



Plattform
Primärversorgung

Handbuch zur Gründung einer PVE





Übersicht

1. Vorwort	3
2. Einführung in den Gründungsprozess	5
3. Wirtschaftliche Aspekte	20
4. Rechtliche Aspekte	74
5. Organisationsaspekte	106
6. Standortwahl und Raumbedarf	165
7. IT-Aspekte	181
8. Inhaltsverzeichnis	196

1. Vorwort – Primärversorgung in Österreich

Primärversorgung ist die erste Anlaufstelle für alle Menschen mit gesundheitsbezogenen Anliegen und damit der Schlüssel zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung. Ziel ist es, die Gesundheit zu fördern und die Prävention zu stärken sowie eine qualitativ hochwertige und effiziente Krankenbehandlung sicherzustellen. In Österreich – wie auch in vielen anderen europäischen Ländern – stellt die Stärkung der Primärversorgung eines der wesentlichen gesundheitspolitischen Vorhaben für die nachhaltige Ausrichtung von Gesundheitssystemen dar.

Mit Beschlussfassung des Primärversorgungsgesetzes im Jahr 2017 wurde die gesetzliche Grundlage zur Stärkung der Primärversorgung in Österreich geschaffen. Im Fokus steht dabei das Prinzip der strukturierten Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen im Rahmen der Primärversorgungseinheiten (PVE). Damit soll eine optimale medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung insbesondere von Kindern und Jugendlichen, chronisch Kranken und der älteren Bevölkerung erreicht werden. Den Patientinnen und Patienten wird eine vertraglich abgesicherte und somit verbesserte Koordination und Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen geboten.

Im Rahmen der Novelle des Primärversorgungsgesetzes kam es 2023 zu einer Erweiterung bei der Umsetzung von PVE, z. B. in Form von Kinder-PVE (siehe Kapitel 5.2.3) und im Rahmen multiprofessioneller Gruppenpraxen (siehe Kapitel 3.9.2). Ebenso wurde das Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten (Seite 15) überarbeitet.

Um den Ausbau der Primärversorgung in Österreich weiter voranzutreiben, hat das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ein entsprechendes Projekt initiiert. „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ ist ein Projekt im Rahmen der Aufbau- und Resilienzfazilität der EU (Recovery and Resilience Facility, kurz „RRF“ genannt) mit einem Budget von 100 Millionen Euro. Die RRF ist das Herzstück von NextGenerationEU, einem umfangreichen Wiederaufbauinstrument der Europäischen Union, das die EU-Mitgliedstaaten dabei unterstützen soll, Europa nachhaltig zu stärken und resilienter zu gestalten.

Das Projekt „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ läuft bis 2026 und umfasst neben Maßnahmen zur Attraktivierung der Primärversorgung auch die finanzielle Förderung von Projekten in der Primärversorgung. Die Fördermittel sollen dafür verwendet werden, die wohnortnahe Gesundheitsversorgung gezielt und nachhaltig zu stärken und innovative Versorgungsmodelle zu unterstützen. Einerseits werden PVE-Neugründungen gefördert mit dem Ziel, die Anzahl der PVE in Österreich zu erhöhen. Andererseits sollen konkrete Projekte in der bereits bestehenden Primärversorgung in den Bereichen Klima, soziale Inklusion, Digitalisierung und Infrastruktur sowie Fort- und Weiterbildung gefördert werden. Mehr zu den Förderungen finden Sie in Kapitel 3.6 sowie auf <https://primaerversorgung.gv.at/>.

Die Plattform Primärversorgung (PPV) bietet umfangreiche Angebote zur Attraktivierung der multiprofessionellen Primärversorgung in Österreich. Sie umfasst eine Mitgliederorganisation für Personen, die sich für multiprofessionelle Primärversorgung interessieren (individuelle Mitglieder), sowie für mit Primärversorgung assoziierte Organisationen (institutionelle Mitglieder). Eine Online-Plattform bietet Informationen für die Fachöffentlichkeit sowie exklusive Angebote für Mitglieder als registrierte Nutzerinnen und Nutzer (z. B. buntes Brett zum Suchen und Anbieten, Mediathek). Bei diversen Vernetzungsveranstaltungen besteht Raum für Austausch, um u. a. ein gemeinsames Verständnis von Primärversorgung als Versorgungsebene zu entwickeln. Informationsveranstaltungen und Webinare zu relevanten Themen sollen zum Wissensgewinn beitragen.

Der Prozess der PVE-Gründung selbst ist mit vielen Fragen und Entscheidungen verbunden, weshalb im Rahmen des RRF-Projekts auch hierfür Unterstützung angeboten wird. Unter dem Motto „Besser starten“ stehen Gründerinnen und Gründern im Rahmen des PVE-Accelerators umfassende Angebote für die Gründungsphase zur Verfügung. Zum einen bietet die Website der Plattform Primärversorgung einen Überblick über die wichtigsten Schritte in der PVE-Gründung. Zum anderen ermöglicht diese am Versorgungsmodell PVE Interessierten insbesondere durch den exklusiven, kostenlos nutzbaren Mitgliederbereich Zugang zu Informationsveranstaltungen, Workshops sowie zu diversen Vorlagen und Materialien. Zusätzlich besteht im Rahmen des PVE-Mentorings die Möglichkeit, sich mit erfahrenen PVE-Gründerinnen und -Gründern auszutauschen.

Besser starten: der PVE-Accelerator



Abbildung 1: PVE-Accelerator

Die Plattform Primärversorgung und weitere Informationen zum Projekt finden Sie unter <https://primaerversorgung.gv.at>.

2. Einführung in den Gründungsprozess

Bei der Gründung einer PVE ist vieles zu beachten: Zu Beginn sind vor allem organisatorische, wirtschaftliche und rechtliche Fragen zu klären. Das geplante Leistungsangebot muss in einem Versorgungskonzept beschrieben werden, welches gleichzeitig die Grundlage für die Entwicklung der Betriebsorganisation darstellt. Mittels eines Businessplans erfolgt die Abklärung des erforderlichen Kapital- bzw. Finanzierungsbedarfs. Weitere wichtige Festlegungen betreffen die Rechtsform, die Organisationsform und den Standort.

Ist der Entschluss zur Gründung einer PVE gefällt, sollte frühzeitig die zuständige Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse kontaktiert werden, um das weitere Vorgehen im Bewerbungsprozess und etwaige offene Fragen zu klären.

Gründungsprozess einer Primärversorgungseinheit



Abbildung 2: PVE-Entwicklungsprozess

Um Sie auf dem Weg zu einer PVE bestmöglich zu unterstützen, ist dieses Handbuch in verschiedene Kapitel unterteilt. Diese gliedern sich in folgende Aspekte: wirtschaftliche Betrachtung, Organisation, Recht, IT-Infrastruktur sowie Raum- und Funktionsplanung.

Das vorliegende Handbuch stellt den momentanen Stand des Wissens dar. Erkenntnisse in den hier dargestellten Aspekten aus der Gründung und dem Betrieb neuer PVE werden in Überarbeitungen und Folgeauflagen berücksichtigt und den Gründerinnen und Gründern von PVE zur Verfügung gestellt werden. Entsprechende Informationen finden Sie auch auf der Webseite der Plattform Primärversorgung unter www.primaerversorgung.gv.at.

Wichtig ist festzuhalten, dass die Inhalte des Handbuchs die Einholung rechtlicher, betriebswirtschaftlicher, steuerlicher sowie IT-Beratung für die konkrete individuelle Planung und Umsetzung einer PVE nicht ersetzen.



Der wirtschaftliche Teil im Handbuch unterstützt Sie informativ in betriebswirtschaftlichen und steuerlichen Aspekten rund um die Gründung und den Betrieb einer Primärversorgungseinheit. Sie finden Erläuterungen zu den notwendigen Bestandteilen eines idealtypischen Business- und Finanzplans sowie einen Überblick über die steuerlichen Grundlagen und Besonderheiten der möglichen PVE-Rechtsformen.

Welche Gründungskosten können bei der Errichtung einer Primärversorgungseinheit anfallen?

Zu den Gründungskosten einer PVE zählen vor allem die Investitionskosten für eine Liegenschaft und ein Gebäude sowie die Kosten für Einrichtung und Ausstattung. Darüber hinaus ist mit Rechtsberatungs- und Steuerberatungskosten sowie einer erforderlichen Eigenkapitalausstattung, abhängig von der Rechtsform, zu rechnen. Ebenfalls zu den Gründungskosten hinzuzuzählen ist die Vorfinanzierung der laufenden Kosten der ersten drei bis vier Monate des Betriebs.

Welche Honorierungsmöglichkeiten bestehen für eine Primärversorgungseinheit?

Der Hauptbestandteil der Einnahmen einer PVE ergibt sich aus den Kassenhonoraren der Ärztinnen/Ärzte. Zusätzlich zu der Abrechnung der Kassenhonorare bestehen unterschiedliche Möglichkeiten der Verrechnung von weiteren Grundpauschalen. Die genauen Honorierungsmöglichkeiten werden im Gesamtvertrag für PVE festgehalten.

Mit welchen laufenden Kosten ist im Betrieb zu rechnen?

Im Betrieb einer PVE ist insbesondere mit laufenden Kosten für folgende Positionen zu rechnen:

- » medizinisches Verbrauchsmaterial, z. B. Medikamente, Infusionen, und nichtmedizinisches Verbrauchsmaterial, z. B. Büro- und Reinigungsmittel
- » Fremdleistungen, z. B. Laborleistungen
- » eingesetztes Personal
- » Miete inkl. Betriebskosten und Heizung/Strom/Gas
- » Praxisinstandhaltung und Reparaturen
- » Telefon-/Internet-/IT-Kosten inkl. Lizenzgebühren
- » Marketing- und Öffentlichkeitsarbeit
- » Rechts- und Beratungsaufwand inkl. Steuerberatung, Lohnverrechnung, Bilanzierung und Buchhaltung
- » Versicherungen
- » Kammerbeiträge
- » Kfz: Poolfahrzeug(e) für Hausbesuche
- » etc.

Wie setzt sich das Einkommen einer Ärztin/eines Arztes in einer PVE zusammen?

Das Einkommen einer Ärztin / eines Arztes einer PVE ist abhängig von der gewählten Rechtsform und setzt sich im Rahmen einer Gesellschaft aus einer monatlichen Entlohnung der Arbeitsleistung („Arbeitsvergütung“) und einer jährlichen Ausschüttung des Gesellschaftsgewinnes zusammen.

Welche Finanzierungsmöglichkeiten und Fördermöglichkeiten gibt es im Gründungsprozess einer Primärversorgungseinheit?

Auf Ebene der Länder und Sozialversicherungen besteht die Möglichkeit einer sogenannten Anschubfinanzierung. Darüber hinaus gibt es einzelne Fördermöglichkeiten sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene. Im Rahmen der RRF stehen umfangreiche EU-Förderungen für PVE zur Verfügung. Neben diesen potenziellen Zuschüssen besteht die Möglichkeit der Aufnahme eines Darlehens, meist eines Bankkredits, oder der Finanzierung durch Gesellschafterdarlehen. Sie finden im Handbuch detailliertere Informationen zu dieser Fragestellung.

Welche steuerlichen Aspekte ergeben sich aufgrund der gewählten Rechtsform?

Die GmbH ist als Gesellschaft steuerpflichtig. Die Gewinne werden mit 24 % Körperschaftsteuer (ab 2024 23%) besteuert, zudem werden die Mindestkörperschaftsteuer sowie Umsatzsteuer von der Gesellschaft abgeführt. Auf Ebene der Gesellschaft erfolgt die Gewinnermittlung im Rahmen der Bilanzierung. Ein Jahresabschluss ist zu erstellen. Bei einer OG sind die einzelnen Gesellschafter mit ihrem Gewinnanteil und etwaigen weiteren Einkünften einkommensteuerpflichtig, die Umsatzsteuer wird von der Gesellschaft abgeführt. Die Gewinnermittlung darf bei der OG mittels Einnahmen-Ausgaben-Rechnung erfolgen.

Für den Verein und die Genossenschaft als Trägerorganisation eines PV-Netzwerks beträgt der Körperschaft-steuersatz 24 % (ab 2024 23 %), es gibt keine Mindestkörperschaftsteuer und die wesentlichen Betriebsgrundlagen verbleiben bei den Mitgliedern. Eine PVE-Genossenschaft ist im Vergleich zu einem PVE-Verein prüfungspflichtig und unterliegt strengeren Rechnungslegungsvorschriften sowie Rechnungslegungsgrenzen. Umsatzabhängig kann eine Einnahmen-Ausgaben-Rechnung erfolgen oder muss ein Jahresabschluss erstellt werden.



Das Kapitel „Organisation“ informiert Sie über organisatorische Varianten und Kernfragen einer PVE. Sie finden im Wesentlichen Antworten auf folgende Fragestellungen:

Welche Organisationsform soll ich wählen?

Grundlegend stehen Sie vor der Entscheidung, ob Ihre PVE in Form eines Primärversorgungszentrums (PVZ) oder eines Primärversorgungsnetzwerkes (PVN) organisiert werden soll.

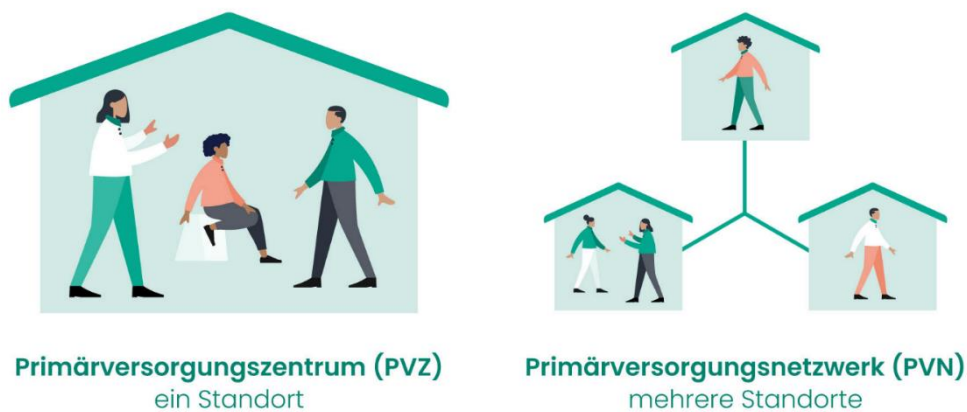


Abbildung 3: Organisationsformen PVE

Während bei einem PVZ die jeweiligen Gesundheitsdienstleister unter einem Dach bzw. an einem Standort zusammenarbeiten, führen beim PVN die jeweiligen Gesundheitsberufe eigene Ordinationen an verschiedenen Standorten. Im PVZ erfolgt die Zusammenarbeit in Form einer Gruppenpraxis nach dem Ärztegesetz oder einer multiprofessionellen Gruppenpraxis gemäß PrimVG. Eine weitere Möglichkeit ist die Gründung eines selbstständigen Ambulatoriums. Im PVN können die Einzelordinationen und einzelnen Standorte über eine Trägerorganisation miteinander verbunden (z. B. als Verein) oder unterschiedliche Betriebsstätten einer Gesellschaft (z. B. GmbH) sein. Die Festlegung der Organisationsform ist Grundlage für die weitere Entscheidung bezüglich der Rechtsform einer PVE, welche im Kapitel Recht ausgeführt wird.

Was ist die organisatorische Basis für eine Primärversorgungseinheit?

Im Primärversorgungsgesetz ist festgelegt, dass für jede PVE ein individuelles Versorgungskonzept zu entwickeln ist. In diesem Konzept sind insbesondere die Versorgungsziele, das Leistungsspektrum und die Aufbau- und Ablauforganisation darzustellen. Das Versorgungskonzept gilt als Grundlage für die verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit aller Teammitglieder der PVE und ist Grundlage für die Bewerbung für einen Primärversorgungsvertrag bei den zuständigen Trägern. Die Gründung einer PVE kann nur mit der regionalen ÖGK erfolgen.

Dieses Handbuch bietet Ihnen Beispiele für Stellenbeschreibungen und Prozesslandkarten und unterstützt Sie in der Prozessgestaltung und Prozessoptimierung mit konkreten Lösungsansätzen, Kriterien und Prüffragen.

Wer arbeitet in einer Primärversorgungseinheit?

Jede PVE besteht aus einem Kernteam, dem zumindest zwei Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, ein oder mehrere Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Ordinationsassistenten angehören. Darüber hinaus sind orts- und bedarfsabhängig weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen einzubinden.

Abhängig von den regionalen Gegebenheiten, kann der ärztliche Teil des Kernteams auch aus Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde bestehen, oder aus einer Kombination von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner und Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde.

