzung als eher gering eingeschätzt wird. Denn die Zahl der Ärzte sei im Moment eher niedrig und damit können sich die Mediziner quasi aussuchen, wo sie arbeiten. Bei schlechten Arbeitsbedingungen ließe sich daher der Arbeitgeber einfach wechseln. Das war früher, zu Zeiten der Ärzteschwämme, anders: Da hieß es bei Beschwerden über Arbeitsbedingungen nur: *„Sei froh, dass du überhaupt da sein darfst“*, erinnerte sich Dr. Neuhofer. Dr. Schamberger ergänzte dazu, dass man sich bei einem Angestelltenverhältnis gut kennt und miteinander „kann“. Durch die enge persönliche Zusammenarbeit sei die Wahrscheinlichkeit eines „Ausnutzens“ von einer Seite eher gering. Einen Kollektivvertrag solle es aber trotzdem unbedingt geben, damit eine untere Grenze festgelegt wird. Den Rest könne der freie Markt regeln.

Die Diskutanten waren sich aber auch darüber im Klaren, dass eine Anstellung auch Risiken für den Arbeitgeber mit sich bringen kann, denn Ausfälle durch

Krankheit, Karenz etc. bergen auch finanzielle Belastungen für eine Ordination. Hier könnte eventuell eine Versicherung Abhilfe schaffen. Vor allem bei dem Thema der Haftbarkeit des Arbeitgebers für seinen Arbeitnehmer. Die Ärztenvertreter sahen hier zwar kein Problem bei der Regelung, jedoch erkannten sie eine Informationslücke innerhalb der Ärzteschaft. Hier sind es Ängste und Befürchtungen der Vertragsärzte, die ein zurückhaltendes Verhalten bei der Anstellung von Kollegen mit sich bringen könnten. Hier muss wiederum verstärkt informiert werden, um Unsicherheiten abzubauen.

Ein weiterer Aspekt der Diskussion war, dass die Ausweitung einzelner Praxen durch die Anstellung von Ärzten andere, kleinere Ordinationen in der Umgebung unter ökonomischen Druck setzen könnte. Kleinere und mittelgroße Praxen werden sich angestellte Ärzte nur schwer leisten können und daher eventuell nur ein eingeschränkteres Leistungsspektrum anbieten können als ihre größeren Nachbarn. Hierzu wurde jedoch auch angemerkt, dass dies für umliegende Praxen eventuell auch ein Anreiz zur qualitativen Leistungssteigerung sein könnte, um wettbewerbsfähig zu bleiben.

Hingegen wurde das Risiko, es könnte infolge der Möglichkeit zur Anstellung im niedergelassenen Bereich zu wenige Ärzte geben, die eine Vertragsarztstelle übernehmen möchten, als eher klein eingeschätzt. Den Einstieg in die Praxistätigkeit erleichtert man den jungen Ärzten mit der Anstellung auf jeden Fall. Und das Kennenlernen der Ordinationsarbeit wird Unsicherheiten und Ängste im Zusammenhang mit der Selbstständigkeit nehmen. *„Wenn junge Ärzte einmal wissen, was auf sie zukommt, dann trauen sie es sich auch zu. Und es wird immer welche geben, die dann den größeren Teil des Kuchens wollen und in die Selbstständigkeit gehen“*, war sich Dr. Westreicher sicher.

## 2.2. Rahmenbedingungen

Aufgrund der besprochenen Chancen und Risiken der Anstellung von Ärzten bei Ärzten wurde darüber diskutiert, welche Rahmenbedingungen bei einer Umsetzung unbedingt beachtet werden müssen.

Um die Möglichkeit einer Ausweitung von Praxen in Gesundheitsunternehmen zu verhindern, muss es eine Begrenzung der Anzahl von Angestellten geben, waren sich die Teilnehmer einig. Bei einer guten rechtlichen Regelung, die relativ einfach zu treffen sei, sehe man jedoch kein echtes Risiko darin. Man dürfe aber keinesfalls darauf vergessen.

Mit Hilfe von klaren Richtlinien und Abgrenzungen sollen andere bisherige Kooperationsformen von der Option zur Anstellung nicht beschnitten werden. Im Speziellen wurde wieder auf die Vertretung hingewiesen. Eine Möglichkeit zur Erreichung dieses Ziels könnte etwa die individuelle Regelung im Arbeitsvertrag statt im Gesetz sein. Denn an erster Stelle muss immer stehen, in welcher Form die beiden Ärzte miteinander kooperieren wollen.

Damit Praxen mit angestellten Ärzten wirtschaftlich zu führen sind, müssen die Fallzahlenbeschränkungen der Kassen wegfallen. Es bedarf dazu einer Anpassung der Kassenverträge an die ökonomischen Bedingungen der Praxen. Dabei soll aber auch der Stellenplan im Auge behalten werden. Das Umfeld muss immer in die Regelungen mit einbezogen werden. Wenn etwa in der Umgebung einer Ordination Praxen unbesetzt sind, dann kann das erhöhte Patientenaufkommen nur dann abgearbeitet werden, wenn dies auch honoriert wird. Die Kasse hat einen Versorgungsauftrag und sollte diesen nicht auf die Ärzte abwälzen.

Für Wahlärzte sollten bei der Anstellung von Ärzten bei Ärzten die gleichen Regelungen gelten wie für Kassenärzte. Zusätzliche Genehmigungen oder Verbote darf es nicht geben.

## 2.3. Welche Ärzte nutzen Anstellung

Die größte von einer möglichen Anstellung in Ordinationen profitierende Gruppe wäre sicher die der jungen Frauen, die neben der beruflichen Karriere auch noch familiäre Verpflichtungen hat. Trotz eingeschränkter zeitlicher Ressourcen wäre es möglich, im niedergelassenen Bereich tätig zu werden. Zusätzlich würde das unternehmerische Risiko wegfallen. Das Modell ist natürlich auch für andere junge Ärzte interessant, die einen Einstieg in den niedergelassenen Bereich suchen, ohne finanzielle Verpflichtungen und Risiken eingehen zu müssen.

Darüber hinaus gibt es auch noch andere, weniger offensichtliche Gruppen von Ärzten, für die eine Anstellung im niedergelassenen Bereich ideal wäre. Etwa für ältere Spitalsärzte, die sich beruflich noch einmal verändern wollen. Denn die mit zunehmendem Alter mehr und mehr belastenden Nachtdienste im Spital sind häufig ein Grund, warum ein beruflicher Neustart in einer Praxis attraktiv wäre. Und auch die Suche nach einer neuen beruflichen Herausforderung nach vielen Jahren im Spital scheint ein plausibler Beweggrund. Im Alter von über 50 Jahren amortisieren sich jedoch die hohen Investitionskosten einer eigenen Praxis bis zum Pensionsalter nicht mehr. Eine Anstellung wäre daher eine realistische Option. Ein weiteres Beispiel für eine interessierte Gruppe könnten auch Ärzte

und Ärztinnen sein, die aufgrund zusätzlicher Interessen nicht so viel Zeit für den Arztberuf aufwenden können. Etwa ein Arzt, der nebenbei noch als Tauchlehrer oder Fotograf tätig sein möchte. Und auch für Wahlärzte wäre diese Form der Zusammenarbeit sicher eine bereichernde Alternative, da im wahlärztlichen Bereich die Möglichkeit der Bildung von Gruppenpraxen de facto nahezu unmöglich ist und etwa Gerätegemeinschaften komplizierte vertragliche Regelungen verlangen.

Es wurde klar festgehalten, dass angestellte Ärzte im niedergelassenen Bereich, entgegen der allgemeinen Annahme, nicht nur Teilzeitstellen nachfragen werden. Auch andere Gruppen, die mehr arbeiten möchten, werden Interesse an dieser Option zeigen.

Und auch auf der Seite der Vertragsärzte gibt es unterschiedliche Motive für die Anstellung eines Arztes. Etwa zum Zwecke der Arbeitsentlastung, der Ausweitung der Praxis, der Ergänzung von medizinischen Schwerpunkten, einer konstruktiven und bereichernden Teamarbeit oder der Übergabe der Praxis.

## 2.4. Versorgungslandschaft „2030“

Zum Schluss der Veranstaltung wurden die Ärztevertreter befragt, wie ihrer Meinung nach die Versorgungslandschaft im niedergelassenen Bereich im Jahr 2030 ausschauen wird. Die meisten sind sich darin einig, dass es in Zukunft eine bunte Mischung aus verschiedenen Kooperationsformen geben wird. Die Einzelpraxis wird auch dann noch eine bedeutende Form der niedergelassenen Versorgung sein. Dem PVC wird hingegen nur in den Städten eine echte Zukunft vorhergesagt. Eine Sorge betrifft die weitere Aufspaltung in eine Zwei-Klassen-Medizin.

Dr. Nader wünschte sich für die Zukunft eine an regionale Erfordernisse angepasste, sehr variabel gestaltbare Zusammenarbeit unter Ärzten, die ein effizientes Miteinander ermöglicht. Dr. Schamberger fügte hinzu, dass auch für ältere Ärzte gute und praktikable Kooperationsformen geschaffen werden müssen. Viele Alternativen bei den Formen der Zusammenarbeit sollen junge Ärzte zum Einstieg in die niedergelassene Versorgung motivieren und älteren Ärzten einen späteren Ausstieg ermöglichen. Dr. Neuhofer wollte vor allem eine stärkere Verschränkung des intramuralen und des extramuralen Bereiches sehen. Der Arztberuf soll auf jeden Fall ein freier Beruf bleiben und die künftigen Versorgungsstrukturen müssen weiterhin eine optimale Basisversorgung der Bevölkerung ermöglichen.

Persönlich würden Dr. Schamberger und Dr. Neuhofer die Möglichkeit für sich nutzen und einen anderen Arzt in ihrer Praxis anstellen. Dr. Ziegler schloss sich

seinen Kollegen prinzipiell an, meinte aber, dass seine Praxis dafür zu klein wäre. Dr. Westreicher würde in ihrer Wahlarztpraxis nur dann einen anderen Arzt einstellen, wenn dieser eine fachliche und qualitativ hochwertige Ergänzung bringen würde und zu ihrer eigenen Arbeitsweise passt. Prinzipiell merkte sie aber an, dass die Patienten wegen dem Arzt als Person zum Wahlarzt gehen, und sie glaubte daher nur beschränkt, dass ein angestellter Arzt eine Entlastung bringen könnte. Frau Dr. Nader, die noch am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn steht, würde die Anstellung im niedergelassenen Bereich prinzipiell auch für sich selber nutzen, wenn sie persönlich nicht bereits andere Pläne hätte. Sie trat aber auf jeden Fall für die Verwirklichung dieser zusätzlichen Alternative ein, weil sie diese für wichtig hielt.

*Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner*

*Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Oberösterreich*

# Überlegungen zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten

<b>1. Einleitung</b>	<b>60</b>
<b>2. Konfliktfelder bei der Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten</b>	<b>61</b>
<b>3. Schluss</b>	<b>66</b>

*Die Ansprüche an das Berufsleben haben sich im Laufe der Zeit stark verändert, und auch junge Ärzte wünschen sich heute andere Formen der Tätigkeit. Außer Zweifel steht, dass den Bedürfnissen der jungen Generation entgegengekommen werden muss, um dem Ärztemangel entgegenzuwirken und die Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Jedoch müssen bei einer Umsetzung auch viele Details berücksichtigt werden, die ungewollten Entwicklungen vorbeugen. Dieser Beitrag gibt Denkanstöße, welche Aspekte das sind und wie sie gelöst werden könnten.*

# 1. Einleitung

In der jüngeren Vergangenheit ist eine zunehmende politische Diskussion über die Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei niedergelassenen Ärzten zu beobachten. Dabei ist festzustellen, dass die Gesundheitspolitik dieser Idee immer positiver gegenübersteht. Das Programm der aktuellen Bundesregierung führt das Ziel der Ermöglichung der Anstellung von Ärzten sogar ausdrücklich an.

Die Haltung der Ärzteschaft zu diesem Thema hat sich über die letzten Jahrzehnte offenbar stark gewandelt. Ursprünglich bestand die Befürchtung, dass sich das kassenärztliche System mit Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten in eine ähnliche Struktur umwandelt, wie sie bei Apothekern und Notaren zu beobachten ist. In diesen Berufsgruppen gibt es gesetzlich eng begrenzte Niederlassungsmöglichkeiten, die dazu führen, dass nachkommende Berufsangehörige in der Regel über die eigentliche Ausbildung hinaus mehr oder weniger lang warten müssen, bis sie die Möglichkeit haben, sich selbstständig machen zu können. Auf der anderen Seite stehen etwa die Rechtsanwälte, bei denen ein freies Niederlassungsrecht dazu führt, dass sie, sobald sie eine wirtschaftliche Perspektive sehen, sich jederzeit nach Abschluss der Ausbildung freiberuflich niederlassen können. Bei den Kassenärzten ist die Situation anders als bei den Rechtsanwälten, weil es auch zu Kassenverträgen nur einen begrenzten Zugang gibt, allerdings verglichen mit Notaren und Apothekern in einem weitaus höheren Ausmaß. Über lange Zeit hinweg ging die Stimmung unter den jungen Ärzten wohl in die Richtung, dass sie, wenn sie sich gegen eine Berufslaufbahn im Spital entschieden, möglichst rasch nach Abschluss der Ausbildung selbst eine Kassenpraxis übernehmen.