Entscheidend für die Art und Anzahl der vertretenen Berufsgruppen und der erforderlichen Qualifikationen sind die jeweiligen regionalen Erfordernisse bzw. der erforderliche Leistungsumfang. Darauf aufbauend werden sowohl nötige Qualifikationen und Kompetenzen als auch Mengengerüste für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter ermittelt. Mit dieser Grundlage kann die Personalsuche und -auswahl gestartet werden.

Das Handbuch unterstützt Sie bei der Umsetzung des Personalmanagements mit Checklisten, Mustervorlagen und Leitfäden. Das Zusammenwirken der einzelnen Teammitglieder wird in der Aufbauorganisation geregelt, deren Struktur in der Regel in einem Organigramm abgebildet ist.

Welche Kooperationen mit externen Partnern bieten sich an?

Primärversorgungsteams stehen in häufigem Kontakt mit Institutionen und Partnern, wie mobilen Pflegediensten, sozialmedizinischen und psychosozialen Diensten, Apotheken, Fachärztinnen/Fachärzten etc. Damit nimmt die PVE eine wichtige Lotsenfunktion für die Patientinnen/Patienten wahr und optimiert den Versorgungsprozess. Ablaufbeschreibungen (Prozesse) unterstützen und regeln diese Kooperationen, sodass alle Beteiligten und damit auch die Patientinnen und Patienten davon profitieren.



Das Kapitel Recht informiert Sie über die wesentlichen rechtlichen Aspekte, die in Verbindung mit der Gründung und dem Betrieb einer Primärversorgungseinheit von Bedeutung sind. Musterverträge für die unterschiedlichen Rechtsformen wie auch für mögliche Arbeitsverhältnisse unterstützen Sie im Gründungsprozess. Nachfolgend einige wesentliche Fragestellungen, die in diesem Kapitel detaillierter behandelt werden.

Welche Rechtsformen unterscheidet man im Rahmen der Gründung einer Primärversorgungseinheit?

Mit 03.08.2017 ist das Primärversorgungsgesetz in Kraft getreten. Dieses wurde 2023 novelliert. Auf Basis dieses Gesetzes ergeben sich für Gründerinnen/Gründer folgende mögliche Rechtsformen:

- » (Multiprofessionelle) Gruppenpraxis als Gesellschaft mit beschränkter Haftung
- » Gruppenpraxis als Offene Gesellschaft
- » Verein
- » Genossenschaft
- » Selbstständiges Ambulatorium

Gruppenpraxis-GmbH und -OG können selbst Rechtsträger einer PVE sein, Vereine und Genossenschaften können hingegen nur als Trägerorganisation für den Betrieb eines Netzwerkes herangezogen werden. Dies bedeutet, dass ein Verein und eine Genossenschaft als Rechtsform nur für das Primärversorgungsnetzwerk infrage kommen und ihre Mitglieder in ihrer Berufsausübung selbstständig sind. Sie finden im Handbuch neben detaillierten Beschreibungen auch einen Überblick über die jeweiligen Eigenschaften sowie Vor- und Nachteile der einzelnen Rechtsformen.

Welche Arbeitsverhältnisse können in einer Primärversorgungseinheit zur Anwendung kommen?

Die arbeitsrechtliche Zusammenarbeit in einer PVE kann grundsätzlich in Form

- » eines Dienstverhältnisses
- » eines freien Dienstverhältnisses
- » eines Werkvertragsverhältnisses oder
- » eines Auftragsverhältnisses gestaltet werden.

Dabei ist zu beachten, dass die Mitglieder eines Vereins oder einer Genossenschaft selbstständig bleiben und die anderen PVE-Teammitglieder nach den o. a. möglichen Arbeitsverhältnissen beschäftigt werden können. In Form der GmbH können im Rahmen einer multiprofessionellen Gruppenpraxis Angehörige anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe beteiligt sein, sofern den zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzten die Mehrheit (mehr als 50 %) am Kapital der Gesellschaft und bei der Willensbildung ein bestimmender Einfluss zukommt. In Form der OG müssen die Gesellschafter/-innen zwingend berufsberichtigte Ärztinnen/Ärzte sein. In der OG können die weiteren PVE-Teammitglieder nach den o. a. möglichen Arbeitsverhältnissen beschäftigt werden.



Das Kapitel „Raum- und Funktionsprogramm“ unterstützt Sie bei der Auswahl eines geeigneten Standortes für Ihre PVE und bei der Ermittlung des Flächen- und Raumbedarfs. Sie finden im Handbuch auch eine grobe Abschätzung zu den zu erwartenden Investitionskosten.

Wie wähle ich den passenden Standort für meine Primärversorgungseinheit?

Für die Wahl eines geeigneten Standorts sind in erster Linie die Planungsvorgaben im RSG bzw. die Konkretisierung im Stellenplan von Bedeutung. Das genaue Auswahlverfahren ist in § 14 PrimVG beschrieben.

Wo erbringe ich meine Leistung?

Die konkrete Standortbestimmung erfordert die Entscheidung, ob die PVE neu gebaut wird oder ob bereits bestehende Räumlichkeiten genutzt bzw. umgebaut werden sollen. Auch hierzu können die im Handbuch angeführten Kriterien herangezogen werden und anschließend geeignete Standorte besichtigt und bewertet werden.

Wie plane ich die Größe meiner PVE und welche Kosten resultieren daraus?

Die Größe der PVE – also der Flächenbedarf bzw. die Anzahl und Ausstattung der Räume – ist davon abhängig, welches Leistungsspektrum geplant bzw. im Versorgungskonzept festgelegt wurde und wie viele Einwohnerinnen/Einwohner das PVE-relevante Einzugsgebiet hat. Der Raumbedarf und somit die Größe einer PVE sind sehr individuell.

Das Handbuch stellt Ihnen ein Modell zur Verfügung, wo Sie Raumanzahl und Raumgrößen individuell eingeben können. Damit können Sie den Bedarf an Räumen und Raumgrößen in Varianten simulieren und die anfallenden Investitionskosten besser abschätzen. Sie finden im Handbuch auch Kostenrichtwerte für den Neubau einer PVE und für den Umbau bestehender Räumlichkeiten, abhängig vom Umfang und Aufwand der Bautätigkeiten.

Was ist bei der Planung zu berücksichtigen?

Grundsätzlich sollte bei der Planung von PVE die Möglichkeit der gemeinsamen Nutzung von Räumen in Betracht gezogen werden, da die unterschiedlichen multiprofessionell verwendeten (Therapie-)Räume in der Regel nicht durchgehend gleichzeitig belegt werden.

Bei der Anordnung von Räumlichkeiten ist auf gewisse Abhängigkeiten zu achten. Beispielsweise sorgen funktionale Verbindungen zwischen einzelnen Räumen für kurze Wege und mehrere dezentrale Wartebereiche für ein ruhigeres Arbeitsumfeld und ein angenehmeres Ambiente. Auch eine Unterteilung in Ruhezonen für Therapiebereiche und sogenannte Verkehrszonen sowie die Sicherstellung der Wahrung von Intimsphäre und Datenschutz insbesondere bei der Rezeption und Anmeldung sorgen bereits auf Ebene der Planung für einen optimalen Ablauf im Betrieb. Hierbei können auch spezielle Anforderungen für den Fall von Pandemien berücksichtigt werden.

Die Ausstattung einer PVE, insbesondere im Bereich Medizintechnik, hängt vom jeweiligen Leistungsangebot ab und ist daher individuell zu planen.



Das Thema IT ist für eine PVE, wo unterschiedliche Teammitglieder Patientinnen/Patienten betreuen, eine zentrale Informations-Drehscheibe. Daher finden Sie im Handbuch auch ein eigenes Kapitel, das Sie auf dem Weg zu Ihrer passenden Lösung unterstützt. Unter anderem werden im Handbuch folgende Fragen in Bezug auf IT detaillierter betrachtet.

Hat meine Organisationsform Einfluss auf die Gestaltung meiner IT?

Ob die PVE als Primärversorgungszentrum oder als Netzwerk konzipiert wird, beeinflusst auch die Betrachtung der IT. Eine PVE-weit einheitliche IT-Lösung unterstützt bruchfrei die gemeinsame Arbeit und schafft Synergien für alle Beteiligten. Sie kann grundlegend in beiden Organisationsformen eingesetzt werden. Wenn in einem Netzwerk die beteiligten PVE-Partnerinnen/Partner unterschiedliche IT-Lösungen nutzen, bedarf es zusätzlicher integrierender Komponenten, die den notwendigen Informationsaustausch (z. B. Patientenakt, Terminverwaltung) gewährleisten.

Welche Komponenten muss ich bei meiner IT-Lösung berücksichtigen?

Grundlegend ist eine PVE wie eine Klein- und Mittelunternehmung zu betrachten. Es gibt allgemeine und branchenspezifische Komponenten, die für eine PVE-IT-Implementierung einzubeziehen sind. Für jede dieser Komponenten ist zu entscheiden, in welcher Ausformung und Tiefe eine Implementierung erfolgen soll. Hierfür finden Sie im Handbuch die wesentlichen Komponenten aufgeführt und beschrieben, wie auszugsweise:

- » Patientenakt
- » Medikamente
- » Labor
- » Terminverwaltung
- » Personalverwaltung
- » Abrechnung
- » etc.

Man hört viel über Datenschutz und Datensicherheit – worauf muss ich achten?

Das Handbuch informiert Sie über Vorgaben im Rahmen des Datenschutzes und betrachtet auch konkrete Anwendungsfälle, wie z. B. die Nutzung mobiler Devices (Handy, Tablet) oder den elektronischen Versand von Befunden. Generelle Informationen zum Datenschutz, wie z. B. zur Datenschutzgrundverordnung und zum Datenschutzbeauftragten, finden Sie im Kapitel Recht.

Ich habe noch wenig Erfahrung mit IT-Anbindungen an ELGA oder e-Card-Systeme – was sollte ich darüber wissen?

Das e-Card-System bindet die IT-Infrastruktur der Ordination/PVE an die Systeme der Sozialversicherung und des Peering-Points an. Der Peering-Point verbindet als sicheres Netzwerk angeschlossene Ärzte, Krankenanstalten und Apotheken. So können Dienste der Sozialversicherung (z. B. Versicherungsdatenabfrage, Arzneimittel-Bewilligungs-Service) in Anspruch genommen werden. Die technische Anbindung erfolgt mittels spezieller Hardware (Gina-Box, e-Card-Router, Kartenleser).

ELGA – die elektronische Gesundheitsakte – dient dem Austausch von Gesundheitsdaten zwischen verschiedenen Gesundheitsdiensteanbietern (GDA). So können Sie in der PVE rasch auf relevante e-Befunde (z. B. Entlassungsbriefe, Labor- oder Röntgenbefunde) zugreifen oder mittels e-Medikation bestehende Verordnungen einsehen und Ihre Verschreibungen einpflegen. Die technische Anbindung an ELGA erfolgt über das e-Card-System. Auf die jeweiligen Funktionalitäten von e-Card und ELGA können Sie bei entsprechender Integration direkt in Ihrer Ordinations-/PVE-Software zugreifen oder gesondert über eine eigene Weboberfläche.

Welche IT-Grundlagen können mir helfen, Fragestellungen und Lösungsvorschläge meines IT-Dienstleisters besser zu verstehen?

Wie in den Gesundheitsberufen gibt es auch in der IT eine Fachterminologie und gängige Beschreibungen nötiger Komponenten. Das Handbuch zur Gründung einer PVE wählt in der Darstellung der IT-Anforderungen eine möglichst allgemein verständliche Sprache und orientiert sich an praxisnahen Beispielen. Erklärungen zu Fachbegriffen und grundlegenden Hard- und Softwarekomponenten sind komprimiert im Anhang ausgeführt. Hier finden Sie unter anderem vertiefende Informationen zu:

- » IT-Standards
- » Netzwerklösungen und ihre Komponenten
- » typischen Anwendungsfällen („use cases“)

10 Schritte zur Gründung einer PVE



Abbildung 4: 10 Schritte zur Gründung einer PVE

10 Schritte zur Gründung einer PVE

Erste grundlegende Informationen über PVE finden Sie auf der Website der Plattform Primärversorgung. Das folgende Kapitel soll einen kurzen Überblick über die wichtigsten Schritte der PVE-Gründung geben. Bitte beachten Sie, dass die einzelnen Schritte oft parallel und ineinandergreifend verlaufen.

Schritt 1 – Kontaktaufnahme im Bundesland

Nehmen Sie frühzeitig Kontakt mit den Ansprechpersonen der Österreichischen Gesundheitskasse und der Ärztekammer in Ihrem Bundesland auf. So erfahren Sie, wo PVE geplant sind und welche Voraussetzungen zu erfüllen sind.

Schritt 2 – Einholen von Informationen zur Gründung

Sammeln Sie relevante Informationen rund um die Gründung. Einen ersten Überblick gibt Ihnen dabei das vorliegende „Handbuch zur Gründung einer PVE“. Nutzen Sie die Möglichkeit, an themenspezifischen Webinaren der Plattform Primärversorgung teilzunehmen – regelmäßig und unkompliziert. Sie können sich auch von Expertinnen und Experten beraten lassen. Dafür steht Ihnen das Mentoringprogramm zur Verfügung.

Schritt 3 – Erstellung der Bewerbungsunterlagen

Nun haben Sie vielleicht schon genügend Informationen, um einen Businessplan und ein Versorgungskonzept zu erstellen. Unser Muster-Businessplan, ein Muster-Versorgungskonzept und das dazugehörige Manual unterstützen Sie dabei. Das Versorgungskonzept ist auch die Grundlage für Ihre Bewerbung. Überlegen Sie sich, welche Schwerpunkte Sie neben der hausärztlichen Grundversorgung setzen wollen. Wie soll das Leistungsangebot aussehen? Fragen Sie auch um ein regionales Versorgungsprofil für Ihren geplanten Standort an. So bekommen Sie einen ersten Eindruck von der Versorgungssituation in Ihrer Region.

Schritt 4 – Bewerbung

Jetzt können Sie sich als Team für eine PVE-Stelle bewerben. Ausschreibungen finden Sie auf den Websites der ÖGK sowie der jeweiligen Landesärztekammer in Ihrem Bundesland. Nach dem positiven Abschluss des Auswahlverfahrens erhält ein Bewerberteam eine Zusage der ÖGK.

Schritt 5 – Festlegung der Organisations- und Rechtsform etc.

Nun geht es darum, die richtige Organisations- und Rechtsform zu finden. Dabei können Ihnen Unternehmens-, Steuer- und Rechtsberater/-innen helfen. In den Kapiteln „Wirtschaftliches“, „Organisation“ und „Rechtliches“ finden Sie erste wichtige Informationen zu diesen Themen.

Schritt 6 – Finanzierung

Die Finanzplanung und die Beschaffung des notwendigen Kapitals sind wesentliche Aspekte bei der Gründung einer PVE. Weitere Informationen dazu finden Sie im Kapitel „Wirtschaftliches“. Nutzen Sie hier auch die PVE-Gründungsförderung, um Unterstützung bei der Finanzierung Ihrer PVE zu erhalten.

Schritt 7 – Team- und Personalplanung

Bei der Personalplanung ist es wichtig, zu überlegen, welche Berufsgruppen im multiprofessionellen Team unbedingt vertreten sein sollten und zu Ihren Leistungsschwerpunkten passen. Im Kapitel „Organisationsaspekte“ erfahren Sie mehr zu Personalplanung und -suche sowie darüber, wie die Zusammenarbeit aussehen kann und welche Chancen sie mit sich bringt.

Schritt 8 – Struktur und Außenauftritt

Nun geht es darum, die Unternehmensstruktur aufzubauen, die Ablauforganisation festzulegen und den Außenauftritt zu planen. Das Kapitel „Organisationsaspekte“ bietet erste Überlegungen zu Strukturen und Abläufen.

Schritt 9 – Bau und Ausstattung

Jetzt ist es an der Zeit, sich um die Einrichtung der PVE zu kümmern, beispielsweise um die Anschaffung von IT-Equipment und die fachspezifische Ausstattung für das multiprofessionelle Team. Genauere Informationen dazu finden Sie in den Kapiteln „Standortwahl und Raumbedarf“ sowie „IT-Aspekte“.

Schritt 10 – Inbetriebnahme

Nun steht der Eröffnung Ihrer PVE nicht mehr viel im Wege, und Sie können mit einem umfassenden und attraktiven Leistungsangebot starten.

Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten

Die Auswahl zur Invertragnahme der PVE erfolgt auf Grundlage des Primärversorgungsgesetzes (§ 14 PrimVG) in Verbindung mit den Planungsvorgaben der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sowie dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG).