In den 90er Jahren kam es insofern zu einem Stimmungsumschwung, als vermehrt der Wunsch artikuliert wurde, nicht als Einzelkämpfer tätig zu werden, sondern Ordinationen in Zusammenarbeit mit anderen Kolleginnen und Kollegen zu betreuen. Dies führte zu Forderungen, ähnlich wie bei den Rechtsanwälten Ärztegesellschaften zuzulassen, die gemeinsam eine Ordination, insbesondere auch eine Kassenordination, betreiben können. Dieser Forderung wurde schließlich mit der Ermöglichung der Gruppenpraxis durch die 2. ÄrzteG-Novelle 2001 entsprochen.

In den letzten Jahren kam es offenbar nochmals zu einer Korrektur der Laufbahnwünsche, vor allem jüngerer Ärztegenerationen. War früher primäres Ziel, möglichst rasch selbst eine Ordination eröffnen zu können, können sich offenbar immer mehr Ärztinnen und Ärzte vorstellen, nicht selbst eine Ordination zu betreiben, sondern sich auch auf Dauer in einer Ordination anstellen zu lassen.

Die Gesundheitspolitik stand diesem Wunsch in den letzten Jahren, soweit erkennbar, durchaus aufgeschlossen gegenüber. Als Hindernis erweist sich derzeit vor allem die dadurch schwierige Rechtslage, dass die gesetzliche Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten mit einer kompetenzrechtlichen Problematik belastet ist und es daher auch Stimmen gibt, die dafür eine Verfassungsmehrheit erforderlich halten. Im Folgenden soll allerdings nicht auf diese verfassungsrechtliche Problematik eingegangen werden (vgl. dazu die Beiträge von Braza und Çakır). Vielmehr soll darauf eingegangen werden, welche – allerdings wohl alle bewältigbaren – Hürden bei der Umsetzung der Anstellung von Ärzten zu beachten wären.

## **2. Konfliktfelder bei der Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten**

### **2.1. Arbeitsbedingungen**

Aus Sicht der für eine Anstellung in Frage kommenden Ärzte erscheint es zunächst einmal wünschenswert, dass die Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen nicht Marktzufälligkeiten überlassen bleibt, sondern dass Mindestbedingungen – so wie für fast alle Dienstnehmer in Österreich – auf kollektiver Ebene geregelt werden. Die Voraussetzungen dafür sind durchaus gegeben. Anerkannt ist, dass die in den Ärztekammern bestehenden Kurien der angestellten und der niedergelassenen Ärzte, insbesondere auch die Bundeskurien, berechtigt sind, miteinander einen Kollektivvertrag auszuverhandeln und abzuschließen. Ein derartiger Kollektivvertrag, dessen Hinterlegung auch vom Sozialministerium akzeptiert wurde, besteht schon für die Beschäftigung von Lehrpraktikanten. Es ist daher durchaus möglich, sowohl Gehalts- als auch sonstige Arbeitsbedingungen auf kollektivvertraglicher Ebene vorzugeben.

## 2.2. Zahlenmäßige Begrenzung der Anstellungsmöglichkeit

Ein Teil der Literatur hält es schon nach derzeitiger verfassungs- und einfach-gesetzlicher Rechtslage für möglich, Ärzte in Einzelordinationen anzustellen (für Gruppenpraxen ist dies ausdrücklich in § 52a Abs. 2 Z 7a ÄrzteG verboten). Allerdings ist auch klar, dass der Organisationsgrad der Ordination durch die Anstellung von Ärzten nicht die Schwelle überschreiten darf, die „Anstaltscharakter“ erreicht, weil dann die Grenze zur Krankenanstalt, konkret zum selbstständigen Ambulatorium, überschritten würde. Es wird daher, selbst wenn sich jenes Schrifttum durchsetzt, das die Zulässigkeit der Anstellung schon derzeit bejaht, nur möglich sein, dass Einzelordinationen höchstens einen vollzeitbeschäftigten Arzt anstellen.

Findet sich hingegen im Nationalrat eine Verfassungsmehrheit, die der Anstellung von Ärzten bei Ärzten zustimmen würde, bestünde diese Einschränkung nicht a priori. Allerdings müsste auch dann überlegt werden, ob die Begrenzung der Zahl der angestellten Ärzte in Ordinationen gesundheits-, sozial- oder standespolitisch sinnvoll ist. Tatsächlich wurde etwa in Vorbereitung des im Jahr 2017 endgültig erlassenen Primärversorgungsgesetzes eine Verfassungsbestimmung diskutiert, die für als Gruppenpraxen konstruierte Primärversorgungseinheiten (die unbestrittenermaßen einer gesetzlichen, wahrscheinlich tatsächlich verfassungsrechtlichen Regelung bedurft hätten) eine Anstellung von Ärzten zugelassen hätte, gleichzeitig aber eine Beschränkung der Anzahl vorsah (die Zulassung der Ärzteanstellung wurde im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens allerdings wieder verworfen).

Für eine Beschränkung der Anzahl der Anstellungsmöglichkeit könnte sprechen, dass gerade der ärztliche Beruf durch die Persönlichkeit des Behandlers geprägt ist und dass daher der Ordinationsinhaber selbst einen wesentlichen Teil der Behandlungsleistungen übernehmen sollte. Dem kann allerdings mit Fug und Recht entgegengehalten werden, dass ärztliche Leistungen gerade typischerweise auch in Krankenanstalten erbracht werden, wo das persönliche Vertrauensverhältnis zum Behandler genauso relevant ist, dort allerdings durchaus auch von angestellten Ärzten gewährleistet werden kann.

## 2.3. Verknappung von Kassenstellen

Das österreichische Kassenarztsystem ist durch einen begrenzten Zugang zum Kassenvertrag gekennzeichnet. Anzahl und Lage der Kassenstellen sind durch einen Stellenplan vorgegeben, der zwischen der jeweils örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse und der Landesärztekammer vereinbart wird. Die Zulässigkeit der Anstellung von Ärzten bei Kassenärzten würde wahrscheinlich dazu führen, dass der Stellenplan entsprechend adaptiert würde. Wenn Kassenärzte durch die Anstellung weiterer Ärzte eine höhere Versorgungswirksamkeit erreichen, wird dies vermutlich zur Streichung von Kassenplanstellen führen können.

Dieser Prozess ist aus standespolitischer Sicht so lange unproblematisch, solange die nachrückenden Ärzte, die einen Kassenvertrag anstreben, genügend offene Kassenstellen vorfinden. Hierbei haben sich die Voraussetzungen in den letzten Jahren dramatisch verändert. Während es noch vor einigen Jahren einen deutlichen Überhang an Bewerbern um offene Kassenstellen gegeben hat und daher nicht nur versorgungs-, sondern auch standespolitisch eine Reduktion der Kassenstellen völlig unerwünscht war, gibt es durch den sich immer mehr verschärfenden Ärztemangel zunehmend vakante Kassenstellen und deutliche Versorgungslücken, die sich in den nächsten Jahren wahrscheinlich noch dramatisch erweitern werden. Wenn es tatsächlich einen immer größer werdenden Anteil an jungen Ärztinnen und Ärzten gibt, die die Anstellung gegenüber der Übernahme eines eigenen Kassenvertrags bevorzugen, spricht auch standespolitischer Sicht nichts gegen eine entsprechende Adaptierung des Stellenplans und ist die allfällige Reduktion von Kassenstellen dann keine standespolitische Bedrohung mehr.

Diesen standespolitischen Problemen stehen die Ärztekammern allerdings bei Beibehaltung der derzeitigen Rechtslage nicht ohnmächtig gegenüber. Die gleichberechtigte Teilnahme am Stellenplan garantiert, dass es die Ärztekammern selbst in der Hand haben, ob sie einer „Umwandlung“ von Kassenplanstellen in Arztordinationen mit angestellten Ärzten zustimmen. Organisationsrechtlich ist allerdings derzeit problematisch, dass entscheidungsberechtigt für die Ärztekammer ausschließlich die Kurie der niedergelassenen Ärzte ist, die allenfalls sogar ein Interesse daran haben könnte, Kassenstellen durch Anstellungsmöglichkeiten zu ersetzen. Zu diskutieren wäre daher, die Entscheidung über die Reduktion von Kassenstellen zugunsten von Anstellungsmöglichkeiten an den gemeinsamen Vorstand der Ärztekammer zu transferieren, in dem paritätisch Vertreter der niedergelassenen und der angestellten Ärzte mitwirken.

Außerdem wäre aus Gründen der standespolitischen Fairness wohl zu überlegen, den in einer Ordination angestellten Arzt zu privilegieren, wenn es um die Nach-

folge im Kassenvertrag geht. Es müssten daher die Punktelisten für die Reihung der Bewerber um Kassenstellen entsprechend adaptiert werden, um damit sicherzustellen, dass ein angestellter Arzt, der tatsächlich bei Ausscheiden seines Dienstgebers die Ordination übernehmen möchte, bei der Bewerbung auch bevorzugt werden kann.

## 2.4. Unterlaufen des Stellenplans

Der Stellenplan, also die zwischen Kasse und Kammer vereinbarte Verteilung von Kassenstellen, hat insofern eine versorgungspolitische Funktion, als er sicherstellen soll, dass es zu einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung kommt. Würden tatsächlich Stellen reduziert, um andernorts die Anstellung von Ärzten und damit einen größeren Ordinationsbetrieb zu ermöglichen, könnte dies weitere Anfahrtswege für die Patienten zur Folge haben. Allerdings ist auch hier die Entwicklung steuerbar und können daher daraus entstehende Gefahren für die Versorgung bewältigt werden. Einer Änderung des Stellenplans im Sinne einer Konzentration von Stellen muss eben auch die Kasse zustimmen. Sie kann dabei auf derartige versorgungspolitische Aspekte Rücksicht nehmen. Vor allen Dingen aber wäre es durchaus denkbar, auch bei Reduktion der Planstellen und Zulassung von Anstellungen die Standorte beizubehalten, da jeder Arzt die berufsrechtliche Möglichkeit hat, zwei Ordinationen zu führen. Wenn die Anstellung von mehr als einem Arzt in einer Einzelordination zulässig sein sollte, wäre allerdings zu überlegen, genauso wie im Primärversorgungsgesetz (vgl. § 9 Abs 1 PrimVG) so viele Ordinationsstandorte berufsrechtlich zuzulassen, wie tatsächlich Ärzte in der Ordination tätig werden (also einschließlich der angestellten Ärzte).

Der Stellenplan hat aber auch aus Sicht der niedergelassenen Ärzte die Funktion einer gewissen Marktaufteilung und eines Konkurrenzschutzes (der allerdings im städtischen Bereich wegen der kürzeren Wege und damit größeren Auswahlmöglichkeit der Patienten weniger Bedeutung hat).

Diese Problematik hat zuletzt dadurch stark an Schärfe verloren, dass wegen der zunehmenden Stellenbesetzungsprobleme eher Gefahr besteht, dass Patienten keinen Arzt finden, als dass Ordinationen Schwierigkeiten haben, einen wirtschaftlich adäquaten Patientenstock aufzubauen. Dazu kommt, dass diese Themenstellung ebenfalls im Rahmen des gesamtvertraglichen Systems beherrschbar wäre. Sie unterscheidet sich auch nicht von den Anforderungen, die die Einführung der Gruppenpraxen mit sich gebracht hat. Auch dort müssen sich die Gesamtvertragsparteien in gleicher Weise damit auseinandersetzen, inwieweit die Aufnahme von zusätzlichen Gruppenpraxenpartnern den Stellenplan und insbesondere

die Interessen der benachbarten Ordinationen berührt. In den meisten Bundesländern sind für diese Konstellationen bereits Lösungen gefunden worden, die gleichermaßen zur Lösung der mit der Anstellung von Ärzten verbundenen Stellenplanprobleme genutzt werden können.

## 2.5. Persönliche Mitwirkung

Aus wirtschaftlichen Gründen wohl eher unwahrscheinlich, aber theoretisch möglich wäre eine Entwicklung, bei der zumindest in Einzelfällen Kassenvertragsärzte sich weitgehend oder sogar vollständig aus der Führung der Ordination zurückziehen und die Arbeitslast zur Gänze an den oder die angestellten Ärzte übertragen.

Man könnte dazu die Haltung einnehmen, dass wegen des besonderen persönlichen Charakters der ärztlichen Ordination eine derartige Entwicklung unerwünscht wäre. Auch aus standespolitischer Sicht könnten es Vertreter der Jungärzte als unfair empfinden, wenn es zu derartigen Phänomenen kommt. Zu überlegen wäre daher, ob nicht die Anstellungsmöglichkeit von Ärzten von einer Mindestmitwirkungspflicht des Ordinationsinhabers abhängig gemacht werden sollte. Dies wäre auch systemlogisch, wenn man berücksichtigt, dass § 52a Abs. 3 Z 6 ÄrzteG auch für die Gesellschafter von Gruppenpraxen eine „maßgebliche“ persönliche Mitwirkung verlangt.

## 2.6. Abgrenzung zum freien Dienstvertrag/Vertretungslösungen

Niedergelassene Ärzte sind in hohem Ausmaß darauf angewiesen, dass sie im Verhinderungsfall auf Vertreter zurückgreifen können, um ihre Patienten weiter ordnungsgemäß zu betreuen. In der Praxis kann es sich dabei um Nachbarkollegen handeln. Es gibt aber auch viele Ordinationen, die Spitals- oder Wohnsitärzte als Vertreter in der eigenen Ordination beschäftigen, was naturgemäß für die Patienten durchaus Vorteile hat. Diese Vertreter werden derzeit mit freiem Dienstvertrag beschäftigt und unterliegen daher nicht den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen des ASVG. Allerdings ist die Abgrenzung zu echten Dienstverträgen schon derzeit schwierig und wird noch schwieriger werden, wenn es tatsächlich zur Anstellung von Ärzten bei Kassenärzten kommt. Die für die Abgrenzung vom freien zum echten Dienstvertrag herangezogenen Kriterien sind nämlich für Arztordinationen typischerweise weitgehend unbrauchbar. Üblicherweise unterscheidet sich der freie vom echten Dienstvertrag dadurch, dass

der freie Dienstnehmer nicht weisungsgebunden ist, mit eigener Infrastruktur arbeitet und hinsichtlich der Arbeitszeit und des Arbeitsortes selbst entscheidet. In der Praxis stellt sich nun das Problem, dass Ärzte, die einen Kassenarzt in dessen Ordination vertreten, natürlich arbeitsortgebunden sind, dessen Ordination und damit Infrastruktur nutzen und auch die mit der Kasse vereinbarten Ordinationszeiten einzuhalten haben, womit sie nicht frei in ihrer Zeiteinteilung sein können. Aber auch das Kriterium der Weisungsgebundenheit ist nicht eindeutig, weil Ärzte nach § 3 Abs. 2 ÄrzteG weisungsungebunden sind, gleichgültig, ob sie freiberuflich (also etwa im Rahmen eines freien Dienstverhältnisses) oder im Rahmen eines echten Dienstverhältnisses tätig werden.

Wünschenswert wäre daher, im Zuge einer Neuregelung der Anstellungsmöglichkeit von Ärzten bei Ärzten auch in eindeutiger Weise gesetzlich klarzustellen, dass Ordinationsvertreter nicht vom Dienstnehmerbegriff des ASVG erfasst sind.

### 3. Schluss

Gesundheits- und standespolitisch wird wohl darauf reagiert werden müssen, dass eine immer größer werdende Anzahl von ÄrztInnen nicht mehr selbst eine Kassenordination übernehmen möchte, sondern extramurale Medizin im Rahmen einer Anstellung betreiben will. Die damit verbundenen Probleme sind sicherlich lösbar, bedürfen allerdings der Unterstützung durch den Gesetzgeber. Dieser Weg sollte gegangen werden, weil es sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht der Ärzteschaft vernünftiger erscheint, die anstellungswilligen Ärzte bei Ärzten anzustellen als in anonymen Ambulatorien.

**Mag. Katharina Wieser**

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut  
für Gesundheitssystem-Forschung LIG**

# Anstellung von Ärzten bei Ärzten in Deutschland

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

## **1. Einleitung**

## **2. Grundsätzliches**

## **3. Fächer mit Leistungsbeschränkung – gesperrter Planungsbereich**

## **4. Fächer ohne Leistungsbeschränkung – offener Planungsbereich**

## **5. Rechte und Pflichten**

## **6. Anstellung fachfremder Ärzte**

## **7. Umwandlung von Anstellung in Vertragsarztstelle**

## **8. Anstellung von Ärzten in Weiterbildung**

## **9. Versorgungslandschaft**

## **Literaturverzeichnis**

*Dieser Beitrag stellt die derzeitigen Regelungen zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten in Deutschland dar. Es wird beschrieben, wie in unserem Nachbarland auf mögliche Probleme reagiert, welche rechtlichen Vorkehrungen getroffen und welche Einschränkungen vorgenommen wurden. Aber auch welche Möglichkeiten geschaffen wurden, die aus österreichischer Perspektive eher gewagt erscheinen, wie etwa die Anstellung von fachfremden Ärzten oder die „Lehrpraxis“ für Fachärzte (nicht nur Allgemeinmedizin). Zuletzt wird auf die derzeitige Versorgungslandschaft im Hinblick auf Anstellung, Organisationsformen und Teilzeitquote eingegangen.*

# 1. Einleitung

Das Bild des Kassenarztes hat sich in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. In früheren Zeiten war der Kassenarzt meist männlich, Einzelunternehmer und nicht nur von Beruf Arzt, sondern auch als Person. Von Politik, Kassen und den Bürgern genoss der Stand hohes Ansehen. Die einzige Angestellte in der Ordination war eine Sprechstundenhilfe, die in vielen Fällen die eigene Ehefrau war. Der Kassenvertrag war begehrt und wurde deshalb auch nicht so schnell aufgegeben. Heute ist vieles anders. Die Menschen haben andere Vorstellungen vom Leben. Flexibilität, Anpassbarkeit des beruflichen Umfeldes an die momentanen Lebensbedingungen, Freizeit und Vereinbarkeit mit der Familie stehen viel mehr im Vordergrund.

Eine Studie des Beratungsunternehmens Deloitte<sup>1</sup> aus dem Jahre 2011 zeigt, wie sich die Werte in der Arbeitswelt über die Zeit hinweg geändert haben: Die Nachkriegsgeneration (1945–1955) legte großen Wert auf Führung, Fairness, Arbeitsinhalt und Reputation, die Babyboomer (1956–1969) schätzen Eigenständigkeit und Unabhängigkeit – aber auch Führung. Die Generation X (1970–1982) setzt bereits auf Fairness, Sicherheit und Individualität – aber auch auf monetäre Vergütung, während sich die jüngste Generation am Arbeitsmarkt (Generation Y) für Flexibilität, Spaß an der Arbeit, nette Kollegen und die Anerkennung von Leistungen ausspricht. Auch das Zukunftsinstitut<sup>2</sup> schreibt über die Generation Y, dass sich die Werte klar in Richtung immaterieller Dinge verschoben haben. Gute Atmosphäre und eine funktionierende Teamarbeit, sozial vernetztes Arbeiten, die psychosoziale Gesundheit, Sinn in der Arbeit, gute Planbarkeit, erfüllbare Ziele und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie rangieren ganz oben auf der Prioritätenliste. Es geht den jungen Menschen nicht mehr so sehr darum, was sie im Beruf darstellen, sondern vielmehr darum, wie es ihnen dabei geht und wie es sie persönlich weiterbringt. Alte Rollenmuster haben damit auch im Berufsleben ausgedient. Geld ist kein allzu großer Motivator mehr – lediglich 55 % reizt dieser Faktor, und andere materielle Anreize, wie Firmenhandy und Firmenwagen, liegen gar an letzter Stelle der Anreizmechanismen (nur 34 % Zustimmung). Dabei gleichen sich die Rollenbilder zwischen Männern und Frauen immer mehr an, was bedeutet, dass Unternehmen nicht nur wegen des höheren Frauenanteils in der Arbeitswelt andere Rahmenbedingungen schaffen müssen, sondern auch die Männer heute von anderen Werten geleitet werden. Immer mehr Männer ziehen in Erwägung, eine Zeit lang Teilzeit zu arbeiten. Der Stellenwert der Familie ist gestiegen. Außerdem

1 Kurier (2013)

2 Signium International (2013)

wird die Gefahr des Burnouts als sehr real wahrgenommen und man legt deshalb einen größeren Fokus auf das eigene Wohlbefinden im Arbeitsleben. Zudem sind Brüche in der eigenen Arbeitsbiografie normaler und es wird nicht mehr darauf gesetzt, ein Leben lang denselben Beruf auszuüben oder im selben Unternehmen zu bleiben.

Im Jahr 2013 stellte das LIG gemeinsam mit dem Ärztlichen Qualitätszentrum<sup>3</sup> die Frage an die Ärzteschaft, welche Maßnahmen die Politik ergreifen muss, um wieder mehr junge Ärzte für eine Niederlassung – speziell am Land – zu gewinnen. Dabei fanden die Aspekte „Die Arbeitszeiten verbessern (reduzieren, flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten)“ und „bessere Organisationsformen schaffen (z.B. Gruppenpraxen)“ hohe Zustimmungswerte<sup>4</sup>. Das zeigt auch, dass die Ärzte keineswegs eine Ausnahme zum allgemeinen Trend bilden.

Aber nicht nur auf der Seite der Ärzte zeigt sich ein Bedarf an flexiblen Öffnungszeiten, sondern durchaus auch von Seiten der Patienten. Denn in allen Bereichen des täglichen Lebens weiten sich die Erreichbarkeiten aus: Einkaufsmöglichkeiten, Servicezeiten etc. Und natürlich sind wir heute durch das Internet den Rund-um-die-Uhr-Service gewohnt. Da passen die beschränkten Öffnungszeiten einer Einzelpraxis nicht mehr so recht zur sonstigen Lebenswelt dazu. Man erwartet auch hier bessere Erreichbarkeiten. Hier stehen sich also der Trend zu längeren Öffnungszeiten und der Trend zu kürzeren Arbeitszeiten gegenüber und bilden ein Dilemma, zu dessen Lösung die klassische Einzelpraxis nicht fähig ist. Um die Bedürfnisse beider Seiten zu bedienen, bedarf es daher guter Kooperationsformen von Ärzten.

Ein weiteres Problem bilden häufig die hohen Investitionskosten, die bei der Gründung oder der Übernahme einer Einzelpraxis anfallen und auch zwischendurch für eine moderne technische Ausstattung, etwa für diagnostische und therapeutische Zwecke, immer wieder notwendig werden. Nachdem sich junge Menschen auch nicht mehr so gerne an einen Arbeitsort binden wollen, sinkt auch die Bereitschaft, in einen Standort viel Geld zu investieren. Auch hier helfen Kooperationsformen. Im Falle einer Anstellung würden diese Kosten überhaupt wegfallen.

Die Ärztekammer für Steiermark stellte 2017 die Frage „Sollen in kassenärztlichen Einzel- und Gruppenpraxen Ärztinnen und Ärzte angestellt werden können?“ an ihre Mitglieder. Ganze 79 % stimmten zu, weitere 12 % sind zumindest bei Gruppenpraxen dafür und nur 4 % sprachen sich dagegen aus.<sup>5</sup> Die Frage nach

---

3 Riedler (2014)

4 1,8 bzw. 1,9 (Wert auf einer 7-teiligen Skala; 1 = stimme völlig zu; 7 = stimme gar nicht zu)

5 Ärztekammer für Steiermark (2017)

einer Möglichkeit der Anstellung von Ärzten bei Ärzten ist nicht neu. In vielen europäischen Ländern gibt es sie nämlich schon länger, und auch in Österreich wurde schon des Öfteren eine diesbezügliche Anfrage im Parlament gestellt – und abgelehnt. Wie man das Thema in Deutschland gelöst hat, sollen die folgenden Kapitel zeigen.

## 2. Grundsätzliches

Seit dem 1. Jänner 2007 gibt es in Deutschland, nach einer Anpassung im Vertragsänderungsgesetz (VÄndG), für niedergelassene Vertragsärzte die erweiterte Möglichkeit, andere Ärzte und Psychotherapeuten in ihrer Praxis anzustellen. Das Gesetz wurde hauptsächlich aus dem Grund erlassen, um die vertragsärztliche Leistungserbringung durch die Erweiterung der möglichen Kooperationsformen zu erleichtern und damit die Versorgungssicherheit der Bevölkerung zu erhöhen. Bei der Anstellung von Ärzten sind seither selbstständige Ärzte mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gleichgestellt, um denselben Wettbewerbsbedingungen zu unterliegen. Für die Entscheidung, ob für die einzelne Ordination eine Anstellung oder die klassische Gemeinschaftspraxis zu bevorzugen ist, gilt es zahlreiche Aspekte zu berücksichtigen. Darunter fallen etwa:<sup>6</sup>

- Wegfall gesellschaftsrechtlicher Abstimmungen,
- Erleichterung des Betriebs von Zweigstellen,
- Anstellung für eine Probephase, ohne dass der zweite Arzt gleich Anteile der Praxis erwerben muss,
- Ausweitung des Leistungsangebotes der Praxis (Öffnungszeiten, medizinische Schwerpunkte),
- mehrere teilzeitbeschäftigte Ärzte sind möglich,
- spätere Umwandlung der Anstellung in eine Partnerschaft ist möglich,
- Bindung zusätzlicher Arztstellen an die Praxis,
- keine Tarifbindung bei Lohnzahlung, eventuell Zahlung umsatzbezogener Zulagen,
- Arbeitsentlastung,
- Teamarbeit.