Der RSG bildet die Planungsgrundlage auf Bundeslandebene und weist aus, wie hoch der Bedarf ist. Die Vorgaben sollen durch die ÖGK und die Ärztekammer des jeweiligen Bundeslandes im Stellenplan konkretisiert werden.

Die ÖGK hat in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern zur Bewerbung einzuladen. Seit der Novelle des PrimVG im Jahr 2023 richtet sich diese an alle potenziellen Bewerber/-innen. Es werden zunächst die eingelangten Bewerbungen von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin bzw. für Kinder- und Jugendheilkunde, deren Planstellen im Stellenplan (§ 342 Abs. 1a ASVG) für die konkrete Primärversorgungseinheit vorgesehen sind, bewertet. Bei Auswahlverfahren für Kinder-PVE, deren Auswahlverfahren bis zum Ablauf des 31. Juli 2025 eingeleitet werden, fallen auch Wahlärztinnen und Wahlärzte (Wahlgruppenpraxen) in die erste Bewertungsgruppe. Die Bewerbungen können durch weitere berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde ergänzt werden.

Liegen keine geeigneten Bewerbungen vor, mit denen die im RSG und in der Einladung festgelegten Planungsvorgaben und der damit verbundene Versorgungsauftrag im Hinblick auf die Versorgungssicherheit erfüllt werden können, werden für die Bewertung die eingereichten Bewerbungen aller anderen Bewerbergruppen herangezogen.

Die Einladungen werden auf der Website der ÖGK (in manchen Bundesländern auch auf der Website der Ärztekammer) veröffentlicht.

Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen erfolgt durch die ÖGK in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern, ggf. im Einvernehmen mit der jeweils zuständigen Landesärztekammer.

Mit der Novelle des PrimVG im Jahr 2023 wird ein verkürztes Auswahlverfahren (§ 14a PrimVG) für Regionen mit unbesetzten Planstellen eingeführt:

Sind zumindest zwei Planstellen für die in § 2 Abs. 2 vorgesehenen ärztlichen Fachgebiete innerhalb einer Versorgungsregion im Sinne des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) zur gleichen Zeit mindestens ein halbes Jahr unbesetzt, muss die Österreichische Gesundheitskasse die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission über diesen Umstand in Kenntnis setzen.

Die ÖGK lädt dann in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern innerhalb zweier Monate nach Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission über die Errichtung einer Primärversorgungseinheit zur Bewerbung ein. Die Einladung hat jedenfalls den Festlegungen im Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission im Hinblick auf das erforderliche Leistungsangebot und den vorgesehenen Planungszeitraum sowie die Konkretisierung aus den Anforderungen nach den §§ 4 bis 6 und § 342c ASVG, zu folgen. Die Einladungen werden auf der Website der ÖGK veröffentlicht.

Die Bewertung der eingelangten Bewerbungen erfolgt durch die ÖGK in Abstimmung mit den anderen Krankenversicherungsträgern und wird anhand der auf Grundlage des Beschlusses der Landes-Zielsteuerungskommission erstellten Einladung vorgenommen.

Im ersten Schritt werden die Bewerbungen von Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern für Allgemeinmedizin sowie für Kinder- und Jugendheilkunde sowie von Wahlärztinnen und Wahlärzten (Wahlgruppenpraxen) dieser Fachgebiete in der im RSG ausgewiesenen Versorgungsregion bewertet. Diese Bewerbungen können durch weitere berufsberechtigte Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und gegebenenfalls Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde ergänzt werden. Wenn keine geeigneten Bewerbungen vorliegen, sind die eingereichten Bewerbungen aller anderen Bewerbergruppen heranzuziehen.

Bei der Auswahl werden das Versorgungskonzept (siehe dazu auch Kapitel 5), die in der Reihungskriterien-Verordnung bzw. in den darauf beruhenden Reihungsrichtlinien festgelegten Kriterien sowie die spätestens vier Wochen vor der geplanten Auswahl verpflichtend einzuholenden Stellungnahmen der jeweiligen Landesärztekammer und der örtlich zuständigen gesetzlichen Vertretung der Privatkrankenanstalten herangezogen. Bei der Auswahl muss sichergestellt werden, dass durch den Vertragsabschluss die Vielfalt der Anbieter/-innen gewahrt bleibt und in der Versorgungsregion keine die Versorgungssituation beherrschenden Eigentümerstrukturen entstehen. In der Einladung wird das für die Gesamtbeurteilung der Bewerbungen maßgebliche Bewertungsschema dargestellt. Alle Bewerber/-innen werden über das Ergebnis bzw. die Reihung der Bewerbungen in Kenntnis gesetzt.

Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten NEU (§ 14 PrimVG)



Verkürztes Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten (§ 14a PrimVG)

Voraussetzung für ein verkürztes Auswahlverfahren:

zumindest zwei unbesetzte Planstellen für AM, Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde innerhalb einer Versorgungsregion (gem. Österreichischem Strukturplan Gesundheit) zur gleichen Zeit für mindestens ein halbes Jahr



Ausschreibung/Einladung

Die Landeszielsteuerungskommission (L-ZK) kann einen **Beschluss** über die Einrichtung einer PVE fassen.

Die ÖGK lädt innerhalb zweier Monate nach dem Beschluss der L-ZK zur Bewerbung ein.

Die Einladung entspricht den Festlegungen im Beschluss der L-ZK im Hinblick auf das erforderliche Leistungsangebot und den vorgesehenen Planungszeitraum.

Die **Einladung** wird auf der Website der ÖGK veröffentlicht.



Bewerbungsphase

Voraussetzung für die **Bewerbung** ist die Erstellung eines **Versorgungskonzepts** zur Darstellung von Leistungsumfang und organisatorischen Regelungen.



Bewertung der Bewerbung durch ÖGK/SV-Träger

Die **Bewertung** erfolgt an Hand der Kriterien in der Einladung der ÖGK

Im ersten Schritt werden Bewerbungen von **Vertragspartnerinnen und -partnern für Allgemeinmedizin bzw. Kinder- und Jugendheilkunde sowie von Wahlärztinnen und Wahlärzten (Wahlgruppenpraxen)** dieser Fachgebiete in der Versorgungsregion bewertet. Eine Ergänzung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern sowie Kinderärztinnen und -ärzten ist möglich.

Wenn im ersten Schritt keine geeigneten Bewerbungen vorliegen, erfolgt in einem nächsten Schritt die Bewertung der eingereichten Bewerbungen aller anderen Bewerbergruppen.



Auswahlprozess

Die **Grundlage für die Auswahl** bilden:

- das zu erstellende **Versorgungskonzept**
- die in der **Reihungskriterien-Verordnung** bzw. in den darauf beruhenden **Reihungsrichtlinien** festgelegten Kriterien.

Abbildung 6: Verkürztes Auswahlverfahren



— Wirtschaftliche Aspekte —

3. Wirtschaftliche Aspekte

3.1. Einleitung

Gründer/-innen einer Primärversorgungseinheit (im Folgenden kurz PVE) sind mit betriebswirtschaftlichen und steuerlichen Fragestellungen in Verbindung mit der Gründung und dem Betrieb einer PVE konfrontiert. Dieses Kapitel fokussiert daher einerseits auf die Inhalte eines idealtypischen Businessplans und andererseits auf die steuerlichen Aspekte einer PVE.

Es ist zu beachten, dass in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Honorierungsmodelle bestehen. Sämtliche nachfolgende Berechnungen stellen rein fiktive Annahmen dar.

Anmerkung: Verminderungen des Finanzvermögens einer PVE sind begrifflich Ausgaben. Diese beinhalten zum einen „Kosten“ (bewerteter, betriebszweckbezogener Güterverzehr) und zum anderen „Aufwände“ (nicht-periodenbezogene, außerordentliche Minderung des Geldvermögens). Diese Unterscheidung wurde in den Ausführungen berücksichtigt. Komplementärbegriff zu Ausgabe ist die Einnahme.

Businessplan

Im Teil Businessplan werden die wichtigsten Fragestellungen im Gründungsprozess aus der Perspektive der Gründerinnen/Gründer behandelt. Die Finanzierbarkeit der PVE und die wirtschaftlichen Aspekte sind dabei wichtige Bestandteile:

- » Wie ist meine zukünftige Unternehmung personell aufgestellt (Kernteam etc.)?
- » Welche Rechtsform wurde für die PVE gewählt?
- » Welche Partnerschaften bestehen für die PVE (z. B. Apotheke)?
- » Wie ist die derzeitige Versorgungssituation im Einzugsgebiet und welche Leistungen werden in welchen Abläufen angeboten?
- » Was sind die gewählten Kommunikationswege und PR-Maßnahmen?
- » Wie wird der Gründungszeitplan aussehen?
- » Welche Gründungs- bzw. Investitionskosten und welcher Kapitalbedarf dafür fallen typischerweise bei der Errichtung einer PVE an?
- » Welche Honorierungsmöglichkeiten bestehen für eine PVE?
- » Mit welchen laufenden Kosten (Personal- und Sachkosten) ist im Betrieb der PVE zu rechnen? Welche Kosten davon sind fixe Kosten?
- » Wie setzt sich das Einkommen der Gesellschafterinnen und Gesellschafter in einer PVE zusammen?
- » Mit welchem Kapitalbedarf ist bei der Gründung einer PVE zu rechnen?
- » Welche grundlegenden Finanzierungsmöglichkeiten (Eigenkapital und Fremdkapital) und welche darüberhinausgehenden Fördermöglichkeiten gibt es im Gründungsprozess einer PVE?
- » Wie stellt sich das geplante Finanzergebnis für die nächsten Jahre je nach gewählter Rechtsform dar?

- » Mit welchem initialen und laufenden Kapitalbedarf ist im Rahmen einer PVE-Gründung zu rechnen?

Einige Inhalte des Businessplans basieren auf Informationen aus anderen Teilen des Leitfadens und sind mit entsprechenden Querverweisen versehen.

Steuern

Der Teil Steuern beschäftigt sich mit der grundlegenden Fragestellung über die steuerliche Behandlung von PVE bei der Gründung und im Betrieb unter Berücksichtigung der gewählten Rechtsform. Es werden folgende Themen dargestellt:

- » Überblick über steuerliche Aspekte von PVE
- » Umgründungssteuerrecht – Steuerliche Aspekte bei diversen Umgründungsverträgen
- » Umsatzsteuerliche Aspekte von PVE
- » Gewinnverteilungsmodelle
- » Ertragsteuerliche Unterschiede zwischen den relevanten Rechtsformen von PVE

Die steuerlichen Aspekte der Gründung und des Betriebs einer PVE sind in einer zusammenfassenden Darstellung in diesem Hauptteil enthalten. Gründerinnen/Gründer einer PVE sollten in der Gründungsphase eine Steuerberatung konsultieren, um die individuellen steuerlichen Aspekte bestmöglich zu berücksichtigen.



Webtipp: Sie finden auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at zu den einzelnen Punkten weiterführende Inhalte, steuerliche Aspekte bei Ausscheiden bzw. Tod einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters und bei der Auflösung einer PVE beschrieben.

3.2. Businessplan

3.2.1. Aufbau und Informationen zur Erstellung eines idealtypischen Businessplans

Ein Businessplan ist ein schriftliches Konzept, das alle Schritte, die zur Gründung der PVE benötigt werden, zusammenfasst und folgende Zwecke erfüllt:

- » Ein Businessplan dient oftmals zur Vorlage bei Kapitalgebern zur Beschaffung von Finanzierungen.
- » Er wird auch intern für das Gründungsteam ein wichtiges Planungsinstrument beispielsweise hinsichtlich Personaleinsatz und Abschätzung der laufenden Sachkosten sein.
- » Der Businessplan stellt eine Präsentation der Geschäftsidee und ihrer Rahmenbedingungen dar. Diese Präsentation in Form des Businessplans kann auch für Förderansuchen genutzt werden.

Der Businessplan ist kurz und präzise zu halten. Er umfasst ca. 10–30 Seiten zuzüglich eventueller Beilagen (in seltenen Fällen umfangreicher). Für die Gründung einer PVE wurde ein Muster-Businessplan erstellt. Dieser steht als Vorlage zum Download auf der Plattform Primärversorgung (www.primaerversorgung.gv.at) zur Verfügung. Im Businessplan der PVE sollten nachfolgend angeführte Abschnitte behandelt werden. Darunter befinden sich sowohl finanzielle als auch nicht-finanzielle Informationen. Grundsätzlich sollten alle Teile ausreichend adressiert werden. Die Verknüpfung der einzelnen Bereiche sollte einen roten Faden im Businessplan erkennen lassen.

3.2.1.1. Deckblatt

Voraussichtlicher Firmenwortlaut der PVE; Standort, Gründungsmitglieder (Gesellschafterinnen/Gesellschafter), Datum.

3.2.1.2. Executive Summary

Die Executive Summary fasst das Projekt und seine Rahmenbedingungen zusammen und weckt zugleich das Interesse der Leserin/des Lesers, sich weiter in den Businessplan einzulesen. Die Zusammenfassung sollte in klar verständlicher Sprache und sehr strukturiert verfasst werden. Auch eine Leserin/ein Leser ohne Fachkenntnisse sollte die Geschäftsidee verstehen und dem Plan folgen können. Insbesondere soll hervorgehoben werden, was an der konkreten PVE neu und innovativ ist. Vorrangig folgende Punkte sollte die Zusammenfassung beinhalten:

- » Name des künftigen Unternehmens
- » Beschreibung der Geschäftsidee inkl. geplantem Gründungszeitpunkt
- » Umschreibung der Vorteile, welche das Konzept PVE mit sich bringt
- » Vorstellung des Teams und der damit vorhandenen Kompetenzen, inklusive der Information, ob die Teammitglieder bereits Arzt- oder Therapeutenstellen haben
- » Kurze Beschreibung des Einzugsgebietes, der Zielgruppe und der gesetzten Ziele
- » Geschätzter Kapitalbedarf und Finanzierbarkeit, Darstellung aller geplanten wirtschaftlichen Aspekte
- » Chancen und Risiken

Da es sich um eine Zusammenfassung der danach folgenden Inhalte handelt, empfiehlt es sich, diesen Punkt als letzten zu verfassen.

3.2.1.3. Unternehmen und Management

Hier wird das Kernteam vorgestellt und allgemeine Informationen zu der PVE dargestellt. Dazu gehören der Firmenwortlaut, die Rechtsform inkl. Eigentumsverhältnisse, der Firmensitz, mögliche Kooperationspartner etc. Ebenso werden die Organisationsstruktur sowie die Aufgaben der einzelnen Mitglieder des Managements erläutert. Künftige Entwicklungen der PVE im Rahmen von kurz- und langfristigen Unternehmenszielen können hier ebenfalls dargestellt werden. Die angedachte Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialberufen sowie Art und Ausprägung der Kooperation sind darzustellen.

Die Struktur des Textes kann dabei wie folgt gegliedert werden:

- » aller Teammitglieder inkl. Lebenslauf, Qualifikationen und Foto (siehe Kapitel 5.2.2)
- » Informationen zur gewählten Rechtsform, Infos zum Unternehmen Firmensitz (siehe Kapitel 4.2)
- » Art und Beschreibung der Zusammenarbeit mit den Heilberufen (auf Basis eines Vertrages/Dienstverhältnisses etc.)
- » Vorstellung der Heilberufe oder anderer PV-Partnerinnen/Partner, mit denen eine Kooperation eingegangen wird (z. B. Apotheken etc.)
- » Aussicht auf die Zukunft, Entwicklung der PVE

3.2.1.4. Ausgangssituation & Einzugsgebiet

In diesem Kapitel soll eine kurze Umschreibung der Ausgangssituation im Einzugsgebiet erfolgen. Dabei soll zunächst die derzeit bestehende Problematik in der Region beschrieben und anschließend das Erfolgskonzept der PVE erläutert werden. Auch Informationen zur Bevölkerung im Einzugsgebiet, dem potenziellen Patientenstamm etc. finden hier Platz.

- » Beschreibung der Zielgruppe, also der Patientinnen/Patienten (siehe Kapitel 5.2)
- » Beschreibung des Einzugsgebietes

3.2.1.5. Produkt bzw. Leistungsbeschreibung inkl. Vorteile von Primärversorgungseinheiten

In diesem Kapitel geht es insbesondere um die Geschäftsidee, welche detailliert und ansprechend umschrieben wird:

- » Welche Vorteile bringt die PVE für die Patientinnen/Patienten? (z. B. bedarfsgerechte Öffnungszeiten von Montag bis Freitag einschließlich der Tagesrandzeiten und eine Öffnungszeit an Samstagen)
- » Was ist neu am Leistungsangebot, wie unterscheidet sich die PVE von einer herkömmlichen Hausärztin/einem herkömmlichen Hausarzt?
- » Wie gestalten sich die Abläufe in der PVE?