6 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

Jedoch auch folgende Nachteile:

- unternehmerische Führung durch den Praxisinhaber, Kontroll- und Überwachungspflichten,
- umfangreiche Haftung durch den Arbeitgeber,
- Sozialversicherungsbeiträge und sonstige Abgaben,
- Lohnfortzahlung bei Krankheit, Karenz, Kündigungsschutz,
- Praxisverkauf bei höherem Praxiswert eventuell schwerer.

Grundvoraussetzungen für eine Anstellung sind die Eintragung des angestellten Arztes ins Arztregister und die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Diese Genehmigung wird personenbezogen vergeben und einem Vertragsarzt zugeordnet. Auch innerhalb einer Betriebsausübungsgemeinschaft (BAG) muss der angestellte Arzt einem Vertragsarzt persönlich zugeordnet werden.

Im Bundesmantelvertrag ist zudem geregelt, dass die persönliche Leitung durch den Vertragsarzt in jedem Fall gewährleistet sein muss.<sup>7</sup> Angestellte Ärzte können zusätzlich im Krankenhaus arbeiten und dürfen auch in Nebenstellen der Hauptpraxis eingesetzt werden.<sup>8</sup>

---

7 Anwalt.de (2009)

8 Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2018)

### 3. Fächer mit Leistungsbeschränkung – gesperrter Planungsbereich

In Deutschland gibt es für die hausärztliche Versorgung, die allgemein fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung sogenannte Planungsbereiche. Sind die Versorgungszahlen in einem Planungsbereich erfüllt, so kommt es in diesem Planungsbereich zu einer Sperre für Neuzulassungen. Man spricht dann vom gesperrten Planungsbereich. Möchte nun ein selbstständiger Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich einen Arzt anstellen, so muss er seine eigenen Leistungen im selben Ausmaß verringern und darf insgesamt das vorige Leistungsausmaß der Praxis nicht wesentlich überschreiten (3 %-Regelung<sup>9</sup>). Man spricht hier vom Job-Sharing-Modell, das es auch für selbstständige Partner gibt. Die Anstellung im gesperrten Planungsbereich ist nur für fachgleiche Ärzte möglich, da sich ansonsten die Leistungen im eigenen Fachbereich verringern würden.

Im gesperrten Planungsbereich ist eine Anstellung daher nur für Vertragsärzte interessant, die entweder ihre eigene vertragsärztliche Tätigkeit einschränken wollen, ohne den Versorgungsauftrag der Praxis reduzieren zu müssen, oder aber für solche, die Chancen im Ausbau der Selbstzahleranteile sehen (in Deutschland gibt es kein Wahlarztsystem mit Rückerstattung wie in Österreich, sondern die meisten Ärzte betreuen sowohl gesetzlich versicherte als auch privatversicherte Patienten).<sup>10</sup>

Eine Ausnahme im gesperrten Planungsbereich bildet der Fall, wenn ein Vertragsarzt freiwillig auf seine Zulassung verzichtet, um sich bei einem anderen Vertragsarzt anstellen zu lassen. Auch hier ist die Anstellung durch den Zulassungsausschuss zu genehmigen. Die Abrechnung wird genauso durchgeführt, als wären zwei Vertragsärzte tätig. Es kommt also zu keiner Leistungsreduktion beim Vertragsarzt. Die Gesamtleistung im Planungsbereich bleibt dabei konstant.

9 Grundlage für die Berechnung der quartalsweisen Obergrenze bilden der Schnitt der mindestens vier vorausgegangenen Quartale des betreffenden Vertragsarztes plus ein Aufschlag, der 3 % des Fachgruppenschmittes beträgt. (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, 2014)

10 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

## 4. Fächer ohne Leistungsbeschränkung – offener Planungsbereich

Im sogenannten offenen Planungsbereich sind die Versorgungszahlen noch nicht erfüllt (Unterversorgung) und es ist daher prinzipiell eine Leistungsausweitung möglich und andere Ärzte in der Ordination anzustellen. Um jedoch die persönliche Führung und Beaufsichtigung des Teams durch den selbstständigen Arzt zu gewährleisten<sup>11</sup>, wurde eine Obergrenze bei der Zahl der Angestellten festgelegt, die mit drei Vollzeitstellen (bzw. mit vier Vollzeitstellen bei medizinisch-technischen Fächern) angegeben ist. Bei teilzeitbeschäftigten Angestellten erhöht sich diese Zahl entsprechend.<sup>12</sup> Verfügt der anstellende Arzt selber nur über einen halben Versorgungsauftrag, so kann er nur einen vollzeitbeschäftigten Arzt anstellen (bzw. zwei Halbtagsbeschäftigte). Wird diese Verhältniszahl nicht überschritten, so wird automatisch davon ausgegangen, dass der Vertragsarzt seine Leitungsaufgabe wahrnehmen kann. Sollen aber über diese Zahl hinausgehend Ärzte angestellt werden, so ist dem Zulassungsausschuss ein Nachweis vorzulegen, der Vorkehrungen aufzeigt, die trotz der erhöhten Angestelltenzahl eine persönliche Leitung durch den Vertragsarzt ermöglichen.

Bezüglich des Leistungskontingents ist es im nicht gesperrten Planungsbereich so, dass für den angestellten Arzt ein eigenes Budget zur Verfügung steht, der Vertragsarzt also seine eigene Leistung nicht reduzieren muss. Die Gesamtleistung im Planungsbereich steigt also, was aufgrund der dort herrschenden Unterversorgung auch wünschenswert ist. Im offenen Planungsbereich ist es zudem unter gewissen Voraussetzungen auch möglich, Ärzte mit anderen Fachbereichen anzustellen, um gemeinsam Patienten zu behandeln (genauer in Kapitel 6).

11 Lt. § 14a BMV-Ä vorgeschrieben

12 0,25 Stellen bei bis zu 10 Wochenstunden; 0,5 Stellen bei 10 bis 20 Wochenstunden; 0,75 Stellen bei 20 bis 30 Wochenstunden; 1,0 Stelle bei über 30 Wochenstunden

## 5. Rechte und Pflichten<sup>13</sup>

Der Vertragsarzt ist für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten in der Praxis verantwortlich und haftet in diesem Sinne für sich selbst und für seine Angestellten. Ebenso haftet der Vertragsarzt gegenüber dem Patienten für die Tätigkeit des angestellten Arztes.<sup>14</sup> Denn der Behandlungsvertrag wird mit dem Vertragsarzt geschlossen und der angestellte Arzt dient lediglich als Erfüllungsgehilfe für die Pflichten seines Arbeitgebers. Nur bei deliktischen Haftungen kann der Arbeitnehmer direkt betroffen sein und ist dem Patienten gegenüber persönlich haftbar. Arbeitgeber und Arbeitnehmer haften hier im Außenverhältnis als sogenannte Gesamtschuldner nebeneinander, also bis zur vollen Schadenssumme. Im Innenverhältnis weicht die Haftung jedoch zugunsten des Arbeitnehmers auf. Im Wesentlichen kommt es beim Umfang seiner eigenen Haftung im Innenverhältnis auf die Schwere des Vergehens an. Leichte Fahrlässigkeit wird meist vollständig vom Arbeitgeber gedeckt, bei mittlerer Fahrlässigkeit kommt es häufig zu einer Beteiligung des Arbeitnehmers am Schaden. Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit betreffen allerdings immer, auch im Innenverhältnis, den Arbeitnehmer mit.<sup>15</sup>

Und auch die Haftung bezüglich abrechnungsbezogener Belange übernimmt der Vertragsarzt für seine angestellten Ärzte mit. Kommt es etwa zu Honorarrückforderungen seitens der kassenärztlichen Vereinigung, der Versicherungen oder der Patienten aufgrund von Verletzungen von Vorgaben der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), so haftet in erster Linie der Arbeitgeber. Diese Regresse sind dann im Innenverhältnis oft nicht oder nur teilweise gegen den Arbeitnehmer durchsetzbar. Insgesamt wird von der Ärztevertretung angeraten, dass sowohl der Vertragsarzt die bei ihm angestellten Ärzte gut versichert und auch die Arbeitnehmer eine darauf abgestimmte Versicherung abschließen.<sup>16</sup>

Die Leistungen von angestellten Ärzten werden dem Vertragsarzt zugerechnet. Dies bedeutet aber auch, dass das Gebot der persönlichen Leistungserbringung nicht verletzt wird, wenn ein genehmigter angestellter Arzt diese erbringt. Dies gilt auch in Hinblick auf die freie Arztwahl des Patienten. Der angestellte Arzt darf medizinische Leistungen daher auch in Abwesenheit des Vertragsarztes erbringen – ebenso in einer Zweistelle der Praxis –, ohne das Gebot der persönlichen Leistungserbringung zu verletzen. Diese Regelung gilt auch für angestellte Ärzte

13 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

14 Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016)

15 HDI Versicherungs AG (2017)

16 Halbe (2017)

eines anderen Fachbereiches, auch wenn die Leistung vom Vertragsarzt nicht mit erbracht oder beaufsichtigt wurde.

Aus Gründen der Qualitätssicherung besteht für viele Leistungen ein Genehmigungsvorbehalt (z.B. radiologische Leistungen). Diese dürfen grundsätzlich durch angestellte Ärzte erbracht werden, wenn sie die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen. Der Vertragsarzt muss diese Voraussetzungen nicht unbedingt selbst erfüllen. Die Genehmigung muss jedoch vom Vertragsarzt beantragt werden und ist an seine Person gebunden, auch wenn die betreffende Leistung nur vom angestellten Arzt erbracht wird oder erbracht werden darf.

Auch die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte sind zur Fortbildung verpflichtet. Der Nachweis darüber muss vom Vertragsarzt erbracht werden. Wurde die Fortbildung nicht gesetzeskonform durchgeführt, so haftet dafür der Vertragsarzt – mit Honorarkürzungen oder mitunter sogar mit dem Verlust der Angestelltenstelle. Der Vertragsarzt kann den angestellten Arzt jedoch gegebenenfalls wegen des entstandenen finanziellen Schadens in Regress nehmen.

## 6. Anstellung fachfremder Ärzte

Wie bereits weiter vorne angeführt, können Vertragsärzte im offenen Planungsbereich unter gewissen Voraussetzungen auch Ärzte mit anderen Fächern und Psychotherapeuten anstellen.<sup>17</sup> Die Berufsordnung gestattet die Anstellung eines fachfremden Arztes dann, wenn regelmäßig eine Behandlung von Patienten nur von Ärzten verschiedener Fachrichtungen gemeinschaftlich durchgeführt werden kann.<sup>18</sup> Dies könnte etwa ein Orthopäde (Vertragsarzt) sein, der einen Radiologen zur radiologischen Diagnostik seiner Patienten anstellt. Aus vertragsärztlicher Sicht wäre es auch erlaubt, einen fachfremden Arzt einzustellen, der darüber hinausgehende Leistungen erbringt. Die Berufsordnung sieht dies jedoch, wie oben erläutert, (noch?) nicht vor.

Um ein Umgehen des beruflichen Verbotes der Zuweisung gegen Entgelt zu verhindern, war es vorerst nicht erlaubt, fachfremde Ärzte anzustellen, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden dürfen.<sup>19,20</sup> Im Umkehrschluss durften auch Vertragsärzte, die nur auf Überweisung konsultiert werden können, keine Ärzte anstellen. Diese Regelung ist jedoch mittlerweile außer Kraft getreten.<sup>21</sup>

Vertragsärztliche Leistungen des angestellten fachfremden Arztes werden dem Vertragsarzt zugerechnet, auch wenn diese nicht beaufsichtigt werden.<sup>22</sup> Privatärztliche Leistungen, die vom angestellten Arzt erbracht werden, können hingegen nur dann vom Praxisinhaber abgerechnet werden, wenn diese unter seiner Aufsicht und fachlichen Weisung erbracht wurden.<sup>23</sup>

17 Dies regelt §14a Abs. 2 BMV-Ärzte

18 § 19 Abs. 2 MBO-Ärzte

19 Das sind lt. § 13 Abs. 4 BMV-Ä: Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin.

20 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

21 Pinnow (2017)

22 § 15 Abs. 1 S. 3 und 4 BMV-Ärzte; Pinnow (2017)

23 § 4 Abs. 2 GOÄ; Pinnow (2017)

## 7. Umwandlung von Anstellung in Vertragsarztstelle

Seit 2012 ermöglicht das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Herauslösung von genehmigten Anstellungen aus einem Medizinischen Versorgungszentrum oder einer Praxis. Nach Antrag können diese dann also in eine Vertragsarztstelle umgewandelt werden. So können angestellte Ärzte später zu gleichberechtigten Partnern in der Praxis werden.<sup>24</sup> Voraussetzung ist, dass der zeitliche Umfang der Tätigkeit während der Anstellung einer halben oder vollen Zulassung als Vertragsarzt entsprochen hat. Genehmigte Anstellungsverhältnisse können dabei auch nur teilweise umgewandelt werden. Etwa kann eine Vollzeitstelle in eine halbe Vertragsarztstelle und eine Teilzeitanstellung modifiziert werden. Grund für die Schaffung dieser Möglichkeit war, dass man jungen Ärzten einen einfachen Einstieg in die niedergelassene Versorgung ohne finanzielles Risiko ermöglichen, jedoch die spätere Übernahme einer Vertragsarztstelle nicht erschweren wollte.<sup>25</sup>

---

24 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b)

25 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

## 8. Anstellung von Ärzten in Weiterbildung

Ärzte in Weiterbildung können einen Teil ihrer Ausbildung im ambulanten Bereich absolvieren. So erhalten sie Einblicke in die vertragsärztliche Tätigkeit und entscheiden sich später selber eher für eine Niederlassung. Vertragsärzte, die Ärzte in Weiterbildung beschäftigen wollen, benötigen dafür eine Anerkennung ihrer Praxis als Weiterbildungsstätte und eine Weiterbildungsbefugnis, die beide von der zuständigen Landesärztekammer erteilt werden. Vor der Anstellung eines auszubildenden Arztes ist außerdem eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung notwendig. Diese Form der Anstellung ist befristet.<sup>26</sup> Weiterbildungsassistenten dürfen grundsätzlich nur unter Aufsicht und Anleitung durch den Vertragsarzt tätig werden, warum der Vertragsarzt auch stets persönlich anwesend sein muss, um die Tätigkeit des Auszubildenden zu überwachen. Zwischen Auszubildender und Auszubildenden muss stets ein 1-zu-1-Verhältnis gewahrt bleiben. Das heißt, durch einen Vertragsarzt dürfen zeitgleich maximal ein Vollzeit-Assistent oder zwei Teilzeit-Assistenten<sup>27</sup> ausgebildet werden. Der Weiterbildungsassistent dient jedoch keinesfalls zur Vergrößerung der Praxis.<sup>28</sup>

Die Anstellung bei Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wird finanziell mit 4.800,- Euro monatlich gefördert, die der Vertragsarzt ausbezahlt bekommt. Zudem sind in unterversorgten Gebieten auch weitere Förderungen möglich.<sup>29</sup> Die Weiterbildungsassistenz in Deutschland ist also das analoge Modell zur österreichischen Lehrpraxis, mit dem Unterschied, dass es sie auch für andere Fächer als die Allgemeinmedizin gibt. Besonders für Mangelfächer (z.B. Kinderärzte) erscheint dies auch sehr sinnvoll, um mehr Mediziner für die Niederlassungen zu gewinnen.

---

26 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018)

27 z.B. einer vormittags, einer nachmittags – niemals aber zur selben Zeit

28 Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2017)

29 Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2018)

## 9. Versorgungslandschaft

In Deutschland zeichnete sich in den letzten Jahren ein klarer Trend zur Anstellung ab. Zwischen 2008 und 2017 hat sich in Deutschland die Zahl der in der freien Praxis angestellten Hausärzte mehr als vervierfacht und auch in MVZs noch einmal fast verdoppelt. Dennoch machen unter den Hausärzten Vertragsärzte noch einen Anteil von 82,8 % aus, angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis 12,4 % und angestellte Ärzte in MVZs nur 4,5 %.<sup>30</sup>

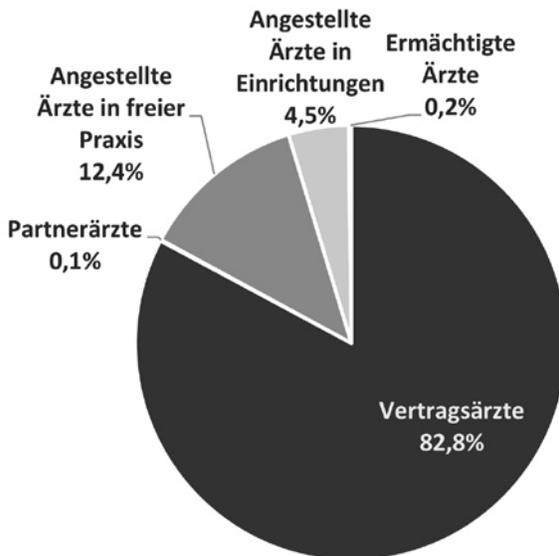


Abbildung 1: Vertragsärztliche Versorgung durch Hausärzte, Tätigkeitsformen 2017 (Kopfzahlen)

Die Organisationsform der Einzelpraxis ist im Rückgang begriffen. 2016 arbeiteten 3,3 % weniger Hausärzte in Einzelpraxen als noch 2010. Hingegen nahmen die in Berufsausübungsgemeinschaften tätigen Hausärzte leicht (+2,7 %), und die in Medizinischen Versorgungszentren stark (69,8 %) zu. 2016 waren 56,6 % der Hausärzte in Einzelordinationen tätig, 39,1 % in Berufsausübungsgemeinschaften und 4,3 % in Medizinischen Versorgungszentren.<sup>31</sup> Der Löwenanteil arbeitet also immer noch in der klassischen Einzelpraxis, der Zustrom in Kooperationsformen ist aber enorm.

<sup>30</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b)

<sup>31</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b)



Abbildung 2: Vertragsärztliche Versorgung, Hausärzte, Organisationsformen 2016 (Kopffzahlen)

Und auch die Teilzeitbeschäftigung wird immer beliebter. 2009 lag der Anteil der in Vollzeit tätigen Hausärzte bei 94,5 %, 2017 nur noch bei 81,3 %. Der Anteil der teilzeitbeschäftigten Hausärzte ist in dieser Zeit also analog dazu von 5,5 % auf 18,7 % gestiegen. Trotz einer Zunahme der Ärztezahlen zwischen 2009 und 2015 um 10 % hat sich die eigentliche Versorgungskapazität um lediglich 2,8 % erhöht. Bei Hausärzten ist sie sogar um 2,2 % gesunken. Um eine gleich hohe Versorgungsintensität wie 2009 zu halten, wäre in diesem Zeitraum jedoch eine Zunahme der hausärztlichen Leistungen um 3,75 % nötig gewesen (demografischer Wandel, Bevölkerungswachstum). Der Grund für diese Entwicklung sind die geringeren durchschnittlichen Arbeitszeiten pro Arzt. So ergibt eine Erhebung des ZI<sup>32</sup> bei Vertragsärzten eine durchschnittliche Arbeitszeit von 51 Stunden, während angestellte Ärzte in Praxen durchschnittlich 22 Wochenstunden arbeiteten. Natürlich bringt das für den einzelnen Mediziner mehr Freiheit und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, auf den ersten Blick scheint es jedoch die ambulante Versorgung zu untergraben. Insgesamt stellt sich jedoch die Frage, ob diese für durchschnittlich 22 Wochenstunden angestellten Ärzte überhaupt im ambulanten Bereich tätig wären, wenn es die Möglichkeit zu einer Anstellung nicht gäbe. Die Situation in der niedergelassenen Versorgung könnte also anderenfalls noch besorgniserregender aussehen.

32 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017)

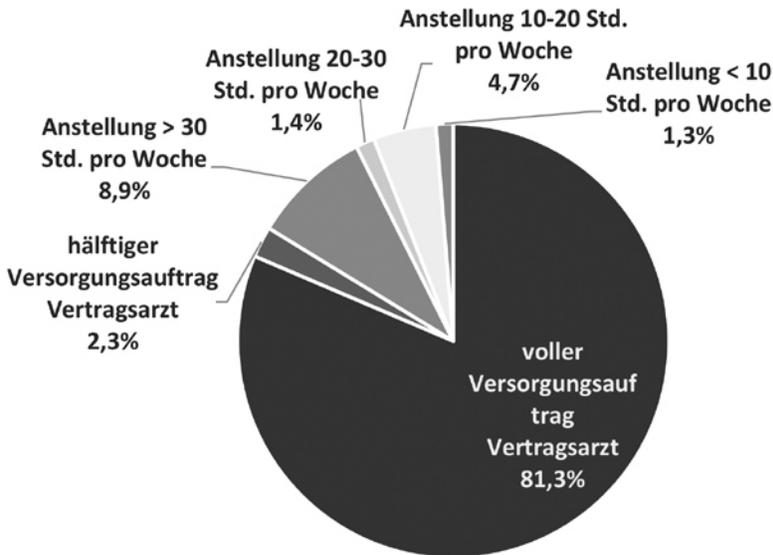


Abbildung 3: Vertragsärztliche Versorgung, Hausärzte, Versorgungsumfang 2016 (Kopfzahlen)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt jedenfalls zusätzliche Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Versorgung vor. Dazu gehören ein finanzieller Zuschuss bei Niederlassung, ein finanzieller Zuschuss für die Einrichtung einer Zweigpraxis, eine Praxisbauförderung und ein finanzieller Zuschuss für die Fortführung einer Praxis über das 63. Lebensjahr hinaus. Jedoch muss generell das Einkommen eines niedergelassenen Vertragsarztes mit dem Einkommen in anderen Bereichen konkurrenzfähig sein, um genügend Ärzte für die vertragsärztliche Versorgung zu gewinnen. So liegt etwa das Gehalt eines Oberarztes im Spital über dem eines durchschnittlichen Praxisinhabers (aus GKV-Tätigkeit) – obwohl dieser ein unternehmerisches Risiko trägt.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016b)

# Literaturverzeichnis

- Ärzttekammer für Steiermark (2017): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 – Der Plan der Vieles schlechter macht. AERZTE Steiermark 06/2017.
- Halbe, Bernd (2017): Haftungsrisiken: Der angestellte Arzt in der Praxis. Deutsches Ärzteblatt 114(11). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/187007/Haftungsrisiken-Der-angestellte-Arzt-in-der-Praxis>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015): Arbeiten im Team. Praxis Wissen. [http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Arbeiten\\_im\\_Team.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Arbeiten_im_Team.pdf)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Statistische Information aus dem Bundesarztregister. Stand 31.12.2016. [http://www.kbv.de/media/sp/2016\\_12\\_31\\_BAR\\_Statistik.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_31_BAR_Statistik.pdf)
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016): Allgemeine Informationen zum Thema Anstellung eines Arztes. Stand: 12. Februar 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016b): Vertragsärztliche Versorgung in Bayern und in Deutschland zukunftssicher machen. November 2016.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2017): Allgemeine Informationen zum Thema Weiterbildungsassistent. Stand 29.08.2017. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Praxisfuehrung/Zulassung/KVB-Merkblatt-Weiterbildungsassistent.pdf>
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014): Ärzte beschäftigen Ärzte. S. 4-8. Nordlicht Aktuell Nr. 3 2014.
- Pinnow, Christian (2017): Der (fachfremde) angestellte Arzt. Deutscher Anwaltverein, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht. 17. Herbsttagung vom 13. – 14. Oktober 2017 in Berlin. <http://arge-medizinrecht.de/wp-content/uploads/2017/10/10-pinnow-17-herbsttagung-01.pdf>
- Riedler, Katharina (2014): Befragung: Der niedergelassene (Land) Arzt – vom Aussterben bedroht? IN Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (2014): Aktuelle Herausforderungen der Landmedizin. Zeitschrift für Gesundheitspolitik 01/2014.
- Signium International (2013): Generation Y - Das Selbstverständnis der Manager von morgen. Zukunftsinstitut GmbH. Düsseldorf.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017): Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht 2015. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2011 bis 2014. 6. Jahrgang. Berlin. Juli 2017.

## Internetquellen

- Anwalt.de (2009): [https://www.anwalt.de/rechtstipps/teil-angestellte-aerzte\\_073823.html](https://www.anwalt.de/rechtstipps/teil-angestellte-aerzte_073823.html)  
Download am 21.02.2018
- Bundesmantelvertrag (2018): [http://www.kbv.de/media/sp/BMV\\_Aerzte.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf) Download am 21.02.2018

HDI Versicherungs AG (2017): Die Haftung angestellter Ärztinnen und Ärzte [https://www.hdi.de/downloads/de/freiberufler/kampagnen/medletter/april2017/medletter\\_april2017\\_haftung.pdf](https://www.hdi.de/downloads/de/freiberufler/kampagnen/medletter/april2017/medletter_april2017_haftung.pdf) Download am 21.03.2018

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): <http://www.kbv.de/html/14353.php> Download am 21.02.2018

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b): <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16399.php> Download am 21.03.2018

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2018): <https://www.kvb.de/nachwuchs/weiterbildung/foerderung-allgemeinmedizinische-weiterbildung/> Download am 28.03.2018

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2018): <http://www.kvmv.info/aerzte/27/30/index.html> Download am 21.02.2018

Kurier (2013): <https://kurier.at/wirtschaft/karriere/wertewandel-das-erfuellte-leben-zaehlt/2.956.376> Download am 14.02.2018





# Die Welt ist nicht vorhersagbar.

Vertrauen Sie auf ein weltweit erfahrenes Investment-Team.