Die Vorteile sollten anhand von konkreten Beispielen erläutert werden.

- » Leistungsangebot der PVE (siehe Kapitel 5.2.7)
- » Welche Vorteile bringt die PVE für die Patientinnen/Patienten? Was ist neu, wie unterscheidet sich die PVE von einer herkömmlichen Hausärztin/einem herkömmlichen Hausarzt?
- » Wie gestalten sich die Abläufe in der PVE? (siehe Kapitel 5.4)

3.2.1.6. Marketing und PR-Maßnahmen

In diesem Kapitel werden die gewählten Kommunikationswege und mögliche Mittel für PR-Maßnahmen erläutert. Es ist insbesondere auf die berufsrechtlichen Einschränkungen (Werbeverbot) zu achten (siehe Kapitel 4.6.5).

- » Homepage
- » Logo
- » Schilder
- » Folder

3.2.1.7. Status quo/Meilensteine/Zeitplan

Die Meilensteine sollen einen Überblick darüber bieten, in welchem Stadium der Planung sich das Projekt befindet und wie der Zeitplan der Ideenentwicklung bis hin zum operativen Geschäft aussieht. Die einzelnen Schritte sind dabei näher zu erläutern und mit einer Zeitangabe zu versehen, wann diese in Angriff genommen werden und wie lange die Bearbeitung der einzelnen Punkte dauern wird.

- » Wichtige Meilensteine bei der Gründung einer PVE
- » Kosten und Finanzierung/Vorschaurechnung
- » Findung des Kernteams
- » Klärung der rechtlichen Aspekte und Behördenwege
- » Vorbereitung für die operative Tätigkeit

3.2.1.8. Kosten und Finanzierung/Vorschaurechnung Finanzteil

Der Finanzplan bildet das Herzstück des Businessplans. Je nach gewählter Rechtsform beinhaltet der Finanzplan verschiedene Planungsdokumente. Handelt es sich beispielsweise bei der geplanten PVE um eine Gruppenpraxis-GmbH, besteht die Planungserfolgsrechnung aus einer Plan-Gewinn- und Verlustrechnung, einer Plan-Bilanz, einer Liquiditätsplanung und den Plan-Investitionen. Ist als Rechtsform eine eingetragene Personengesellschaft wie z. B. eine Offene Gesellschaft (OG) gewählt, besteht die Planungserfolgsrechnung aus der Plan-Einnahmen- und Ausgabenrechnung und auch aus den Plan-Investitionen. Unabhängig von der Rechtsform werden in separat zu übermittelnden Planungsdokumenten nähere Erläuterungen und wesentliche Annahmen getroffen und erklärt.

Folgende Fragen und Punkte werden in dem Finanzplan bearbeitet:

- » Welchen Personalbedarf und welche Personalkosten erwarten Sie in den nächsten Geschäftsjahren?
- » Wie sieht die kurzfristige Investitionsplanung aus?
- » Welche großen Investitionen werden in Zukunft anfallen? Wann und in welchem Umfang werden diese Investitionen auftreten? Wie hoch sind die aus der jeweiligen Investition entstehenden jährlichen Abschreibungen?
- » Wie hoch ist der Kapitalbedarf für die Gründungskosten?
- » Wie hoch sind die laufenden Kosten im Betrieb?
- » Wie kann der Kapitalbedarf finanziert werden? Wieviel Eigenkapital können Sie einbringen?
- » Wie hoch ist der Fremdkapitalbedarf (Kredite, Leasing)?
- » Gibt es für Ihr Vorhaben Förderungen von Bund, Land, Gemeinde, Europäischer Union?
- » Mit welchen Einnahmen können Sie rechnen?

Die Planung sollte mit realistischen Werten erarbeitet werden und konservativ sein, d. h. weder zu optimistisch noch zu pessimistisch sein. Es können auch mehrere Szenarien dargestellt werden. Mögliche Annahmen zur Erstellung eines Finanzplans für eine PVE und ein konkretes Beispiel für eine Gruppenpraxis-GmbH sind in den folgenden beiden Kapiteln näher beschrieben.

3.2.1.9. Anhang

Im Anhang eines Businessplans können weitere bereits erarbeitete Detailinformationen, wie z. B. Architektenpläne der PVE, Lebensläufe (CV) oder Details zum Finanzplan, beigelegt werden.



Webtipp: Sie finden auf der Plattform

Primärversorgung

www.primaerversorgung.gv.at ein

Finanzplanmodell für

Primärversorgungszentren (PVZ) zum

Download. Dieses dient der selbstständigen

Eingabe wirtschaftlich relevanter

Planzahlen, wie Investitionskosten,

betriebliche Aufwendungen, Einnahmen

etc., und berechnet finanzplanrelevante

Ergebnisse wie eine Einnahmen-

Ausgabenrechnung oder eine Gewinn- und

Verlustrechnung.

3.3. Schätzungen der betrieblichen Aufwendungen, der Investitionskosten und des Kapitalbedarfes für eine Primärversorgungseinheit

3.3.1. Gründungs-/Investitionskosten einer Primärversorgungseinheit

Um Sie in Ihrer individuellen Kalkulation mit einem Berechnungsmodell zu unterstützen, wurden modellhafte und damit fiktive Annahmen zu Kosten getroffen. Selbstverständlich können diese Kostenannahmen im konkreten Fall abweichen und sind dementsprechend durch passende Beträge zu ersetzen. Gerade Grundstücks- oder Mietpreise zeigen bundesweit große Unterschiede und unterliegen auch zeitlichen bzw. marktabhängigen Schwankungen.

3.3.1.1. Liegenschaft & Gebäude

Die im Folgenden angegebenen Planungsparameter für Gebäudekosten gelten sowohl für eine PVE an einem Standort (Primärversorgungszentrum, PVZ), als auch für ein Primärversorgungsnetzwerk (PVN). Für ein PVN werden bestehende Ärztinnen/Ärzte und beteiligte Gesundheitsberufe allerdings zumeist ihre bereits vorhandene Ordination verwenden. Das bedeutet, dass Gründungs-/Investitionskosten eines PVN aus einer Anschaffung eines Gebäudes nur dann anfallen werden, wenn neue Räumlichkeiten notwendig sein werden – z. B. wegen einer Erweiterung der Zusammenarbeit um weitere Gesundheitsberufe oder Zusatzräumlichkeiten für die Verwaltung der PVE.

Ein PVN weist meist mehr Raumbedarf als ein PVZ auf, da Synergieeffekte, wie z. B. gemeinsame Bereiche für Anmeldung, Wartezimmer oder Sozialraum, nicht genutzt werden können.

Neuerichtung Gebäude PVE mit Eigennutzung als Eigentum

Der Flächenbedarf bzw. die Anzahl und Ausstattung der Räume einer PVE sind davon abhängig, welches Leistungsspektrum geplant bzw. im Versorgungskonzept festgelegt wurde. Der Raumbedarf und somit die Größe einer PVE sind sehr individuell. Untenstehend finden Sie Planungsparameter und Kostenrichtwerte für den Neubau einer PVE, abhängig vom Umfang und Aufwand der Bautätigkeiten. Auch für den Umbau bestehender Räumlichkeiten dienen diese Richtwerte.

Für die Anzahl der Räume wird die Annahme getroffen, dass für Ordinationen 2 Räume pro Ärztin/Arzt bereitgestellt werden. Für Gesundheitsberufe soll jeweils 1 Raum eingeplant werden. Als Beispiel können 2 verschiedene Typen von PVE (siehe untenstehende Tabelle) herangezogen werden. Beispiel 1 ist als eine PVE mit 3 Ärztinnen/Ärzten (VZÄ) und 5 VZÄ für Pflege und weitere Gesundheitsberufe konzipiert. Beispiel 2 stellt eine größere PVE mit 6 Ärztinnen/Ärzten Vollzeitäquivalenten (VZÄ) und 8 VZÄ für Pflege und weitere Gesundheitsberufe dar.

	Beispiel 1	Beispiel 2
Anzahl Ordinationen (2 Räume pro Ärztin/Arzt)	6	12
Anzahl Räume für Gesundheitsberufe	5	8
Gesamtfläche in m²	400 m²	685 m²

Tab. 1: Beispielsannahmen Raumprogramm

Besteht für eine Neuerrichtung einer PVE ein Grundstücksbedarf, so kann man in der Bedarfsabschätzung zwischen eingeschossigen und mehrgeschossigen geplanten Gebäuden unterscheiden. Der Bedarf weist bei einer durchschnittlichen beispielhaften Gesamtfläche von ca. 400 m² (Beispiel 1) einen eingeschossigen Bedarf inkl. Stellplätzen für PKW von ca. 1.550 m² auf. Bei mehrgeschossigen Gebäuden beträgt der Bedarf 1.152 m². Die Grundstückspreise unterscheiden sich je Lage in Österreich sehr stark, ein Richtwert von durchschnittlichen Kosten pro m² in Österreich liegt ca. bei 380,- Euro (Stand 2018).

Folgende durchschnittliche Kosten pro m² Bruttogeschossfläche (BGF) können bei der Neuerrichtung bzw. bei Umbau einer PVE in der Planung als Orientierungswerte herangezogen werden:

Bauwerkskosten (Rohbau, Technik, Ausbau)	ca. 1.770,- Euro/m ² BGF
Aufschließung	ca. 56,- Euro/m ² BGF
Praxiseinrichtung inkl. IT und Medizintechnik	ca. 280,- Euro/m ² BGF
Außenanlagen (Parkplätze)	ca. 114,- Euro/m ² BGF
Honorare, Nebenkosten, 10% Reserve	ca. 690,- Euro/m ² BGF

Tab. 2: Kosten Neuerrichtung Gebäude PVE¹ ohne Ust. Bei diesen Gesamtkosten sind keine Förderungen berücksichtigt (Stand 2018).

Mietgebäude PVE

Alternativ zu einer Gebäudeerrichtung und Selbstnutzung der Räumlichkeiten im Eigentum kann die Fläche auch gemietet werden. Der geplante m²-Mietpreis muss in der Kalkulation des Finanzplans jedenfalls auf Ihren konkreten Standort angepasst werden, standortabhängige Zu- bzw. Abschläge sind zu berücksichtigen.

Zusätzlich zu den Mietkosten ist zu berücksichtigen, dass jedenfalls Adaptierungsarbeiten und damit bauliche Investitionskosten in die Räumlichkeiten notwendig sein werden, um eine

- » optimale Raumstruktur (Empfangs- und Wartebereich, Seminar- und Sozialräume etc.) bzw.
- » Infrastruktur (Sanitär-, Elektro- und IT-Installationen) sowie einen
- » barrierefreien Zutritt für eine PVE herzustellen.

Diese baulichen Umbauinvestitionen sind abhängig von den Gegebenheiten des Mietobjektes und müssen daher im Einzelfall analysiert und kalkuliert werden. Oftmals werden derartige Kosten für Adaptierungsarbeiten teilweise von der Vermieterin/vom Vermieter getragen, dementsprechend empfiehlt es sich, rechtzeitig mit der Vermieterin/dem Vermieter in Kontakt zu treten.

Generell ist es sehr wichtig, den Flächenbedarf nicht zu überschätzen und damit zu hohe Gebäudekosten, die zu den laufenden Fixkosten einer PVE zu zählen sind, zu generieren. Ein zu hoch eingeschätzter Flächenbedarf einer neuerrichteten PVE führt einerseits zu höheren Investitionskosten und damit – je nach Finanzierung – zu höheren Kreditraten und damit Rückzahlungsraten (Annuitäten). Andererseits im Falle eines Mietgebäudes führt ein zu hoch eingestuftes Flächenbedarf zu vermehrten Mietkosten. In beiden Fällen kommt es zu höheren Raumkosten d. h. vermehrten Kosten für Strom/Gas/Heizung, Betriebskosten etc.

Dies zu beachten, ist von großer Wichtigkeit, da die Kosten für den Flächenbedarf nicht variabel bzw. leistungsabhängig sind, d. h. nicht abhängig vom Patientenaufkommen, der Auslastung etc., sondern als Fixkosten laufend anfallen.

¹Quelle: SOLVE; Arch. Zesch

3.3.1.2. Rechtsberatungskosten inkl. Anmeldegebühren

Die Rechtsberatungskosten im Zuge der Gründung einer PVE können wie folgt eingeschätzt werden:

	Vertragserrichtungskosten sowie	EUR
GmbH	Gebühren für Firmenbucheintragung, Notarkosten etc.	6.000
Verein	Anmeldegebühren etc.	3.800
OG	Gebühren für Firmenbucheintragung, Notarkosten etc.	5.300
Genossenschaft	Gebühren für Firmenbucheintragung, Notarkosten etc.	5.400

Tab. 3: Vertragserrichtungskosten (Stand 2018)

Die Kosten können, insbesondere bei der Rechtsberatung und der Vertragserrichtung, im Einzelfall variieren. Die obige Einschätzung berücksichtigt, dass gewisse Vorkenntnisse und Informationen durch die Gründungsinitiative vorhanden sein werden bzw. Vertragsentwürfe bereits verwendet werden können. Die Kosten beinhalten 20 % Umsatzsteuer. Erfolgt die Gründung der PVE unter Inanspruchnahme von Umgründungen (z. B. Einbringungen von Betrieben oder Mitunternehmeranteilen, Zusammenschluss zu einer OG etc.), so sind zusätzliche Rechtsberatungskosten anzusetzen.

3.3.1.3. Steuerberatungskosten

Es wird empfohlen, im Gründungsprozess eine Steuerberaterin/einen Steuerberater beizuziehen und daher für diese Leistungen Beratungshonorare zu berücksichtigen. Erfolgt die Gründung durch einen Zusammenschluss mit bereits bestehenden Kassenordinationen, so ist für die Erstellung der Umgründungsbilanzen jedenfalls eine Übergangsgewinnermittlung durchzuführen, wobei in der Folge dann wieder die Einnahmen-Ausgaben-Rechnung als Gewinnermittlungsvorschrift angewendet werden kann.

Die neue PVE ist auch bei Behörden anzumelden – wie z. B. dem Finanzamt, der Sozialversicherung für die An- und Ummeldung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, der Gemeinde etc. Diese Tätigkeiten übernimmt für gewöhnlich die Steuerberaterin/der Steuerberater bzw. die Lohnverrechnerin/der Lohnverrechner der PVE.

3.3.1.4. Andere Gründungskosten

- » Erstausrüstung medizinisches/nicht-medizinisches Verbrauchsmaterial
- » Anschaffung eines Anfangsbestands an Medikamenten, Infusionen etc. sowie an nicht-medizinischem Verbrauchsmaterial wie Reinigungsmittel, Büromaterial etc.
- » Öffentlichkeitsarbeit
- » Kosten für den Aufbau einer Website und andere initiale Marketingmaßnahmen
- » Anschaffungskosten für KFZ-(Pool)fahzeug(e) für Hausbesuche. Die Kosten sind abhängig von Art und Anzahl der KFZ.
- » Vorfinanzierung des laufenden Betriebs

Die Tätigkeit der PVE führt zu Einnahmen, sobald die ersten Kassenhonorare aus dem Primärversorgungsvertrag von den Kassen bezahlt werden. Dies kann bis zu 3–4 Monaten ab Erbringung der Leistungen aus dem Primärversorgungsvertrag dauern. Daher sind sämtliche Kosten, die für den Betrieb der PVE notwendig sind (ggf. Investitionskosten und laufende Kosten, siehe Details dazu Kapitel 3.3.3.2.2), für diesen Zeitraum vorzufinanzieren.

Die Vorfinanzierung kann im Rahmen eines Kontokorrentkredits erfolgen. Sie können auch bei der ÖGK um eine Anschubfinanzierung ersuchen (siehe Kapitel 3.5.2).

3.3.1.5. Eigenkapitalausstattung der Primärversorgungseinheit

Abhängig von der gewählten Rechtsform ist die PVE mit folgendem Mindesteigenkapital auszustatten:

Mindesteigenkapital	
GmbH:	Mindest-Stammkapital EUR 35.000, davon die Hälfte bar einzuzahlen. Bei Inanspruchnahme der Gründungsprivilegierung für einen Zeitraum von 10 Jahren Mindest-Stammkapital von EUR 10.000, davon die Hälfte bar einzuzahlen.
Verein, Genossenschaft:	keine Eigenkapitalausstattung notwendig
OG:	» Zahlung von fixen Kapitalien, im Anteil der Beteiligungsverhältnisse » Höhe des fixen Kapitals kann durch die Gründungsmitglieder frei vereinbart werden.

Tab. 4: Mindesteigenkapital

3.3.2. Laufende Kosten einer Primärversorgungseinheit

3.3.2.1. Unterscheidung zwischen variablen und fixen Kosten

Die laufenden Kosten einer PVE können in variable und fixe Kosten unterteilt werden.

- » **Variable Kosten** sind unmittelbar leistungsabhängig, fallen also nur nach Maßgabe der tatsächlichen Leistungen an. Dazu zählen z. B. Aufwendungen für Medikamente, Verbrauchsmaterial und Fremdleistungen. In einer Ordination mit Hausärztinnen/Hausärzten spielen variable Kosten eine geringere Rolle als fixe Kosten.
- » **Fixe Kosten** fallen an, solange der Betrieb leistungsbereit ist, und unabhängig davon, ob eine Leistung erbracht wird. Bei der Planung dieser Kosten kann davon ausgegangen werden, dass sie für eine bestimmte Periode eine konstante Größe haben und auch dann anfallen, wenn die Ordination nicht geöffnet hat. Dazu zählen z. B. Personal-, Miet- und Betriebskosten, Versicherungen.
- » **Sprungfixe Kosten:** Bei einem Kostensprung bei Ausweitung der Kapazität wird der Begriff der sprungfixen Kosten verwendet. Wird z. B. eine weitere Mitarbeiterin/ein weiterer Mitarbeiter der PVE eingestellt (z. B. Gesundheitsberuf), dann erhöht dies die laufenden Kosten um einen fixen Betrag. Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter ermöglicht aber eine Kapazitätsausweitung, ohne dass dadurch in der Folge weitere Personalkosten entstünden. Die Chance zur Umsatzausweitung bedeutet daher oftmals auch einen Kostensprung.

3.3.2.2. Arten von laufenden Kosten einer Primärversorgungseinheit

Die laufenden Kosten einer PVE können weiters nach ihrer Entstehungsart kategorisiert werden. Bei der Kalkulation der Kosten ist darauf zu achten, dass die Kosten brutto, also inklusive Umsatzsteuer, herangezogen werden.

- » Materialkosten setzen sich aus Kosten für medizinisches (Medikamente, Infusionen etc.) und nicht-medizinisches (Reinigungs-, Büromittel etc.) Ge- und Verbrauchsmaterial zusammen und sind variabel, d. h. abhängig vom Verbrauch der Materialien
- » Fremdleistungen (auch im Werkvertrag tätige Gesundheitsberufe) sind regelmäßig variabel und daher abhängig vom Verbrauch der Materialien bzw. von erbrachten Stunden/Leistungen

- » Personalaufwand (Unternehmerlohn für Gesellschafter-Ärztinnen/Ärzte) – sollte auf Basis einer fremdüblichen Ausgestaltung kalkuliert werden. Basis können durchschnittliche Tagessätze für Vertretungshonorare unter Annahme einer bestimmten Arbeitszeit im Monat sein
- » Personalaufwand (Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter) – setzt sich zusammen aus dem Bruttolohn an die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter wie auch aus Lohnnebenkosten, die an die jeweiligen Stellen abzuführen sind (Sozialversicherung, Finanzamt, Gemeinde und Betriebliche Vorsorgekasse)
- » Honorare von Werkvertragsmitarbeiterinnen/-mitarbeitern
- » Raumkosten – für die gemieteten Räumlichkeiten, inkl. Betriebskosten und Heizung/Strom/Gas
- » Kosten für Außenanlagen (Parkplatz)
- » Praxisinstandhaltung, Reparaturkosten
- » Kosten für Marketing und Öffentlichkeitsarbeit
- » IT-Kosten, inkl. Telefon/Internet, Lizenzgebühren
- » KFZ-Kosten für die Fahrzeuge für Hausbesuche und Pflegefälle beinhalten neben Leasingzahlungen/ Abschreibungen bei Anschaffungen von PKW auch Betriebskosten wie z. B. Versicherung, Reparaturen, Treibstoffe etc.
- » Fortbildungskosten der Ärztinnen/Ärzte wie auch Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter
- » Kosten Lehrpraxis Arzt (Fördermöglichkeit SV/Länder/Bund)
- » Vertretungshonorare
- » Sachmittel für Abhaltung von zwei Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung p.a. und weiteren div. Schulungen
- » Freiwilliger Sozialaufwand
- » Rechts- und Beratungskosten, inkl. Steuerberatung, Lohnverrechnung, Bilanzierung und Buchhaltung
- » Versicherungen (Haftpflicht, Gebäude etc.), Kammerbeiträge etc.
- » Finanzierungskosten, Annuität (Kredittilgung und -zinsen)
- » Monatliche Zahlungen durch die natürlichen Personen wie ÄK-Beiträge und Beiträge für die Pflicht- und Krankenversicherung (sind keine Kosten der PVE)

3.3.2.3. Die Bedeutsamkeit unternehmerischen und betriebswirtschaftlichen Handelns

Der wirtschaftlich erfolgreich laufende Betrieb einer PVE ist abhängig von einem effizienten und effektiven betriebswirtschaftlichen Handeln. Die Gesellschafterinnen/Gesellschafter einer PVE müssen unternehmerisch aktiv sein und auch so denken. Dies ist vor allem dann entscheidend, wenn es um die Abdeckung von laufend anfallenden variablen und vor allem fixen, d. h. leistungsunabhängigen Kosten geht. In der Betriebswirtschaft spricht man von einem „Break-Even-Point“, der z. B. in Zusammenhang mit PVE angibt, ab welcher Patientinnen-/Patientenanzahl die fixen und die variablen Kosten durch die Kassenhonorare (und andere Umsätze) gedeckt werden. Der aufgrund der speziellen laufenden Kosten immer individuelle Break-Even-Point je PVE ist im Rahmen der Berechnung des Finanzplans jedenfalls zu analysieren und zu berücksichtigen.

3.3.2.4. Mögliche Einflussgrößen in Bezug auf laufende Kosten

- » Annuität/Kreditrate: abhängig von der Finanzierungsart und der Höhe des aufgenommenen Kapitals
- » Raumkosten: abhängig vom Raumbedarf und dessen realistischer Einschätzung und Ausgestaltung
- » Materialkosten: abhängig von effizienten Einkaufsmaßnahmen unter Berücksichtigung von Mengenrabatten, Preisverhandlungen etc.
- » Marketing: Genaue Analyse der Notwendigkeit und mögliches In-Sourcing von Tätigkeiten

3.4. Finanzplan

3.4.1. Finanzplan einer fiktiven Muster-Primärversorgungseinheit

Der Finanzplan der nachfolgenden fiktiven Muster-PVE-GmbH („Ärzte GmbH“) an einem Standort stellt eine wirtschaftliche Planung der zu gründenden GmbH (PVZ) dar und soll Ihre individuelle Kalkulation hinsichtlich Strukturierung und Positionen unterstützen. Die fiktive Modellberechnung basiert auf folgenden Strukturmerkmalen als Modellannahme:

5 Ärztinnen/Ärzte als PVE-Gesellschafterinnen/-Gesellschafter:

- » Eine Ärztin A hat eine schon lange bestehende Ordination (kein Firmenwert mehr aktiviert, keine Schulden aus Ordinationsübernahme, eine Kassenplanstelle)
- » Ein Arzt B hat vor zwei Jahren eine Ordination gekauft, der aktivierte Firmenwert beträgt EUR 80.000, Verbindlichkeiten aus der Ordinationsübernahme bestehen mit EUR 80.000, eine Kassenplanstelle
- » 3 Ärztinnen/Ärzte kommen neu hinzu (VZÄ).

Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter:

- » 4 Vollzeit-Ordinationsassistenzen
- » 3 Vollzeit-Gesundheitsberufe
- » 3 Vollzeit-Diplomiertes Pflegepersonal
- » 1 PVE-Manager
- » 1 Reinigungskraft

Die PVE wird ihren Betrieb in gemieteten Räumlichkeiten im Ausmaß von 685 m² an einem Standort (PVZ) betreiben. Das hier gewählte Honorierungsmodell stellt nur eine mögliche Variante dar.

Die in der nachstehenden Tabelle dargestellten Nutzungsdauern stellen eine Indikation dar, die sich an den Erfahrungswerten der Praxis orientiert, insbesondere an den deutschen AfA-Tabellen. Die steuerliche Nutzungsdauer basiert weitestgehend auf der tatsächlich erwarteten Nutzungsdauer, es bestehen nur wenige Ausnahmen (im Wesentlichen betreffend PKW und Firmenwert).

Investitionsbedarf und Einmalaufwand Ärzte GmbH (in EUR)	Betrag	Fälligkeit	Nutzungsdauer
Praxiseinrichtung	50.000	1. Monat	10 Jahre
Bauliche Investitionen in Räumlichkeiten	200.000	1. Jahr	40 Jahre
Medizinische Geräte	200.000	1. Monat	10 Jahre
EDV-Investitionen, Telefonanlage	96.000	1. Monat	3–10 Jahre
Erstausstattung medizinische Produkte	20.000	1. Monat	1 Jahr
Vorfinanzierung Kosten 3 Monate	80.117	1. Monat	n/a
Vorfinanzierung Arbeitsvergütung Gesellschafter 3 Monate	30.083	1. Monat	n/a
Summe	676.200		

Tab. 5: Investitionsbedarf Ärzte GmbH (Beispiel Stand 2018)

Plan-Gewinn- und Verlustrechnung (Werte in EUR)	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Erläuterung Nr.
Betriebsleistung				
Kassenhonorare	1.475.000	1.548.750	1.626.188	1
Grundpauschale Kostenersatz Lohnnebenkosten Ärzte	24.909	25.407	25.915	2
Grundpauschale Kostenersatz DGKP, Gesundheitsberufe und PVE-Manager	412.900	421.158	429.581	3
Summe Betriebsleistung	1.912.809	1.995.315	2.081.684	
Materialaufwand und Fremdleistungen	-30.000	-30.600	-31.212	
Arbeitsvergütung Ärztinnen/Ärzte	-361.000	-368.220	-375.584	4
Lohnnebenkosten Arbeitsvergütung	-24.909	-25.407	-25.915	5
Personalaufwand inkl. Lohnnebenkosten	-577.700	-577.700	-577.700	6
sonstiger Aufwand (inkl. Finanzierungskosten/Zinsen)	-329.169	-315.206	-321.318	7
Summe Aufwand	-1.322.778	-1.317.133	-1.331.730	
Ergebnis vor Abschreibung u. Steuer	590.031	678.182	749.954	
Abschreibung Sachanlagevermögen	-63.333	-63.333	-63.333	8
Abschreibung Firmenwert	-5.300	-5.300	-5.300	9
Ergebnis vor Steuer	521.397	609.549	681.321	
Körperschaftsteuer 25 %	-130.349	-152.387	-170.330	
Ergebnis nach Steuer	391.048	457.162	510.991	10
Kapitalertragsteuer 27,5 %	-107.538	-125.719	-140.522	
Dividende nach KEST	283.510	331.442	370.468	11

Tab. 6: Plan-Gewinn- und Verlustrechnung (Stand 2018, zwischenzeitliche Änderungen im Beispiel nicht berücksichtigt)

Erläuterung zur fiktiven Modellrechnung Nr.

- 1 Kassenhonorare: 5 praktische Ärztinnen/Ärzte mit Kassenvertrag erwirtschaften durchschnittlich EUR 295.000 fallabhängige Honorare; ab dem zweiten Jahr wird eine Wachstumsrate von durchschnittlich 5 % p.a. kalkuliert (Patientenzuwachs).
- 2 Grundpauschale: Seitens der Kassen erfolgt ein Kostenersatz für die Lohnnebenkosten der Ärztinnen/Ärzte.
- 3 Grundpauschale: Seitens der Kassen erfolgt ein Kostenersatz für die gesamten Personalkosten der Gesundheitsberufe (3 „VZÄ“ = Vollzeitäquivalent), diplomierten Pflegekräfte (3 VZÄ) und 1 PVE-Managers.
- 4 Die 5 Ärztinnen/Ärzte erhalten jeweils EUR 72.200 als Arbeitsvergütung. Dies entspricht einer Vertretungspauschale von ca. EUR 320 pro Tag, ab dem zweiten Jahr steigen diese Kosten um 2 % p.a.
- 5 Auf die Arbeitsvergütung entfallen Lohnnebenkosten von 6,9 % (DB und KommSt).
- 6 Die Personalkosten der Ordinationsassistenten (4 VZÄ), der Heilberufe (3 VZÄ), diplomierten Pflegekräfte (3 VZÄ), 1 PVE-Managers und 1 Reinigungskraft sind mit einer mindestkollektivvertraglichen Entlohnung zuzüglich einer 20-prozentigen Überbezahlung kalkuliert; ab dem 2. Jahr steigen die Kosten um 2 % p.a.
- 7 Im sonstigen Aufwand sind enthalten:
Raumkosten inkl. Betriebskosten und USt für eine Mietfläche von 685 m², kalkuliert mit einem durchschnittlichen Mietzins von EUR 14,4/m², zuzüglich Miete von Parkplätzen für Poolfahrzeuge der PVE, Summe beträgt EUR 132.000 p.a., 2 % Steigerung p.a., Telefon/Internet/Porti, Marketing von EUR 15.000 p.a., 2 % Steigerung p.a.
Rechts- u. Beratungskosten von EUR 64.000 im ersten Jahr, im zweiten Jahr EUR 45.000, ab dem dritten Jahr + 2 %
EDV-Kosten EUR 24.000 p.a., + 2 % Steigerung p.a.
Kosten für 3 KFZ-Poolfahrzeuge für Hausbesuche, EUR 24.000, + 2 % Steigerung p.a.
Restliche andere Kosten beinhalten Versicherungen, Kammerbeiträge, Finanzierungskosten und betragen EUR 70.169, Steigerung 2 % p.a.
- 8 Die Investitionen ins Sachanlagevermögen werden im ersten Halbjahr in Betrieb genommen und über eine Nutzungsdauer zw. 3–40 Jahren abgeschrieben.
- 9 Aus der Einbringung einer Kassenordination geht der Firmenwert eines Arztes auf die GmbH über, die Abschreibung erfolgt üblicherweise unternehmensrechtlich über eine Nutzungsdauer von 10 Jahren = steuerlich über eine Nutzungsdauer (ND) von 15 Jahren, bei einem Ausstieg des übertragenden Arztes 5 Jahre. In der Praxis erfolgt unternehmensrechtlich eine Abschreibung über eine kürzere ND (10 Jahre), steuerlich hingegen über eine ND von 15 Jahren. Aus Vereinfachungsgründen für diese Finanzplanberechnung wurde dieselbe Nutzungsdauer gewählt.
- 10 Das Jahresergebnis nach Körperschaftsteuer wird voll ausgeschüttet.
- 11 Die Nettodividende an die Gesellschafterinnen/Gesellschafter gelangt zur Ausschüttung. Wie die Verteilung erfolgt, ist zwischen den Gesellschafterinnen/Gesellschaftern zu vereinbaren, siehe auch Teil II Kapitel 2 (Gewinnverteilungsmodelle-Übersicht).

Tab. 7: Erläuterungen zur fiktiven Modellrechnung (Stand 2018)

Erläuterung zur fiktiven Modellrechnung Nr.	
12	Die Investitionen ins Sachanlagevermögen erfolgen im Jahr 0 vor Beginn der Tätigkeit der PVE-GmbH, in den folgenden Jahren 1–3 wird eine laufende Abschreibung erfasst.
13	Vorräte betreffen den Materialbedarf an Medikamenten und Verbandsmaterial etc.
14	Forderungen aus Lieferungen und Leistungen sind am Jahresende jeweils für 1 Monat offen.
15	Am Ende des Jahres 0 werden die Kosten für den ersten Monat des Jahres 1 vorfinanziert und stehen am Bankkonto zur Verfügung. Aus der Gründung der GmbH steht zusätzlich das eingezahlte Stammkapital zur Verfügung.
16	Eigenkapital wird im Jahr 0 in Höhe von EUR 35.000 Stammkapital der GmbH einbezahlt. Im Jahr 2 wird der Bilanzgewinn des Jahres 0 voll ausbezahlt (Dividende), im Jahr 3 der Gewinn des Jahres 2.
17	Die Verbindlichkeit aus dem Firmenwert wird über einen Zeitraum von 15 Jahren getilgt.
18	Die Lieferverbindlichkeiten setzen sich zusammen aus Kosten für 1 Monat (Personal, Miete, laufende andere Kosten).
19	Die Finanzierung der Anfangsinvestitionen erfolgt über einen 10-jährigen Kredit.