Die Finanzmärkte werden zunehmend komplexer. Wir sind davon überzeugt, dass Anlageentscheidungen von der Bewertung eines erfahrenen globalen Teams profitieren. Dabei haben wir nicht nur die Welt im Blick, sondern beachten Ihre individuellen Anlagebedürfnisse. So profitieren Sie von einem ebenso strukturierten wie erprobten Investment-Prozess. [wm.austria@db.com](mailto:wm.austria@db.com)



# **Auf den StandPunkt gebracht**

*Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus verschiedenen Interessensgruppen zum Schwerpunktthema Selbstbehalte.*

*Dieses Mal mit Beiträgen von Dr. Artur Wechselberger (Ärztchammer für Tirol), Mag. Bernhard Wurzer (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungs-träger) und Mag. Gerald Loacker (NEOS).*

**Dr. Artur Wechselberger**

Präsident der Ärztekammer für Tirol

***„Ärztinnen und Ärzte in der Praxis sollen aus einer Fülle von Möglichkeiten der Zusammenarbeit wählen können. Die Anstellung eines Kollegen oder einer Kollegin stellt dabei nur eine der Optionen dar und ist sicherlich eine gute Sache, um mehr Ärztinnen und Ärzte für die niedergelassene Versorgung im kassenärztlichen Bereich gewinnen zu können.“***

Die Möglichkeit der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten – auch in einem Anstellungsverhältnis zu den Praxisinhabern – ist natürlich wichtig. Österreich hat hier eine Entwicklung verschlafen, da besonders die Krankenkassen, um das kassenärztliche Angebot möglichst im Rahmen eines knappen Stellenplans zu halten, die Meinung vertraten, dass ein Vertragsinhaber seine Vertragspflichten persönlich zu erfüllen habe. Ein Standpunkt, den selbst die Rechtsexperten der Universität Salzburg in ihrer Arbeit zur LSE-Studie nur als „Meinung“ qualifizieren und auf die Möglichkeiten der Ausnahmen von der grundsätzlich persönlichen Behandlungspflicht des Vertragsarztes verweisen.<sup>1</sup>

### **Anstellung bereits möglich**

Ich möchte dezidiert festhalten, dass es die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten in der Ordination schon gibt. Nicht nur als Lehrpraktikanten. Mit Ausnahme des Anstellungsverbotes in Gruppenpraxen gibt es kein ärztegesetzliches Verbot. Selbst die bisweilen ins Spiel gebrachte verfassungsrechtliche Kompetenzfrage in der Abgrenzung von Arztpraxen und Krankenanstalten ist schwach unterlegt. Nur weil in einer Arztpraxis ein Arzt oder eine Ärztin angestellt ist, wird daraus noch keine Krankenanstalt. Auch die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung, ob ein Dienstverhältnis vorliegt oder nicht, wird je nach Einzelfall bisweilen auch eine Situation zeigen, bei der ein Dienstver-

1 Studie „Bessere Leistungen für die Menschen“: Rechtliche Fragestellungen, 2017, Seite 134

hältnis unterstellt werden muss. Das gilt auch für Kassenpraxen. Unabhängig vom Grund der Zusammenarbeit, wie Vertretungen im Urlaub oder bei Krankheit, gibt es auch noch andere Gründe, die einen Vertragsarzt hindern können, seiner vertraglich geschuldeten Versorgungspflicht nachzukommen.

### **Vor- und Nachteile**

Man muss sich immer den Einzelfall ansehen, ob eine Anstellung mehr Vorteile oder Nachteile gegenüber einer anderen vertraglichen Vereinbarung bringt. Dabei geht es um die Interessen beider, der Praxisinhaber wie auch der in ihrem Auftrag freiberuflich tätigen Ärzte – bzw. der in der Praxis angestellten Ärztinnen und Ärzte. Für letztere gelten auch in der Praxis alle Schutzbestimmungen, die es für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gibt. Und diese werden von vielen Ärztinnen und Ärzten auch sehr geschätzt. Es ist nicht jedermanns Sache, auch ohne eigene Praxisführung die Auflagen eines Unternehmers tragen zu müssen. Zuletzt sollten auch nicht die Folgen einer sozialversicherungsrechtlichen Betriebsprüfung vergessen werden. Wird nämlich im Rahmen einer solchen Prüfung ein Dienstverhältnis unterstellt, dann kann es auch noch nachträglich ganz schön teuer werden.

### **Bessere Versorgung**

Die Politik fordert eine Ausdehnung der Öffnungszeiten in Arztpraxen und eine Kontinuität in der ambulanten Versorgung in den Vertragsarztpraxen. Dieser Forderung kann nur entsprochen werden, wenn auch vermehrt Ärztinnen und Ärzte angestellt werden. Flexible Anstellungsverhältnisse ermöglichen es besonders auch Ärztinnen außerhalb von Krankenhäusern zu arbeiten, ohne das Risiko einer Praxisgründung und selbständigen Praxisführung auf sich nehmen zu müssen. Wenn das nicht gefördert wird, fehlen diese Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung. Eine Situation, die die prekäre Versorgungslage zunehmend verschärfen würde.

Weitere Positiva sind die Reduktion von Wartezeiten, mehr Zeit für das ärztliche Gespräch, Verbreiterung des Leistungsangebotes und die zu erwartende Abnahme des Zustroms in die Krankenhausambulanzen. Und noch einen Aspekt zur Versorgungsqualität sollte man nicht außer Acht lassen: Neben der Möglichkeit der gemeinsamen Besprechung zu Diagnose und Therapie von Patienten, bei denen eine zweite Meinung nötig ist, ermöglichen ärztliche Zusammenarbeitsformen auch mehr Zeit für die Fortbildung zu „christlichen

Zeiten“, anstatt immer nur abends oder am Wochenende. Auch die Möglichkeit, sich die Bereitschaftsdienste zu teilen und ausgeruht am Montag in den Praxisalltag zu starten, ist nicht nur Teil der ärztlichen Lebensqualität, sondern auch der Behandlungsqualität.

### **Risiken bekannt**

Eigentlich bringt eine Anstellung von Ärztinnen und Ärzten in einer Arztpraxis keine Risiken, die man nicht schon aus den Krankenhäusern kennt. Die Kommunikation im Team, die zeitliche Abstimmung und die gemeinsame Patientenführung kennen die Ärztinnen und Ärzte schon aus ihrer Zeit im Krankenhaus. Zudem versprechen Dienstverhältnisse in der Regel eine engere und langfristige Zusammenarbeit als Verträge mit möglicherweise häufiger wechselnden Partnern. Die Frage der Wirtschaftlichkeit von Anstellungsverhältnissen wird sich dann lösen, wenn dem Mehr an Leistungen, das in den Praxen erbracht wird, auch ein adäquates Mehr an Honorar gegenübersteht. Die Anstellung soll auch nicht die einzige Form der ärztlichen Zusammenarbeit in Praxen werden. Die Ärzte sollten aus einer Fülle von Möglichkeiten wählen dürfen. Diese Entscheidungsfreiheit ist wesentlich, um Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Patientenversorgung in Kassenpraxen zu gewinnen.

### Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen

Für die Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen in einer Einzelpraxis bräuchte es einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel. Schließlich gehen wir derzeit davon aus, dass in einer Einzelpraxis ein Fachgebiet ausgeübt wird und die Zusammenarbeit mehrerer Ärztinnen und Ärzte, unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis, dasselbe Fachgebiet betrifft. Die Ausübung verschiedener Fachgebiete unter einem „Praxisdach“ ist derzeit den Gruppenpraxen vorbehalten. Eine Möglichkeit, die noch zu wenig oft genutzt wird. Hier ist noch genügend „Luft nach oben“, besonders dann, wenn das Anstellungsverbot aufgehoben würde. Dies erschiene mir sinnvoller, als die Situation für Einzelpraxen unnötig zu verkomplizieren.

**Mag. Bernhard Wurzer**

Generaldirektor-Stellvertreter,  
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

***„Die Sozialversicherung steht neuen Arbeitsformen, die zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen, grundsätzlich positiv gegenüber. Die Entscheidung darüber muss letztendlich aber von der Politik getroffen werden.“***

Im Rahmen des Primärversorgungsgesetzes hat sich die Sozialversicherung für eine Anstellungsmöglichkeit von Ärzten in Ordinationen in einem beschränkten Ausmaß ausgesprochen. Da die Thematik allerdings verfassungsrechtliche Grenzen berührt, wurde es im PHC-Gesetz nicht umgesetzt.

### **Neue Bedürfnisse**

Natürlich wissen wir aus unseren Untersuchungen, dass junge Ärztinnen und Ärzte lieber im Team arbeiten und fixe Arbeitszeiten bevorzugen. Die Möglichkeit der Anstellung bei selbständigen Ärzten könnte den Erwartungen der jungen Ärztegeneration daher Rechnung tragen. Inwieweit dies aber positive Auswirkungen auf die Nachbesetzung von Landarztstellen haben würde, lässt sich aus meiner Sicht im Vorhinein nicht genau sagen. Vielleicht sollte man auch über Pilote nachdenken? Möglich wäre auch ein Pool (Springer-Lösungen), wo Ärzte in Ordinationen zu Spitzenzeiten aushelfen.

### **Rechtliche Fragen**

Bei einer generellen, unbegrenzten Ermöglichung der Anstellung von Ärzten bei Ärzten entstehen viele rechtliche Fragen, die vor der Einführung dieser Option geklärt werden müssen. Ein Aspekt dabei ist etwa eine detaillierte Abgrenzung zwischen Ordinationen mit angestellten Ärzten und Ambulatorien, denn Letztere unterliegen dem Krankenanstaltenrecht. Darüber hinaus muss die derzeitige Pflicht des Arztes zur höchstpersönlichen Leistungserbringung beachtet werden, bei der für Ordinationen mit angestellten Medizinern sicherlich eine Anpassung erforderlich werden würde. Aus Sicht der Sozial-

versicherung muss außerdem die Frage beantwortet werden können, wie sich die Möglichkeit der Anstellung auf die Stellenpläne auswirkt. Zu diesem Thema müssten im Sinne einer tragfähigen Gesundheitsversorgungsplanung effektive Regelungen gefunden werden. Ein weiterer essentieller Punkt in dieser Fragestellung sind die Interessen der Patientinnen und Patienten, für die unbedingt sicherzustellen ist, dass auch in Zukunft die Möglichkeit zur freien Arztwahl bestehen bleibt.

Grundsätzlich steht die Sozialversicherung neuen Arbeitsformen, die zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten beitragen, jedoch positiv gegenüber. Die endgültigen Diskussionen dazu müssen jedoch in der Politik geführt werden.

**Mag. Gerald Locker**

Stv. Klubobmann und Gesundheitssprecher, NEOS

***„Neue Versorgungsmodelle müssen gefördert werden, um den beruflichen Vorstellungen der jungen Ärztegeneration gerecht zu werden und damit die Primärversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.“***

NEOS fordern die Anstellungsmöglichkeit von Ärzten durch Ärzte bereits seit der letzten Legislaturperiode. Mein entsprechender Antrag dazu wurde jedoch im Gesundheitsausschuss leider permanent vertagt. Unser Ziel ist es, dass Österreich auf diesem Weg nach dem Vorbild anderer Länder den freien Arztberuf weiterentwickelt.

### **Moderne Arbeitsbedingungen für Ärzte**

Die Vorteile für Ärzte liegen auf der Hand: Der Arztberuf kann flexibler gestaltet werden. Variable Teilzeitmodelle erleichtern beispielsweise den beruflichen Wiedereinstieg nach der Karenz und erleichtern die Vereinbarkeit von

Familie und Beruf. Oft sind auch junge Ärzte finanziell gar nicht in der Lage oder dazu bereit, die Risiken einer eigenen Ordination zu tragen. Kassenverträge und ein unübersichtlicher Tarif-Dschungel machen das Kassenarztwesen zusätzlich unattraktiv. Mit modernen und flexiblen Gestaltungsmöglichkeiten wird der Arztberuf für die heutige Arbeitswelt attraktiver.

### **Bessere medizinische Versorgung**

Im niedergelassenen Bereich droht eine Unterversorgung der Patienten mit Kassenärzten. Lange Wartezeiten oder eine nicht ausreichende Behandlungsqualität aufgrund von Zeitmangel des Arztes sind die Folge. Eine Einschränkung der freien Berufsausübung, wie das Anstellungsverbot, schafft keine Anreize, eine Kassenplanstelle anzunehmen. Attraktivere Bedingungen werden vor allem außerhalb der Ballungszentren mehr Interesse an einer Ordination wecken, die Zahl der Ärzte erhöhen und so eine bessere medizinische Versorgung von Patienten bewirken.

### **Rechtssicherheit**

Bei der Anstellung von Ärzten durch Ärzte sehen wir daher in erster Linie positive Aspekte, aber auch, weil sich viele Ärzte diese Modelle wünschen. Diese bestehende Lücke muss gefüllt werden. Es gilt selbstverständlich, dass die Rechtssicherheit bei der Behandlung von Patienten durch angestellte Ärzte gewährleistet sein muss. Zudem dürfen etwaige innovative Ordinationen nicht zum Spielball zwischen Kammern werden.