Tab. 8: Erläuterungen zur fiktiven Modellrechnung

Plan-Bilanz (Werte in EUR)	31.12. Jahr 0	31.12. Jahr 1	31.12. Jahr 2	31.12. Jahr 3	Erläute- rung Nr.
Sachanlagevermögen	546.000	482.667	419.333	356.000	12
Firmenwert	80.000	74.700	69.400	64.100	9
Vorräte	20.000	20.000	20.000	20.000	13
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	0	159.401	166.276	173.474	14
Liquide Mittel	145.200	504.675	572.012	628.089	15
Bilanzsumme Aktiva	791.200	1.241.442	1.247.022	1.241.663	
Eigenkapital	35.000	426.048	492.162	545.991	16
Verbindlichkeiten aus Firmenwert-Übernahme	80.000	74.700	69.400	64.100	17
Lieferverbindlichkeiten inkl. so. Verbindlichkeiten	0	121.094	122.460	125.172	18
Finanzierungsverbindlichkeiten	676.200	619.600	563.000	506.400	19
Bilanzsumme Passiva	791.200	1.241.442	1.247.022	1.241.663	

Tab. 9: Plan-Bilanz

Aufbauend auf dieser Plan-Gewinn- und Verlustrechnung sowie der Plan-Bilanz kann die folgende Cash-Flow- Rechnung ausgeführt werden.

Cash-Flow „CF“	0. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Jahresergebnis nach KÖSt Aus Plan-Gewinn- und Verlust-Rechnung	0	391.048	457.162	510.991
Abschreibung Sachanlagen	0	63.333	63.333	63.333
Abschreibung Firmenwert	0	5.300	5.300	5.300
Aufbau Forderungen	0	-159.401	-6.876	-7.197
Einzahlung Stammkapital	35.000			
Verbindlichkeiten Firmenwert	80.000	-5.300	-5.300	-5.300
Aufbau Lieferverbindlichkeiten		121.094	1.366	2.712
Veränderung Finanzierungsverbindlichkeiten	676.200	-56.600	-56.600	-56.600
	791.200	359.475	458.386	513.238
CF aus Finanzierungstätigkeit	791.200	-61.900	-61.900	-61.900
CF aus Investitionstätigkeit	-626.000			
CF aus operativer Tätigkeit	-20.000	421.375	520.286	575.138
	145.200	359.475	458.386	513.238
Dividendenzahlung (inkl. KEST)			-391.048	-457.162
Cashflow gesamt	145.200	359.475	67.337	56.077
liquide Mittel 1.1.	0	145.200	504.675	572.012
liquide Mittel 31.12.	145.200	504.675	572.012	628.089
Veränderung der liquiden Mittel	145.200	359.475	67.337	56.077

Tab. 10: Plan-Cash-Flow-Rechnung

Basierend auf dieser Plan-Cash-Flow-Rechnung können folgende Aussagen getroffen werden:

- » Der Investitionsbedarf der Ärzte-GmbH in Höhe von EUR 676.200 kann über eine Laufzeit von 10 Jahren finanziert werden, die Tilgung der Finanzierung erfolgt aus dem laufenden operativen Ergebnis.
- » Der Bilanzgewinn könnte jährlich an die Gesellschafterinnen/Gesellschafter ausgeschüttet werden (beginnend ab dem Jahr 2 für Gewinnausschüttungen des Jahres 1).

Somit ergibt sich auf Basis der getroffenen Annahmen bei dem konkreten Beispiel ein durchschnittliches jährliches Einkommen (Arbeitsvergütung und Dividende) von rund 146.000 € pro Ärztin/Arzt vor Steuer und knapp 105.000 € nach Steuer, wobei die Zahlungen von Pensionsversicherungsbeiträgen und an den Wohlfahrtsfonds in den persönlichen Steuererklärungen abgezogen werden können, sofern nicht als Betriebsausgabe abgesetzt. Im Vergleich mit den durchschnittlichen Einkünften aus selbstständiger Arbeit als Einzel- Kassenordination ist das Einkommen nach Steuer pro Ärztin/Arzt in der PVE um knapp 20.000 € höher. Neben den potenziellen finanziellen Vorteilen ergeben sich aufgrund der Organisationsform einer PVE deutliche Vorteile im Bereich der Betriebsorganisation, u. a. durch flexibleren Personaleinsatz, geregelte Vertretungsregelungen. Die organisatorischen Vorteile werden im Kapitel 5.2.1. näher erläutert.

3.5. Finanzierungsmöglichkeiten

3.5.1. Eigenkapital/Fremdkapital

Zunächst ist der Kapitalbedarf für die geplante PVE anhand einer Kapitalbedarfsplanung zu ermitteln. Für diese Kapitalbedarfsplanung können die Angaben aus dem Kapitel 3.3.1. als Hilfe verwendet werden. Hat diese Kapitalbedarfsplanung eine bestimmte Summe ergeben, stellt sich die Frage nach den Finanzierungsmöglichkeiten. Dabei ist zu ermitteln, wie viel Eigenkapital durch die Gesellschafterinnen und Gesellschafter aufgebracht werden kann. Eine Eigenkapital-Quote von 20 – 30 % gilt als Richtschnur, es gibt allerdings keine allgemein gültige Regel. Die Vorteile bzw. Eigenschaften der Eigenkapitalfinanzierung sind:

- » Das Kapital steht der PVE dauerhaft zur Verfügung (27,5 % KEST fällt erst bei Ausschüttung an).
- » Eine gute Eigenkapitalausstattung erleichtert die Finanzierung durch Fremdkapital.
- » Die Gesellschafterinnen/Gesellschafter sind als Eigenkapitalgeberinnen/Eigenkapitalgeber am Unternehmen beteiligt.

3.5.2. Anschubfinanzierung/Förderungen

Hinsichtlich der einmalig entstehenden Gründungskosten der PVE stehen im Rahmen des Projekts „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ umfangreiche EU-Förderungen zur Verfügung. Zudem kann von den Sozialversicherungsträgern sowie den Ländern eine sogenannte Anschubfinanzierung gewährt werden (siehe Kapitel 3.6.3). Die laufenden Mehrkosten aus der Umstellung, dem Ausbau der Behandlungsleistungen und zusätzlichem Personal werden teilweise ebenfalls von den Ländern sowie den Sozialversicherungsträgern gefördert. In den einzelnen Bundesländern bestehen unterschiedliche Honorierungsmodelle, bei denen z. T. die gesamten Aufwendungen gegen Auslage ersetzt werden, falls diese ökonomisch und sachlich begründet sind. Eine diesbezügliche Einigung muss im Vorfeld individuell erzielt werden. Darüber hinaus besteht vor allem in ländlichen Gebieten die Möglichkeit weiterer EU-Förderungen (siehe Kapitel 3.6), z. B. aus den Fördertöpfen für ländliche Entwicklung.

3.5.3. Aufnahme eines Darlehens

3.5.3.1. Voraussetzungen

Die Voraussetzung zur Aufnahme bzw. Gewährung eines Darlehens ist, dass der Darlehensbetrag samt Nebenkosten und allfälligen Zinsen von der Darlehensnehmerin/vom Darlehensnehmer – der PVE – auch zurückbezahlt werden kann. Jeder Finanzierungsgeber überprüft die Kreditwürdigkeit (auch genannt: „Bonität“). Von der Kreditwürdigkeit hängt ab, ob und zu welchen Bedingungen eine Finanzierung gewährt wird und wie das Finanzierungskonzept aufgestellt ist. Oftmals werden von den finanzierenden Stellen Sicherheiten (z. B. Hypothek = Verpfändung einer Liegenschaft mit Grundbucheintrag, Ablebensversicherungen, Bürgschaften oder Garantien) verlangt. Welche Sicherheiten tatsächlich vorgelegt werden müssen, hängt vom Finanzierungskonzept ab.

3.5.3.2. Finanzierungskonzept, Vorbereitung auf Bankgespräch

Das Finanzierungskonzept stellt eine Übersicht dar, welche Investitionen einschließlich etwaiger Nebenkosten wie finanziert werden: Es berücksichtigt die Höhe des zur Verfügung stehenden Eigenkapitals und der zukünftigen Liquiditätszahlungen, die zur Rückzahlung des Darlehens zur Verfügung stehen.

Anhand des Finanzierungskonzepts können die Kreditgeber die Finanzierungswürdigkeit der Investitionen beurteilen und eventuelle Finanzierungsrisiken einschätzen. Das Finanzierungskonzept sollte optimaler Weise an den im Kapitel 3.2. erläuterten Businessplan aufsetzen und bereits als Vorbereitung auf das Bankgespräch zumindest mit groben Annahmen erarbeitet werden. Endgültige Anpassungen an z. B. den finalen Finanzierungsbedarf, Konditionen oder Szenarien können laufend eingearbeitet werden. Jede Bank wird ein individuelles Finanzierungsangebot unterbreiten.

Die unterschiedlichen Angebote sind einem genauen Vergleich zu unterziehen, um das attraktivste Angebot auszuwählen. Dabei spielt der „effektive Jahreszins“ eine wichtige Rolle: Der effektive Jahreszins berücksichtigt die Gesamtkosten der Finanzierung als jährlichen Prozentsatz des Gesamtfinanzierungsbetrages und ermöglicht somit einen relativ einfachen Vergleich.

3.5.3.3. Darlehensarten und Darlehensbedingungen

Der Finanzierungsbedarf, welcher nicht durch Eigenkapital gedeckt werden kann, muss fremdfinanziert werden, um die Investitionen durchführen zu können. Die in Österreich am häufigsten anzutreffende Finanzierungsform ist ein Bankkredit/Bankdarlehen. Dabei kann man unter anderem folgende Ausprägungsarten unterscheiden:

- » **Investitionskredit** – Dient der längerfristigen Finanzierung zur Anschaffung von Anlagegütern, die Laufzeit beträgt üblicherweise 4–15 Jahre. Als Sicherheit dienen die angeschafften Investitionsgüter, der Kredit wird meist zweckgebunden zur Verfügung gestellt. Rückzahlung als Ratenkredit ist üblich.
- » **Betriebsmittelkredit** – Dient der finanziellen Überbrückung von Liquiditätsengpässen im Falle stark schwankender Einnahmen und Ausgaben. Innerhalb des Kreditrahmens kann frei über die Mittel verfügt werden. Die Zinsen werden auf Basis der jeweiligen Ausnützung berechnet. Laufzeit in der Regel < 1 Jahr.

Diese Darlehensarten können unter anderem unter folgenden Bedingungen ausgestaltet und abgeschlossen werden:

- » **Variable/fixe Verzinsung** – Während variabel verzinsten Kredite meistens an den 3-Monats-Euribor als Indikator gebunden werden, wird beim Fixzinskredit der Zinssatz bei Abschluss des Kreditvertrages festgesetzt und bleibt über die gesamte Laufzeit hinweg unverändert. Gerade in Zeiten mit niedrigem Zinsniveau sind Fixzinskredite besonders beliebt, um den Zins über die Jahre „einzufrieren“. Ein variabler Zinssatz kann aber abhängig von der Laufzeit und der Veränderung des Zinsniveaus vorteilhafter sein.
- » **Endfälliger Kredit** – Ein endfälliger Kredit zeichnet sich dadurch aus, dass während der gesamten Laufzeit nur Zinszahlungen zu leisten sind, während die Kreditsumme erst am Ende der Laufzeit fällig ist. Die Zinsbelastung für endfällige Kredite ist in der Regel höher als jene von Ratenkrediten, da das Kreditausfallsrisiko für die Bank während der gesamten Laufzeit gleichbleibend hoch ist. Die Rückzahlung der Kreditsumme kann beispielsweise durch einen Tilgungsträger (Lebensversicherung) angespart werden.
- » **Tilgungskredit** – Dem endfälligen Kredit steht der Tilgungskredit gegenüber, welcher in Form eines Annuitätenkredits oder in Form eines Ratenkredits ausgestaltet sein kann. Beim Annuitätenkredit bleiben die Raten der Höhe nach gleich, der Anteil der Zinsen ist zu Beginn des Kredites höher und sinkt dann im Verhältnis zum rückgezahlten Kapitalanteil. Beim Ratenkredit hingegen wird die Tilgung des Kapitalanteiles vereinbart, wodurch sich der zu verzinsende Kapitalanteil stetig verringert und weshalb die Raten mit der Laufzeit kleiner werden.
- » **Hypothekendarlehen** – Dem Kreditgeber wird als Sicherheit für den Kredit eine Hypothek angeboten, in der Regel an einer Immobilie. Diese bleibt im Eigentum der Kreditnehmerin/des

Kreditnehmers und wird lediglich im Fall von Zahlungsunfähigkeit zwangsversteigert. Sobald der Kredit voll zurückgezahlt wurde, muss die Löschung der Hypothek beantragt werden, welche somit erlischt.

- » **Haftungskredit** – Kreditsumme wird nicht als Bargeld ausbezahlt, der Kreditgeber verpflichtet sich im Fall von säumigen Forderungen einzuspringen (Bankgarantie).

3.5.3.4. Finanzielle Risiken inkl. Haftungsinanspruchnahme

Erfolgt die Finanzierung der Investitionen einer PVE in Form von Fremdkapital, so bestehen folgende finanzielle Risiken, die sich aus den jeweiligen Darlehensbedingungen ableiten lassen:

- » **Variable/fixe Verzinsung:** steigender Zinssatz, sodass entweder die laufenden Raten erhöht werden oder sich die Gesamtlaufzeit verlängert. Das Risiko kann durch die Wahl einer fixen Verzinsung minimiert werden – in der Regel sind jedoch die Zinssätze für die fixe Verzinsung höher.
- » **Endfälliger Kredit** kombiniert mit einem Tilgungsträger: Während der Laufzeit werden nur Zinsen an die finanzierende Bank bezahlt. Statt der Tilgung des Kredites wird ein Tilgungsträger (das ist ein Finanzprodukt wie beispielsweise ein Wertpapier, ein Fonds oder eine Versicherung) angespart. Ziel ist, dass der Tilgungsträger am Ende der Laufzeit die Höhe des endfälligen Kredites erreicht. Ob und in welchem Umfang der Erlös des Tilgungsträgers zur Kredittilgung ausreicht, hängt von der nicht vorhersehbaren Entwicklung des Tilgungsträgers ab. Das Risiko besteht daher in einer finanziellen Lücke zwischen dem Erlös aus dem Tilgungsträger und der Kredittilgung.
- » **Hypothekendarlehen:** Im Fall einer Zahlungsunfähigkeit hat der Kreditgeber die Möglichkeit, die Liegenschaft zwangszu versteigern. Das Risiko besteht darin, dass die betriebsnotwendige Liegenschaft der PVE nicht mehr zur Verfügung steht.
- » **Vorzeitige Rückzahlungsmöglichkeit:** Vorteilhaft ist es, wenn der Darlehensvertrag eine vorzeitige Tilgung von Teilbeträgen oder vom Restbetrag gestattet und dafür keine Sonder-Bearbeitungsgebühren (Vorfalligkeitsentschädigung) gefordert werden. Ein möglicher Nachteil besteht daher dann, wenn die vorzeitige Rückzahlungsmöglichkeit ohne Sonderkosten vertraglich nicht vereinbart wurde.
- » **Ratenhöhe und Laufzeit:** Neben der Berechnung der Ratenhöhe sollten auch die Gesamtkosten der Finanzierung und die Laufzeit beachtet werden: Je geringer die laufenden Zahlungen sind, desto länger ist die Laufzeit und desto höher sind die Zinsbelastungen.
- » **Haftungsinanspruchnahme eines Darlehensnehmers:** Wird ein Darlehensvertrag von zwei Personen unterschrieben, haftet die 2. Darlehensnehmerin/der 2. Darlehensnehmer, falls die 1. Darlehensnehmerin/der 1. Darlehensnehmer die vereinbarten Raten nicht zahlt.

Das finanzielle Risiko hängt auch vom gewählten Honorierungsmodell ab. Da das finanzielle Risiko jeden jederzeit treffen kann, ist es nie gänzlich auszuschließen. Jedoch ist es möglich, das finanzielle Risiko zumindest einzugrenzen. Des Weiteren sollte immer gut abgewogen werden, wie weit ein besonderes Risiko eingegangen werden sollte und ob die möglichen Folgen für alle Beteiligten der PVE tragbar wären. Das finanzielle Risiko aus der Inanspruchnahme einer Darlehensfinanzierung kann durch Garantien für Investitionen minimiert werden, diese Garantieübernahme stellt eine Förderung dar und muss vor Inanspruchnahme der Finanzierung mit der fördergebenden Stelle (Länder/Gemeinden etc.) abgeklärt werden.