Dass wir zunehmend Probleme haben, niedergelassene Vertragsärzte zu finden, ist seit längerem bekannt. Erforderlich sind daher Maßnahmen, die den Vertragsarztbereich attraktiveren. Dazu gehören neben Verbesserungen bei der Ausbildung oder adäquaten Honoraren auch neue Versorgungsmodelle. Diese neuen Versorgungsmodelle, seien es Primärversorgungseinheiten oder Ordinationen mit Anstellungen, werden speziell von vielen Jungärzten gefordert und müssen entsprechend gefördert werden.



# ***News aus den Gesundheits- systemen***

***Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter [www.lig-gesundheit.at](http://www.lig-gesundheit.at) finden.***

## ***INHALT***

**Großbritannien:** Schnellere Diagnose bei Krebsverdacht

**Österreich:** Stipendien gegen Ärztemangel

**EU:** Europäische Sozialversicherungsnummer angekündigt

**Deutschland:** Gesetzlich bedingter Preisverfall bei Vertragsärzten

**Niederlande:** Rauchverbot in der Gastronomie kommt

**Schweiz:** Periodische Arzneimittel-Überprüfung soll Einsparungen bringen

**Deutschland:** Schlechte Diabetes-Versorgung ist teuer

**Bericht:** Euro Health Consumer Index 2017

## ***LIG-Newsletter***

***Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.***

***Newsletter-Abo unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)***

**GROßBRITANNIEN****Schnellere Diagnose bei Krebsverdacht**

Eine rasche Diagnosestellung und ein zügiger Start der Behandlung beeinflussen die Überlebensrate bei einer Krebserkrankung stark mit. Gerade bei unklaren Symptomen werden Patienten häufig von Spezialist zu Spezialist geschickt. Um hier für den Patienten wertvolle Zeit zu sparen, werden jetzt spezielle Zentren geschaffen.

**Lange Wege zur Diagnose**

Bei unklaren Symptomen, wie etwa Scherzen im Abdomen, kommen zahlreiche Ursachen in Frage. Um die Diagnose zu stellen, werden Patienten oft von einer Untersuchung zur nächsten überwiesen. Bis es dann zur Diagnose kommt oder die endgültige Entwarnung kommt, dauert es oft sehr lange. Dabei wäre es bei Krebs äußerst wichtig, die Therapie möglichst früh zu starten. Und auch bei einer Entwarnung leidet der Patienten unnötig lange unter Ängsten.

Um die Zeit bis zu einer Diagnose entscheidend zu verkürzen und damit Leben zu retten, sollen in Großbritannien nun Zentren installiert werden, die alle Spezialisten unter einem Dach vereinen. Das Ziel ist, dass Patienten mit Verdacht auf Krebs in längstens 28 Tagen eine Diagnose – oder eben die Entwarnung – bekommen.

**Erste Pilotzentren**

Zunächst soll es zehn solcher Pilotzentren geben. Haben sie Erfolg, so sollen weitere eröffnet werden. Der NHS hat die Zentren in Zusammenarbeit mit den Krebshilfen Macmillan und Cancer Research UK geschaffen. Sara Hiom, Direktorin von Early Diagnoses bei CRUK, ist davon überzeugt, dass diese zehn Zentren ein besseres Verständnis für die Diagnose und Behandlung von Patienten mit unklaren Symptomen schaffen werden. Dadurch würde sich sowohl die Wahrnehmung der Versorgung verbessern als auch die Überlebensrate steigern lassen.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien [www.lig-gesundheit.at/grossbritannien](http://www.lig-gesundheit.at/grossbritannien)

## ÖSTERREICH

### Stipendien gegen Ärztemangel

Andere Länder, zum Beispiel Deutschland, haben es bereits vorgemacht: Während der Ausbildungszeit werden Jungärzte finanziell unterstützt. Diese verpflichten sich im Gegenzug dazu, später als Hausarzt in einer bestimmten Region tätig zu werden. Nun wird diese Methode auch im Burgenland aufgegriffen.

#### Ärztemangel

Dort wird es nämlich schon bald an niedergelassenen Allgemeinmedizinern fehlen, denn in den nächsten Jahren gehen 60 Prozent der Hausärzte in Pension, so Berechnungen der burgenländischen Gebietskrankenkasse. Der burgenländische Gesundheitslandesrat Norbert Darabos erklärt, dass für eine Sicherstellung der landärztlichen Versorgung jedes Jahr zehn neue Mediziner gewonnen werden müssen. Dazu hat man nun Maßnahmen ergriffen.

#### Stipendien

Am Dienstag, 21. März, hat die Burgenländische Landesregierung beschlossen, Medizinstudenten ab dem dritten Studienjahr mit 300 Euro im Monat unter die Arme zu greifen. Die Förderung wird für maximal 48 Monate ausbezahlt und bedarf eines Abschlusses in Mindeststudienzeit plus ein Toleranzsemester. Wer diese Vorgabe nicht schafft, muss das Stipendium zurückzahlen. Die Studenten verpflichten sich umgekehrt dazu, innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss ihrer Ausbildung eine Kassenstelle als Hausarzt im Burgenland zu übernehmen und mindestens fünf Jahre tätig zu sein.

Turnusärzte sollen eine ähnliche Förderung erhalten, wenn sie eine Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolvieren und sich danach für fünf Jahre als Kassenarzt im Burgenland betätigen. Die Höhe für Turnusärzte soll 500 Euro für maximal 48 Monate betragen.

#### Weitere Maßnahme

Außerdem plant die burgenländische Landesregierung eine weitere Maßnahme zur Sicherung der Versorgung in ländlichen Gegenden. So sollen für Praxisbauten in weniger dicht besiedelten Regionen 50.000 Euro zur Verfügung gestellt werden. Ein Gesamtbudget von 1,5 Millionen Euro steht dafür bereit.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich [www.lig-gesundheit.at/oesterreich](http://www.lig-gesundheit.at/oesterreich)

**EUROPA****Europäische Sozialversicherungsnummer angekündigt**

Im Arbeitsprogramm 2018 wurde von der Europäischen Kommission überraschend die Einführung einer europäischen Sozialversicherungsnummer angekündigt. Die grenzüberschreitende Kennung brächte aber nicht nur Vorteile mit sich, sondern auch viele Herausforderungen.

**Ziele und mögliche Umsetzung**

Ziel der European Social Security Number (ESSN) wäre eine europaweite, eindeutige Identifikation von Personen, um die grenzüberschreitende soziale Sicherung zu gewährleisten – etwas die Feststellung von Krankenversicherungsansprüchen. Außerdem würde der Informationsaustausch zwischen Versicherten und Trägern bzw. Trägern und Behörden erleichtert. Die Kommission hat bisher allerdings lediglich vier Szenarien vorgelegt, die mögliche Konzepte für die Umsetzung darstellen und auch miteinander kombiniert werden können:

- Baseline-Szenario: keine Maßnahme, bisherige Probleme bleiben bestehen
- Soft-Law-Variante: Einführung auf freiwilliger Basis durch einzelne Mitgliedsstaaten
- Einführung einer Länderkennung, die der bestehenden nationalen Sozialversicherungsnummer z.B. als Präfix vorangestellt wird
- Einführung einer eigenen europäischen Identifikationsnummer

**Reaktionen**

Österreich reagiert skeptisch auf diesen Vorstoß der Kommission, denn auch wenn man grundsätzlich die Ziele der Maßnahme für erstrebenswert hält, so scheint doch eine einheitliche Versicherungsnummer nur ein Teil zu deren Erreichung zu sein. Die eindeutige Identifikation einer Person ließe sich nur durch einen europäischen Anspruchsnachweis mit aktuellen Foto oder durch zusätzliche Dokumente, wie Reisepass oder Personalausweis, durchführen.

Die Prüfung des aktuellen Versicherungsstatus, etwa bei einer Krankenbehandlung, könnte über eine zentrale europäische Datenbank erfolgen, müsste dann jedoch auch von den Leistungserbringern (z.B. Arztpraxen) durchgeführt werden können. Das würde erhebliche technische und datenschutzrechtliche

Herausforderungen mit sich bringen. Daher wäre eine Realisierung über bereits vorhandene bzw. im Aufbau befindliche Strukturen zum europaweiten elektronischen Datenaustausch die bessere Wahl (European Exchange of Social Security Information – EESSI). Dies würde auch Kosten und Zeit sparen.

### **Letztstand**

Letzten Informationen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zufolge plant die Europäische Kommission aufgrund vieler Bedenken durch Mitgliedsstaaten keinen Ersatz der nationalen Sozialversicherungsnummern, will aber für grenzüberschreitende Fälle eine eindeutige und lebenslange Kennung einführen. Die Abfrage des Versicherungsstatus soll vorerst auf eine „Ja-oder-Nein-Antwort“ beschränkt sein. Eine Vernetzung der nationalen Datenbanken wäre hierfür in jedem Fall erforderlich. Konkrete Pläne liegen jedoch noch nicht vor.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

**DEUTSCHLAND****Gesetzlich bedingter Preisverfall bei Vertragsärzten**

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland ZI zeigt enorme Unterschiede bei der Anpassung der Preiskomponente im Krankenhaus und den Vertragsärzten im Zeitraum zwischen 2013 und 2018 auf. Schuld sind laut ZI differierende Regelungen bei der jährlichen Anpassung.

Zwischen 2013 und 2018 wurde die Preiskomponente im Krankenhaus um 15,8 % erhöht, bei den Vertragsärzten hingegen nur um 7,3 %. Jährlich lagen die Differenzen der Anpassungen zwischen 1,1 und 1,8 %. In diesen sechs Jahren wurde den Vertragsärzten also lediglich eine halb so hohe Preiserhöhung zugestanden wie den Spitälern.

Die Begründung liegt in der gesetzlichen Regelung, nach der sich der Anstieg des Basisfallwertes in den Spitälern grundsätzlich nach den Kostensteigerungen richtet. Steigen aber die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter der Versicherten stärker, so wird dieser höhere Wert an die Spitäler weitergegeben (Meistbegünstigtenklausel). Mit dieser Vorgangsweise sollen insbesondere die Personalkosten in den Krankenhäusern abgedeckt werden, die einen Kostenanteil in der Höhe von 66 % ausmachen. Der Basisfallwert in den Spitälern stieg sogar stärker als die allgemeine Lohnentwicklung.

Bei den niedergelassenen Vertragsärzten wird jährlich der Punktwert neu verhandelt. Natürlich orientieren sich diese Verhandlungen ebenfalls an den Kostensteigerungen, es besteht jedoch die Möglichkeit von Abschlägen aufgrund von Wirtschaftlichkeitsreserven. Hingegen gibt es im vertragsärztlichen Bereich keine Regelung, die in wirtschaftlich guten Zeiten Erträge der Krankenkassen an die Vertragsärzte weitergibt. Ergebnis ist, dass die Entwicklung des Orientierungswerts um ein Drittel hinter der Personalkostenentwicklung zurückblieb, obwohl die Personalkosten in den Vertragsarztpraxen sogar einen höheren Anteil von 75 % ausmachen.

Der Geschäftsführer des ZI, Dr. Dominik von Stillfried, hält diese Entwicklung für eine einseitige und nicht nachvollziehbare Benachteiligung von Vertragsärzten. „Wer die Niederlassung fördern will, der muss hier ansetzen“, so Stillfried.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland [www.lig-gesundheit.at/deutschland](http://www.lig-gesundheit.at/deutschland)

## NIEDERLANDE

### Rauchverbot in der Gastronomie kommt

In den Niederlanden wurde 2008 ein Rauchverbot eingeführt. Damals kam es in Cafés und Bars zur Einrichtung von Raucherbereichen. Damit soll jetzt nach einem Gerichtsurteil Schluss sein.

#### **Gerichtsurteil**

Das Berufungsgericht urteilte nach einer Beschwerde durch „Clean Air Nederland“ (CAN), dass das absolute Rauchverbot in geschlossenen öffentlichen Räumen auch für Raucherbereiche in Cafés und Bars gültig ist. Die Organisation CAN argumentierte, dass die Akzeptanz in der Gastronomie eine Vereinbarung mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) brechen würde, in der sich die Niederlande dazu verpflichten, Schritte zu unternehmen, um ihre Bürger in öffentlichen Räumen vor Tabakrauch zu schützen.

#### **Begründung**

Das Gericht befand nun, dass sich Nichtraucher sozialem Druck ausgesetzt fühlen könnten und sich in Folge dessen zu den Rauchern in die Raucherzone begeben. Andererseits sei natürlich das Personal, das den Raucherraum reinigt, dem Tabakrauch ausgesetzt. Auch das sei gefährlich, weil es erwiesenermaßen kein nicht gesundheitsschädigendes Maß für Tabakkonsum gebe. Ein Teil der Klageschrift von CAN, nachdem auch Raucherräume in anderen öffentlichen Gebäuden verboten werden sollten, wurde vom Gericht mit dem Hinweis auf zu geringe Beweisführung abgewiesen.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in den Niederlanden: [www.lig-gesundheit.at/niederlande](http://www.lig-gesundheit.at/niederlande)

**SCHWEIZ****Periodische Arzneimittel-Überprüfung soll  
Einsparungen bringen**

Nach einer Änderung in der Verordnung wird das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die regelmäßige Überprüfung der Arzneimittel auf der Spezialitätenliste wieder aufnehmen. So sollen in den nächsten drei Jahren Einsparungen in der Höhe von 60 Millionen Franken möglich sein.