3.5.4. Gesellschafterdarlehen

Für eine Gründung einer PVE in der Rechtsform einer GmbH steht neben der klassischen Finanzierung einer Bank eine weitere Möglichkeit zur Verfügung: Eine Gesellschafterin/ein Gesellschafter der PVE-GmbH gewährt zusätzlich zum Eigenkapital auch ein Darlehen. Damit dieses steuerlich als Fremdkapital anerkannt wird, müssen die Darlehensbedingungen fremdüblich ausgestaltet sein. Nach den Maßstäben einer fremdüblichen Ausgestaltung muss eine Vereinbarung

- » nach außen ausreichend zum Ausdruck kommen,
- » einen eindeutigen, klaren und jeden Zweifel ausschließenden Inhalt haben und
- » zwischen Fremden unter den gleichen Bedingungen abgeschlossen werden.

Für die Darlehensgewährung einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters einer PVE-GmbH empfiehlt sich daher jedenfalls, einen schriftlichen Darlehensvertrag, der sämtliche Darlehensbedingungen zu fremdüblichen Konditionen beinhaltet, abzuschließen. Bei fremdüblicher Ausgestaltung sind Zinskosten auf Ebene der GmbH steuerlich abzugsfähig und auf Ebene des Gesellschafters mit dem progressiven Einkommensteuertarif zu versteuern (nicht mit dem Sondersteuersatz von 27,5 %).

3.6. Potenzielle Finanzierungs- und Fördermittel für Primärversorgungseinheiten

3.6.1. RRF-Förderungen

Im Rahmen des RRF-Projekts „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ gibt es insbesondere für die Neugründung von PVE umfangreiche Förderungen für die Primärversorgung. Bei PVE-Neugründungen können u. a. Kosten für den Neubau einer PVE, Instandsetzungsmaßnahmen und bauliche Adaptierungen, medizinische Ausstattung sowie Beratungen in der Gründungsphase oder Planungskosten gefördert werden. Auch für bereits bestehende PVE gibt es die Möglichkeit, Förderungen in den Bereichen digitale/räumliche Infrastruktur (z. B. Adaptierungen für Pandemien), nachhaltige Mobilität und soziale Inklusion (z. B. sprachliche und räumliche Barrierefreiheit) sowie PV-spezifische Fort- und Weiterbildungsangebote zu beantragen.

Weitere Informationen zu den Förderungen sowie zur Antragstellung finden Sie unter:

<https://primaerversorgung.gv.at>.

3.6.2. NeuFöG

Auf österreichischer Ebene sind auf Basis des Neugründungs-Förderungsgesetzes (NeuFöG) einige Erleichterungen für Neugründerinnen/Neugründer vorgesehen. Ziel dieses Gesetzes ist es, die Neugründung von Betrieben dadurch zu fördern, dass diese von **bestimmten Abgaben, Beiträgen und Gebühren befreit** werden. Eine Neugründung nach dem NeuFöG liegt vor, wenn durch Eröffnung eines Betriebes eine bisher nicht vorhandene Struktur geschaffen wird. Dies liegt im Falle der Neueröffnung einer PVE vor. Zudem darf der Betriebsinhaber sich innerhalb der letzten 5 Jahre nicht in einer vergleichbaren Art betätigt haben.

Die Erklärung der Neugründung muss bereits vor bzw. gleichzeitig mit der Inanspruchnahme der Förderung vorgelegt werden. Eine nachträgliche Vorlage des Formulars ermöglicht keine Erstattung für bereits entrichtete Abgaben. Je Behörde, bei welcher eine Förderung beansprucht werden soll,

muss hierbei eine eigene Erklärung im Original vorgelegt werden. Mögliche Förderungen im Rahmen des NeuFöG sind:

- » Befreiung von Stempelgebühren und Bundesverwaltungsabgaben im Zuge der Gründung
- » Befreiung von Gerichtsgebühren bei Eintragung ins Firmenbuch
- » Befreiung von der Grunderwerbsteuer sowie der Gerichtsgebühr für die Eintragung ins Grundbuch bei Einbringung von Grundstücken in eine neu gegründete Gesellschaft
- » Teilweise Befreiung von bestimmten Lohnabgaben für Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer, welche innerhalb der ersten 36 Monate eingestellt werden (maximal für eine Dauer von 12 Monaten)

3.6.3. Unterstützung durch Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger

Viele österreichische Länder und Gemeinden unterstützen medizinische Einrichtungen, zu welchen auch eine PVE zählt. Die Förderhöhe und die Voraussetzungen sind jedoch unterschiedlich ausgestaltet. Es empfiehlt sich daher, bei der Standortauswahl auch mögliche Förderungen der jeweiligen Gemeinde/des jeweiligen Bundeslandes sowie Finanzierungsmöglichkeiten (z. B. Anschubfinanzierung) des jeweiligen Sozialversicherungsträgers festzustellen. Wichtig ist, mit den genannten Stellen möglichst früh Kontakt aufzunehmen. Bei möglicher Inanspruchnahme der Förderungen ist jedoch darauf zu achten, konkrete Zuschüsse und die geplanten Vereinbarungen auf die steuerlichen Auswirkungen durch eine Steuerberaterin/einen Steuerberater prüfen zu lassen, um keine bösen Überraschungen aus einer eventuellen Steuerpflicht im Zeitpunkt der Zahlung zu erleben.

3.7. Betriebswirtschaftliche Verpflichtungen

3.7.1. Allgemeine Vorschriften der Rechnungslegung, Gewinnermittlungsarten und Jahresabschluss

Je nachdem, welche Rechtsform (OG, GmbH oder Verein) für die PVE gewählt wird, sind unterschiedliche Rechnungslegungsverpflichtungen zu befolgen. In jedem Fall hat die Buchhaltung den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung zu entsprechen. Die ordnungsgemäße Buchführung stellt systematisch den gesamten Geschäftsverkehr mit

- » Patientinnen/Patienten,
- » Lieferanten,
- » Banken,
- » Ämtern,
- » Personal etc.

nach außen hin dar. Sie erfasst laufend, chronologisch und systematisch den laufenden Geschäftsverkehr und weist am Ende den Erfolg des Geschäftsjahres aus. Die Buchhaltung kann entweder selbst geführt oder von einer Steuerberaterin/einem Steuerberater übernommen werden.

Die PVE muss unabhängig von der gewählten Rechtsform folgende Aufzeichnungen führen:

- » Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben
- » Registrierkasse (siehe unten)
- » Anlagenverzeichnis
- » Lohnkonten für Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer

3.7.1.1. Bei einer Primärversorgungseinheit in der Rechtsform einer OG

Wird die Form einer Gruppenpraxis OG gewählt, so ist diese unabhängig vom Umsatz nach dem Unternehmensgesetzbuch nicht rechnungslegungspflichtig, muss jedoch steuerliche Vorschriften über die ordnungsgemäße Buchführung einhalten. Die Gewinnermittlung einer PVE-Gruppenpraxis OG kann unabhängig von der Umsatzhöhe im Wege einer Einnahmen-Ausgaben-Rechnung (EAR) nach § 4 Abs 3 EStG erfolgen. Dabei werden die zugeflossenen Einnahmen den abgeflossenen Ausgaben gegenübergestellt. Die PVE-Gruppenpraxis OG kann jedoch „freiwillig Bücher führen“ – oder anders ausgedrückt – freiwillig eine Bilanz erstellen, ohne hierzu verpflichtet zu sein. Aufgrund des unterschiedlichen Erfassungszeitpunktes ergeben sich bei der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung und bei der Bilanzierung unterschiedliche Jahresgewinne. Über den gesamten Zeitraum einer Tätigkeit betrachtet sollte sich aber bei beiden Gewinnermittlungsarten ein identer Totalgewinn ergeben.

Freiwillige Buchführung – Bilanzierung

Bei der freiwilligen Buchführung, auch Bilanzierung nach § 4 Abs 1 EStG genannt, ergibt sich der steuerpflichtige Gewinn oder Verlust eines Jahres grundsätzlich aus der Differenz zwischen Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben. Bei der Gewinnermittlung durch doppelte Buchhaltung bzw. Bilanzierung werden die Betriebseinnahmen und -ausgaben bereits mit ihrer Entstehung als Forderung oder Verbindlichkeit erfasst und damit dem Geschäftsjahr zugeordnet, zu dem sie zeitlich und sachlich gehören. Ein wesentlicher Unterschied zur Einnahmen-Ausgaben-Rechnung besteht darin, dass bei der Bilanzierung die noch nicht verbrauchten Wareneinkäufe (z. B. Medikamente etc.) durch Ansatz der Vorräte zum Bilanzstichtag ergebnismäßig neutralisiert werden. Dies erfolgt durch eine Inventur. Des Weiteren werden bei der Bilanzierung auch Rückstellungen (z. B. für offene Urlaube, Jubiläen) und Rechnungsabgrenzungsposten gebildet. Auch sind nicht bezahlte Patientenhonorare als offene Forderungen anzusetzen.

Einnahmen-Ausgaben-Rechnung

Werden nicht freiwillig Bücher geführt, so kann die Gesellschaft den Gewinn mittels einer Einnahmen-Ausgaben-Rechnung ermitteln. Dabei handelt es sich um ein vereinfachtes System der Gewinnermittlung, da nur tatsächlich zu- oder abgeflossene Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben erfasst werden (Zufluss-Abfluss-Prinzip). Der Gewinn ermittelt sich demnach aus der Differenz der Betriebseinnahmen zu den Betriebsausgaben. Die Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben werden in einem Journal geführt, welches alle baren und unbaren Geldbewegungen (Kasseneingänge, Banküberweisungen usw.) erfasst. Eine Inventur am Ende des Geschäftsjahres ist nicht notwendig. Zu beachten ist, dass bei Anwendung der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung neben den steuerrelevanten Zu- und Abflüssen auch die nicht steuerrelevanten Geldflüsse von und an die Gesellschafterinnen/Gesellschafter lückenlos und nachvollziehbar dokumentiert werden sollen.

Eine Inventur der Warenbestände (z. B. Medikamente) erfolgt bei der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung nicht. Die auf „Lager“ liegenden Vorräte werden nach Maßgabe der Bezahlung abgesetzt. Anlagevermögen (Geräte, Computer, gekaufter Praxisfirmenwert) kann hingegen nicht mit der Bezahlung abgesetzt werden, sondern ist zu aktivieren und über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer abzuschreiben. Das erfolgt in einem Anlagenverzeichnis. Nur geringwertige Wirtschaftsgüter (Anschaffungskosten ≤ EUR 1000 inkl. USt.) können sofort abgesetzt werden.

Pauschalierung

Neben der freiwilligen Bilanzierung und der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung besteht auch die Möglichkeit einer Pauschalierung der Betriebsausgaben. Diese hat jedoch die Voraussetzung, dass die Umsätze unter dem Betrag von EUR 220.000 liegen. Da diese Umsatzgrenze von einer PVE mit hoher Wahrscheinlichkeit überschritten werden wird, sollte von Anfang an entweder von einer Einnahmen-Ausgaben-Rechnung oder von einer freiwilligen Bilanzierung ausgegangen werden.

Führung von Kapitalkonten

Unabhängig von der Gewinnermittlungsart empfiehlt es sich, für jede Gesellschafterin/jeden Gesellschafter zwei Kapitalkonten, ein Fixkapitalkonto und ein variables Kapitalkonto, zu führen. Das Fixkapitalkonto spiegelt die durch die Gesellschafterin/den Gesellschafter geleistete Einlage laut Gesellschaftsvertrag wider. Außerdem kann daraus die prozentuelle Beteiligung am Gesellschaftsvermögen errechnet werden. Das variable Kapitalkonto dient zur Erfassung der laufenden Einlagen und Entnahmen bzw. der Zuweisung des Gewinnanteils.

Sonderbetriebsvermögen

Als Sonderbetriebsvermögen sind all jene Wirtschaftsgüter zu qualifizieren, die nicht im Besitz der OG, sondern im wirtschaftlichen Eigentum eines oder mehrerer Gesellschafterinnen/Gesellschafter stehen und der OG entgeltlich oder unentgeltlich auf Dauer zur betrieblichen Nutzung überlassen werden. Dies können z. B. Liegenschaften, Rechte, andere Wirtschaftsgüter (z. B. medizinische Geräte) und Darlehen sein. Oft wird das Auto bei jeder Ärztin/jedem Arzt direkt erfasst und stellt dann ebenfalls Sonderbetriebsvermögen dar.

3.7.1.2. Bei einer Primärversorgungseinheit in der Rechtsform einer GmbH

Eine GmbH ist laut dem Unternehmensgesetzbuch als rechnungslegungspflichtige Unternehmerin/rechnungslegungspflichtiger Unternehmer (somit eine „Bilanziererin“/ein „Bilanzierer“) anzusehen. Sie ist demnach zur Führung einer doppelten Buchhaltung verpflichtet. Außerdem muss sie am Ende eines jeden Geschäftsjahres einen Jahresabschluss erstellen, welcher zum Stichtag einen genauen Überblick über die finanzielle Lage und den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens liefert. Der Jahresabschluss der GmbH muss spätestens 5 Monate nach dem Bilanzstichtag aufgestellt und spätestens 9 Monate nach dem Bilanzstichtag beim Firmenbuch offengelegt werden. Die offenzulegenden Daten hängen von der Größe der GmbH ab.

Bei sogenannten kleinen GmbH bestehen Vereinfachungen. Im Rahmen der Offenlegungsverpflichtung beim Firmenbuch wird der Bilanzgewinn jedenfalls veröffentlicht. Steuerlich ermittelt die GmbH ihren Gewinn durch Bilanzierung nach § 5 EStG, der sich auf Basis der unternehmensrechtlichen Grundsätze der Buchführung ergibt. Eine Besteuerung nach Zufluss- bzw. Abflussprinzip (Einnahmen-Ausgaben-Rechnung) ist nicht möglich. Im GmbH-Vermögen steht das gesamte der GmbH zugeordnete, im wirtschaftlichen Eigentum stehende Vermögen. Es stellt Betriebsvermögen dar, selbst wenn es nicht unmittelbar dem Betriebszweck dient.

3.7.1.3. Bei einem Primärversorgungseinheit-Netzwerk in der Rechtsform eines Vereins

Die Bestimmungen über die Rechnungslegung und über die erforderlichen Aufzeichnungen von Vereinen werden – unabhängig vom Bestehen der steuerlichen Begünstigungen – durch das VerG

konkretisiert. Kleine Vereine (die gewöhnlichen Einnahmen oder Ausgaben betragen weniger als EUR 1 Mio. pro Jahr) müssen eine Einnahmen-Ausgaben-Rechnung (EAR) aufstellen. Bei gewöhnlichen Einnahmen oder Ausgaben zwischen EUR 1 Mio. und EUR 3 Mio. (mittelgroße Vereine) muss eine doppelte Buchführung eingerichtet und ein Jahresabschluss nach UGB erstellt werden.

Ab gewöhnlichen Einnahmen von EUR 3 Mio. bzw. einem Spendenvolumen von mindestens EUR 1 Mio. jährlich (große Vereine) besteht die Verpflichtung zur Aufstellung eines erweiterten Jahresabschlusses (inklusive kleinem Anhang nach UGB mit gewissen Ergänzungen). Des Weiteren müssen große Vereine durch eine Wirtschaftsprüferin/einen Wirtschaftsprüfer geprüft werden. Für Vereine, die von öffentlichen

Stellen Subventionen erhalten und i.Z.m. diesen Subventionen geprüft werden (die Prüfung muss einer Wirtschaftsprüfung vergleichbar sein), bestehen Erleichterungen. Es ist zu erwarten, dass das PVN die Größenklasse eines kleinen Vereines erfüllen wird, sodass die Rechtsformkosten als gering einzustufen sind.

Zusätzlich zur EAR besteht die Verpflichtung zur Erstellung einer jährlichen Vermögensübersicht des Vereins. Diese dient zur Darstellung der Finanzlage des Vereins und muss u. a. folgende Inhalte aufweisen:

- » Sachanlagen des Vereins
- » Guthaben und Verbindlichkeiten bei Kreditinstituten
- » Forderungen und Verbindlichkeiten gegenüber Vereinsmitgliedern
- » Sonstige Forderungen und Verbindlichkeiten
- » Wertpapiere

Alternativ zur EAR kann der Gewinn des Vereins auch freiwillig mittels Betriebsvermögensvergleichs nach § 4 Abs 1 EStG (Bilanzierung) ermittelt werden. Die freiwillige Bilanzierung bei einem Verein kann den Vorteil bringen, dass ein etwaig durch Zahlungsfluss entstehender Gewinn am Jahresende vermieden werden kann und somit keine Körperschaftsteuer anfällt. Zusätzlich sind für bestimmte Sachverhalte Rückstellungen zu bilden, was sich ebenfalls steuermindernd auswirkt.