Die neue Verordnung sieht vor, jährlich ein Drittel der Arzneien auf der Spezialitätenliste\* zu prüfen – also werden innerhalb von drei Jahren alle Medikamente unter die Lupe genommen. Dabei soll nicht nur der Preis mittels Auslandsvergleich begutachtet, sondern auch die medizinische Wirksamkeit verschiedener Präparate gegeneinander abgewogen werden. Diese beiden Faktoren fließen je zur Hälfte in die Preisfestsetzung bei den Medikamenten mit ein.

**Maßnahmen bei Generika**

Darüber hinaus soll es auch bei Generika zu Preissenkungen kommen: Die neue Regelung sieht vor, dass der Preisabstand zwischen Generikum und Originalprodukt umso größer sein muss, desto höher der Umsatz des Originalpräparates ist. Diese Maßnahme soll die Attraktivität des Generikums steigern. Des Weiteren soll es nach einer dafür notwendigen Gesetzesänderung, die noch für 2018 geplant ist, die Möglichkeit geben, für einzelne Wirkstoffe Höchstpreise festzusetzen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden.

**Preisfestsetzung im Einzelfall**

Steht ein Medikament nicht auf der Spezialitätenliste, ist für eine bestimmte Krankheit nicht vorgesehen oder ist von der Swissmedic nicht zugelassen, kann im Einzelfall eine Bezahlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom behandelnden Arzt beantragt werden. Nämlich dann, wenn keine andere wirksame zugelassene Therapie zur Verfügung steht und die Krankheit tödlich oder mit schwerer chronischer Krankheit enden kann. Neu ist, dass die Entscheidung vom Versicherer nun innerhalb von zwei Wochen getroffen werden muss – ein Gewinn für die Patienten. Neu sind auch die Regelungen für die Preisfestsetzung für diese Einzelfälle, sie erfolgen im

Rahmen des Nationalen Konzepts Seltene Krankheiten unter der Leitung des BAGs.

\* Auf der Spezialitätenliste stehen Medikamente, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz: [www.lig-gesundheit.at/schweiz](http://www.lig-gesundheit.at/schweiz)

## DEUTSCHLAND

### Schlechte Diabetes-Versorgung ist teuer

Eine Untersuchung von Wissenschaftlern des Helmholtz Zentrums München soll verantwortlichen klinischen und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern die enormen Folgekosten einer suboptimalen Versorgung von Diabetikern aufzeigen. Präventions- und Behandlungsprogramme bekommen dadurch auch einen monetären Wert zugeschrieben und sollen so vorangetrieben werden.

#### Methode

Zur Berechnung der genauen Zahlen analysierten die Forscher Krankenkassen-Daten von 316.220 Patienten aus den Jahren 2012 bis 2015. Dabei fanden sowohl stationäre und ambulante Behandlungskosten als auch Kosten für Medikamente, Reha-Maßnahmen und medizinische Hilfsmittel Beachtung. Da sich Folgeerkrankungen von Diabetes und die Kosten dafür meist erst in einem Alter von 60 bis 69 Jahren bemerkbar machen, wurden die Kosten beispielhaft für einen Mann dieses Alters mit Typ-2-Diabetes berechnet.

#### Folgekosten

Katharina Kähm, die Erstautorin der Studie, informiert, dass die Versorgung eines Diabetikers ohne Folgeerkrankungen durchschnittlich 703 Euro pro Quartal kostet. Folgeerkrankungen belaufen sich hingegen auf ein Vielfaches davon. Berechnet wurden die Kosten für das Quartal, indem die Folgeerkrankung zum ersten Mal auftrat.

Retinopathie 700 Euro, Erblinden 3.000 Euro, Nephropathie 3.400 Euro, Nierenversagen mit Dialyse 23.000 Euro, diabetischer Fuß 1.300 Euro, Amputation 14.000 Euro, Angina pectoris 2.700 Euro, chronische Herzinsuffizienz 3.900 Euro, nicht tödlicher Herzinfarkt 8.000 Euro, Schlaganfall 9.800 Euro und tödliche ischämische Komplikation 20.000 Euro: Das ist die erschreckende Bilanz der Datenanalyse. Natürlich lagen die Kosten aber auch nach diesem erstmaligen Auftreten weiterhin erhöht.

### **Zukunftspläne**

Die Zahlen zeigen jedenfalls sehr deutlich die ökonomische Bedeutung einer möglichst effektiven Prävention von Typ-2-Diabetikern. In Zukunft wollen die Forscher auch untersuchen, welche monetären Effekte das gleichzeitige Auftreten mehrerer Folgeerkrankungen gleichzeitig hat, um so auch diesen Szenarien Eurobeträge zuweisen.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland [www.lig-gesundheit.at/deutschland](http://www.lig-gesundheit.at/deutschland)

**BERICHT****Euro Health Consumer Index 2017**

Auch dieses Jahr wurde Ende Jänner der EHCI herausgegeben. Österreich rutscht gegenüber dem Vorjahr um einen Platz nach hinten und belegt Rang 11. Unter den Top drei finden sich die Niederlande, die Schweiz und Dänemark. Und obwohl sich die Gesundheitsversorgung in Europa stets verbessert, gibt es noch viel zu tun.

Der Bericht, der seit 2005 jährlich vom Health Consumer Power House (HCP) publiziert wird, vergleicht 35 Länder in sechs Kategorien, die sich in 46 Einzelindikatoren gliedern. Ziel ist das Aufzeigen von Schwächen und Stärken und ein gegenseitiges voneinander Lernen. Eine stetige Verbesserung erkennen die Autoren bei der Kindersterblichkeit und den Überlebensraten von Herzinfarkten, Schlaganfällen und Krebs. Kritisiert wird hingegen in vielen Staaten das Festhalten an ineffizienten Methoden der Finanzierung und der Angebotsstrukturierung im Gesundheitswesen. Positive Beispiele könnten in diesem Bereich die Niederlande, die Schweiz, Finnland, die Slowakei, Montenegro und Mazedonien sein.

**Index herausfordernder**

Um der anhaltenden Verbesserung der europäischen Länder Rechnung zu tragen und den Index herausfordernd zu halten, wurden 2017 einige Indikatoren verschärft, also die Grenzwerte für die Punktevergabe verschoben. In etwa bei der 30-Tage-Sterblichkeit nach einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall, aber auch bei der Kindersterblichkeit wurden strengere Kriterien angelegt. In Folge dessen kann nun auch Österreich bei der Kindersterblichkeit nur noch einen durchschnittlichen statt einen guten Wert vorweisen.

**Österreich**

Österreich erreicht in diesem Bewertungsmodell 816 Punkt und damit Platz 11. Die größten Schwächen weist unser Land wenig überraschend in der Prävention auf: Tabak- und Alkoholkonsum. Und auch die bestehende Situation in der Handhabung von Abtreibungen wird kritisiert. Zwar ist sie nicht verboten, wird jedoch nicht im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung angeboten und ist damit privat zu bezahlen. Als weiterer Punkt wurde die Versorgung mit Arthritis-Medikamenten als mangelhaft beurteilt.

### **Ranking unter Einbezug der Kosten**

Das HCP macht auch den Versuch, die Performance der Gesundheitssysteme den Kosten gegenüberzustellen und basierend darauf eine neue Rangliste zu erstellen. Hier attestiert man vor allem den Niederlanden, Island und Finnland viel Qualität für wenig Geld. In den Niederlanden wird der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen, deren klare Abtrennung von den Leistungsanbietern und die hohe operative Entscheidungsverantwortung durch Mediziner, in Kombination mit der Beratung durch Patientenorganisationen, als Ursache dafür angegeben. Öffentliche Finanzierungsstellen, Politiker und Bürokraten scheinen in den Niederlanden weniger in operative Entscheidungen eingebunden zu sein. Österreich landet in diesem Ranking auf Platz 19 – interessanterweise noch vor Ländern wie Deutschland (21), England (22), Norwegen (28) und Schweden (29).

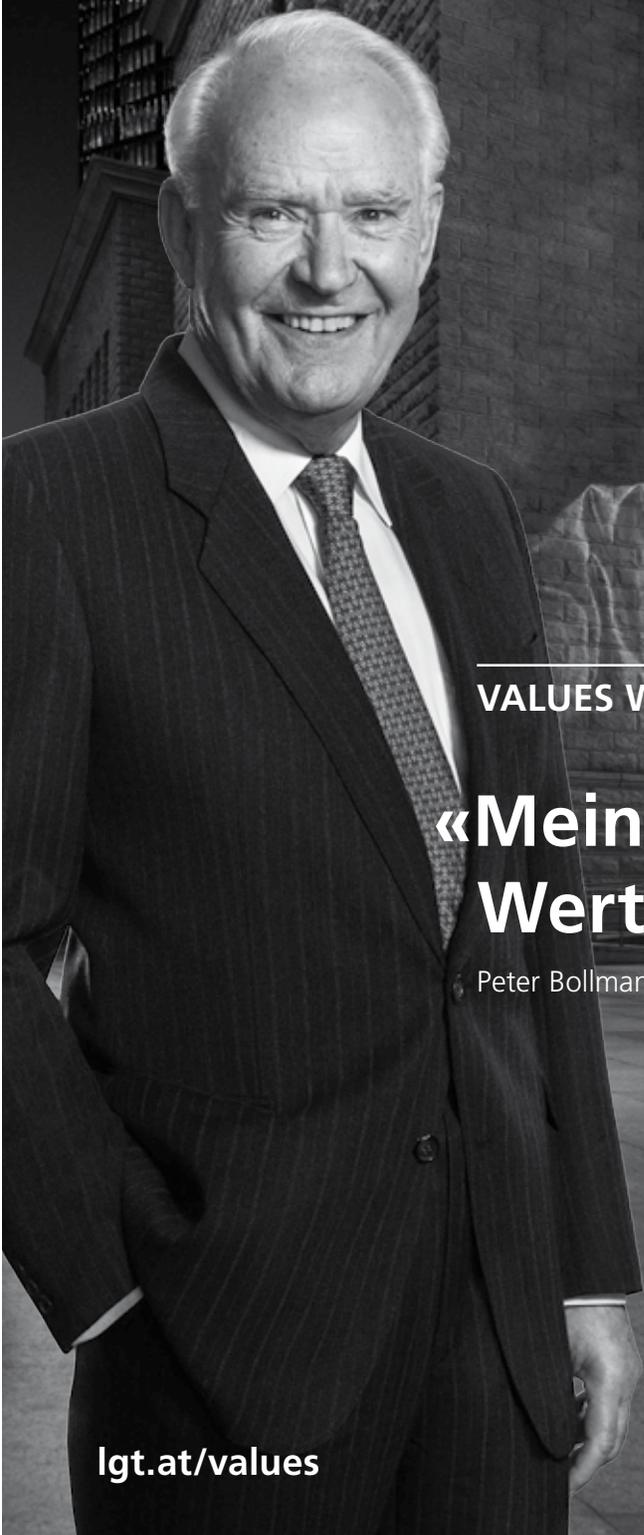
### **Wartezeiten und Lernen am Beispiel**

Generell wird darauf hingewiesen, dass lange Wartezeiten im Gesundheitssystem zu höheren Kosten führen – und nicht etwa umgekehrt, wie ein Mythos in Ländern mit nationalem Gesundheitssystem suggeriert und wo katastrophale Wartezeiten die Norm darstellen. Irland, das Vereinigte Königreich, Norwegen und Schweden werden hier als Negativbeispiele angeführt. Spitzenreiter im positiven Sinne sind die Slowakei und die Schweiz.

Das kleine Montenegro hat sich auf dem Gebiet der Wartezeiten ein Beispiel an Mazedonien genommen und durch die Einführung eines elektronischen Echtzeit-Überweisungssystems ähnliche Erfolge erzielt. Aber auch in vielen anderen Beispielen könnte man von kleinen Staaten lernen, etwa von der Tschechischen Republik und Estland, wo hohe Qualität zu geringen Kosten geboten wird.

Newsletter unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.  
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz-Vienna



---

VALUES WORTH SHARING

# «Meine Bank legt Wert auf Werte.»

Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009



Private  
Banking

[lgt.at/values](http://lgt.at/values)

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

**Bestelladresse:**

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)  
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz  
Tel.: ++43/732/77 83 71-320  
Fax: ++43/732/78 36 60-320  
E-mail: [lig@aekoee.at](mailto:lig@aekoee.at)

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

**LIG**  
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER  
INSTITUT  
FÜR

**aekoee** Ärztekammer  
für Oberösterreich