3.7.2. Belegerteilungs-, Einzelaufzeichnungspflicht und Registrierkassenvorschriften

3.7.2.1. Belegerteilung und Einzelaufzeichnungspflicht

Für sämtliche Barzahlungen hat die PVE einen Beleg zu erteilen, der folgende Angaben zu enthalten hat:

- » Eindeutige Bezeichnung der leistenden Unternehmerin/des leistenden Unternehmers
- » Fortlaufende Nummer
- » Tag der Belegausstellung
- » Menge und handelsübliche Bezeichnung der erbrachten Leistung
- » Betrag der Barzahlung

Bei der Belegerteilung für die Barzahlung von Leistungen sind im Hinblick auf die ärztliche Verschwiegenheitspflicht personenbezogene Daten der Patientinnen/Patienten weder am Beleg auszuweisen, noch in der Registrierkasse zu erfassen. Auch ist ein Verweis auf die Honorarnote, die Art und Umfang der erbrachten Leistung umschreibt, auf dem Beleg ausreichend. Die PVE soll alle Bareingänge und Barausgänge täglich einzeln festhalten.

3.7.2.2. Registrierkasse

Die PVE sind zur Verwendung einer Registrierkasse verpflichtet, wenn die Bareinnahmen eines Betriebes mehr als EUR 7.500 betragen und der Jahresumsatz mehr als EUR 15.000 beträgt. Zu den Bareinnahmen zählen auch Einnahmen, die mit Bankomat, Kreditkarte, vergleichbaren elektronischen Zahlungsformen, Barscheck oder Gutscheinen bezahlt werden. Dies betrifft insbesondere Beiträge der Patientinnen/Patienten für z. B. Impfungen, Umsätze der Hausapotheke etc. Bei Überschreiten der Grenzen ist der Beleg für die Barzahlung von der Registrierkasse zu erstellen. Die Verpflichtung zur Verwendung der Registrierkasse besteht mit Beginn des vierfolgenden Monats nach Ablauf der Umsatzsteuervoranmeldung, in welchem die Grenze überschritten wurde (Bsp.: Bareinnahmen-Grenze der PVE wurde im Februar überschritten, so besteht die Verpflichtung zur Verwendung einer Registrierkasse mit 1. Juni). Die Registrierkasse ist im Finanz-Online zu registrieren und mit einer technischen Sicherheitseinrichtung auszustatten. Jeder Barumsatz wird mit dieser technischen Sicherheitseinrichtung signiert und der Beleg mit einem maschinenlesbaren Code (QR-Code) versehen.

Registrierkasse und Hausbesuche

Wird eine Gesundheitsdiensteanbieterin/ein Gesundheitsdiensteanbieter der PVE außerhalb der Ordination tätig, muss keine Registrierkasse mitgenommen werden. Für den Fall, dass eine Leistung von der Patientin/vom Patienten bar bezahlt wird (z. B. Umsätze der Hausapotheke), reicht es aus, wenn nach Rückkehr in die Ordination dieser Umsatz ohne unnötigen Aufschub in der Registrierkasse nacherfasst wird. Voraussetzung ist jedoch, dass der Patientin/dem Patienten vor Ort ein Beleg über die Barzahlung ausgestellt wird.

Registrierkasse und Hausapotheke

Bei Verkäufen aus der Hausapotheke sind Rezeptgebühren als durchlaufende Posten zu behandeln, zählen damit nicht zum Barumsatz und sind bei der Beurteilung der Grenzen für die Registrierkassenpflicht nicht zu berücksichtigen.

Vermeidung einer Registrierkassenverpflichtung

Um eine Registrierkassenverpflichtung zu vermeiden, müssten sämtliche Zahlungen durch Überweisungen erfolgen (höchstens Barumsätze von EUR 7.500, siehe oben). Dem gegenüberzustellen ist der Arbeitsaufwand, der aus der Führung eines Mahnwesens und Überwachung der offenen Posten entsteht.

Verein und Registrierkasse

Die PVE in der Rechtsform eines Vereines wird kein abgabenrechtlich begünstigter Verein sein, sodass keine Erleichterungen hinsichtlich Einzelaufzeichnungs-, Belegerteilungs- und Registrierkassenpflicht bestehen und daher die zuvor erläuterten Bestimmungen gelten.

3.7.3. Aufzeichnungspflichten

Eine PVE hat für Zwecke der Erhebung vom Einkommen und Ertrag ihre Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben aufzuzeichnen und zum Ende eines jeden Jahres zusammenzurechnen; dies erfolgt entweder im Wege der freiwilligen Bilanzierung oder einer Einnahmen-Ausgaben-Rechnung.

Die Verpflichtung zur Aufzeichnungsführung ergibt sich auch aus dem Umsatzsteuergesetz und gilt auch für Ärztinnen/Ärzte, obwohl sie hauptsächlich unecht steuerbefreite Umsätze erbringen. Die Bestimmungen des Umsatzsteuergesetzes sehen eine fortlaufende Erfassung der Entgelte (Einnahmen) unter Angabe des Tages vor und für den Fall, dass (auch) umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbracht werden, eine Trennung nach Steuersätzen, Ermittlung des Eigenverbrauches, der Vorsteuer und der Zahllast. Moderne Buchhaltungsprogramme ermöglichen es, diesen Aufzeichnungspflichten nachzukommen.

3.8. Bewertung einer Primärversorgungseinheit

3.8.1. Theoretische Grundlagen

Die Bewertung einer PVE sollte idealerweise nach den anerkannten Grundsätzen für Unternehmensbewertung durchgeführt werden, wie sie u. a. im Fachgutachten der österreichischen Kammer der Steuerberater und Wirtschaftsprüfer KFS/BW 1 vom 26. März 2014 geregelt sind. Wie in anderen international gebräuchlichen Bewertungsstandards basiert der Unternehmenswert nach dem Fachgutachten auf den zum Bewertungsstichtag abgezinsten künftigen Erträgen, die dem Eigentümer nach Berücksichtigung des Fremdkapitals künftighin zur Verfügung stehen sollten. Diese Methodik wird deshalb im Fachgutachten zusammenfassend als sog. Diskontierungsverfahren bezeichnet, wobei sich hinter diesem (Über-)Begriff unterschiedliche Berechnungsansätze verbergen können, die aber grundsätzlich zu einem vergleichbaren Ergebnis führen sollten.

Bei Diskontierungsverfahren errechnet sich der objektivierte Unternehmenswert aus dem Barwert finanzieller Überschüsse, die

- » aus der Fortführung des Unternehmens
- » auf Basis des bestehenden Unternehmenskonzeptes
- » mit allen realistischen Zukunftserwartungen
- » im Rahmen der Marktchancen und -risiken sowie sonstiger Einflussfaktoren
- » und aus der Veräußerung etwaigen nicht betriebsnotwendigen Vermögens erzielt werden.

Die Berechnung des Barwerts erfolgt mit jenem Diskontierungssatz, der der Renditeforderung der Kapitalgeber entspricht. Zu den Diskontierungsverfahren zählen das Discounted Cash-Flow-Verfahren und das Ertragswertverfahren, die sich inhaltlich geringfügig unterscheiden.

Im Sinne der Transparenz empfiehlt es sich für die Bewertung, ein sog. Bruttoverfahren heranzuziehen, bei dem zunächst der Marktwert des Gesamtkapitals (Enterprise Value) durch Diskontierung von Free Cash-Flows ermittelt wird. Die Free Cash-Flows werden unter der Fiktion vollständiger Eigenfinanzierung berechnet. Erst nach Abzug des verzinslichen Fremdkapitals (z. B. Bankfinanzierung, verzinsliche Gesellschafterdarlehen, langfristige Personalrückstellungen) und unter Hinzurechnung von nicht betriebsnotwendigem Vermögen (z. B. nicht erforderliche Immobilien, Überliquidität, Kunstgegenstände) ergibt sich der sog. Equity Value, der dem Unternehmenswert aus Sicht der Gesellschafterinnen/Gesellschafter entspricht:

Equity Value Ermittlung	
	Enterprise Value
-	Verzinsliches Fremdkapital
+	Nicht betriebsnotwendiges Vermögen
=	Equity Value

Tab. 11: Equity Value

Voraussetzung einer jeden Unternehmensbewertung stellt eine sog. integrierte Planungsrechnung dar, in der über mehrere Perioden sowohl die ertragswirtschaftliche Entwicklung der Einheit (= Plan-GuV-Rechnung) als auch die Entwicklung der Vermögens- und Schuldenpositionen geplant werden. Neben den Ertragskomponenten haben insbesondere die künftigen Investitionserfordernisse (z. B. notwendige medizinische Geräte) wesentliche Auswirkungen auf den Unternehmenswert.

Wie bei allen Bewertungen von KMU empfiehlt es sich, bei PVE ein Augenmerk auf folgende Aspekte zu legen:

- » Angemessenheit des Unternehmenslohns für
Gesellschafterinnen/Gesellschafter im Hinblick auf Arbeitseinsatz und Fähigkeiten
- » Abgrenzung zwischen privater und betrieblicher Sphäre der Gesellschafterinnen/Gesellschafter (z. B. persönliche Haftungen der Gesellschafterinnen/Gesellschafter)
- » Berücksichtigung von besonderen steuerlichen Aspekten, die insbesondere am Beginn von Unternehmen auftreten (z. B. Verwertung von Verlustvorträgen)
- » Äquivalenz von Abzinsungsfaktor und den in der Planungsrechnung verwendeten Zinssätzen (dh. der Abzinsungsfaktor sollte wie der zugrundeliegende Ertrag [z. B. Jahresergebnis] eine Vor- oder Nach-Steuer-Größe darstellen)
- » Abhängigkeit des Unternehmenserfolgs von Faktoren, die nicht/nur schwer weiterzugeben sind (dies sollte sich in der Planungsrechnung und/oder im Zinssatz widerspiegeln)

Insbesondere für die Bewertung von PVE, die nur für interne Zwecke erstellt werden, können Multiplikatoren in Form von Erfahrungssätzen zur Anwendung kommen. Bei sehr kleinen Einheiten, das sind solche, die etwa die Buchführungsgrenzen nach § 189 UGB von TEUR 700 an Umsatzerlösen p.a. nicht überschreiten, können solche – gegenüber den Diskontierungsverfahren – vereinfachte Verfahren auch bei gesetzlichen Anlässen herangezogen werden. Einen solchen Erfahrungsansatz in der Unternehmensbewertung bietet die unverbindliche Empfehlung der Ärztekammer für Wien, für die Ablöse von Einzel- und Gruppenpraxen beim Kauf/Verkauf einer Ordination oder von Gesellschaftsanteilen. Anmerkung: Im Gegensatz dazu werden z. B. seitens der Ärztekammer für Oberösterreich klare und verbindlich vorgeschriebene Regelungen bzw. Berechnungsschemata vorgegeben.

3.8.2. Praktikermethoden

Nach dieser Empfehlung der Ärztekammer Wien errechnet sich der Unternehmenswert aus einem Prozentsatz vom historischen Jahresumsatz des Durchschnitts der letzten 3 Jahre zuzüglich Inventar zum Bewertungsstichtag. Je nach Einzel- oder Gruppenpraxis spricht die Empfehlung von einem Prozentsatz zwischen 30 % bis 50 % des Jahresumsatzes vor Berücksichtigung des sonstigen zu übernehmenden Vermögens. Dieser Prozentsatz ist in Abhängigkeit von der zu erwartenden Rentabilität der Praxis zu wählen und individuell auf die Situation abzustimmen.

Bei der zusätzlichen Anrechnung des zu übernehmenden Inventars ist theoretisch von einem Verkehrswert der Vermögensgegenstände und nicht vom Buchwert lt. Finanzbuchhaltung auszugehen. Aus Praktikabilitätsüberlegungen kann es sich jedoch ergeben, diese Werte aus dem Anlagenverzeichnis der Praxis vereinfachend der Berechnung zu Grunde zu legen. Nach unserer Beurteilung wären sonstige zu übernehmende Vermögensgegenstände (z. B. Forderungen) insbesondere auch Verpflichtungen und Belastungen (z. B. Verbindlichkeiten oder Prozessrisiken) gesondert im Unternehmenswert zu berücksichtigen.

3.9. Steuerliche Aspekte von Primärversorgungseinheiten

Das PrimVG ermöglicht (unter Berücksichtigung der Bestimmungen des ÄrzteG) die unten dargestellten Organisationsformen. Aus **steuerlicher Sicht** ist die Unterscheidung, ob eine PVE an einem Standort (PVZ) oder ein Primärversorgungsnetzwerk (PVN) vorliegt, nicht von Bedeutung. Vielmehr kommt es darauf an, **welche Rechtsform** gewählt wird und in weiterer Folge über welches Vermögen (wesentliche Betriebsgrundlagen, Patientenstock) eine Gesellschaft verfügt.

Die für PVE steuerlich relevanten Rechtsformen sind:

- » **Gesellschaft mit beschränkter Haftung** (GmbH)
- » **Offene Gesellschaft** (OG)
- » **Verein** (als Trägerorganisation eines PVN) in Verbindung mit Einzelunternehmen (Einzelordinationen)
- » **Genossenschaft** (als Trägerorganisation eines PVN) in Verbindung mit Einzelunternehmen (Einzelordinationen)



Webtipp: Detailinformationen zu den jeweiligen Rechtsformen und deren steuerliche Behandlung finden sich im Kapitel 4.2. sowie auf der Plattform Primärversorgung <http://www.primaerversorgung.gv.at>

Die steuerlichen Aspekte in Bezug auf die Gründung und den Betrieb der genannten Rechtsformen werden im Folgenden übersichtlich beschrieben.

	GmbH	OG	Verein	Genossenschaft
Allgemein	Die PVE-Gruppenpraxis GmbH ist steuerlich gleich zu behandeln wie eine „gewöhnliche“ Gruppenpraxis-GmbH nach dem ÄrzteG.	Die PVE-Gruppenpraxis OG ist steuerlich gleich zu behandeln wie eine „gewöhnliche“ Gruppenpraxis OG nach dem ÄrzteG.	Der Verein als Trägerorganisation ist von der Mindestkörperschaftsteuer befreit.	Die Genossenschaft bietet aus steuerlicher Sicht weder Vor- noch Nachteile gegenüber dem Verein. Eine Genossenschaft ist im Gegensatz zu einem Verein jedoch prüfungspflichtig.
Gewinnverteilung	Die Gewinnverteilung folgt grundsätzlich dem Beteiligungsverhältnis der Gesellschafterinnen/ Gesellschafter. Die Arbeitsleistung der Gesellschafterinnen/ Gesellschafter kann über fremdübliche Verträge abgegolten werden.	Die Gewinnverteilung kann nach individuellen Regelungen und unter Berücksichtigung der Unterschiede in der Arbeitsleistung und des Vermögenseinsatzes der Gesellschafterinnen/ Gesellschafter erfolgen.	Die gesetzlichen Bestimmungen des PrimVG lassen es derzeit offen, ob die Abrechnung der Leistungshonorare auf Basis der Primärversorgungs-Einzelverträge direkt über die einzelnen Mitglieder (Ärztinnen/Ärzte/ Gruppenpraxen) oder über den Verein auf Basis des Primärversorgungsvertrags erfolgt und dieser die Einnahmen als echten Durchlaufposten an die Mitglieder weitergibt.	Die gesetzlichen Bestimmungen des PrimVG lassen es derzeit offen, ob die Abrechnung der Leistungshonorare auf Basis der Primärversorgungs-Einzelverträge direkt über die einzelnen Mitglieder (Ärztinnen/Ärzte/ Gruppenpraxen) oder über die Genossenschaft auf Basis des Primärversorgungsvertrags erfolgt und diese die Einnahmen als echten Durchlaufposten an die Mitglieder weitergibt.
Fremdübliche Verträge	Fremdübliche Verträge (Werkverträge, Mietverträge etc.) zwischen Gesellschafterinnen/ Gesellschaftern und PVE-Gruppenpraxis GmbH sind zulässig.	–	–	–
Betriebsgrundlagen	Die wesentlichen Betriebsgrundlagen sind im gemeinschaftlichen Vermögen der PVE-Gruppenpraxis GmbH zu halten.	Die wesentlichen Betriebsgrundlagen sind im gemeinschaftlichen Vermögen der PVE-Gruppenpraxis OG zu halten (Sonderbetriebsvermögen ist darüber hinaus möglich).	Das Vermögen und die wesentlichen Betriebsgrundlagen verbleiben im Eigentum der Mitglieder.	Die wesentlichen Betriebsgrundlagen verbleiben im Eigentum der Mitglieder.
Gewinnermittlung	Auf Ebene der Gesellschaft erfolgt die Gewinnermittlung im Rahmen der Bilanzierung. Ein Jahresabschluss i.S.d. UGB ist aufzustellen.	Die Ermittlung des Gewinns darf mittels Einnahmen-Ausgaben-Rechnung erfolgen. Die Besteuerung erfolgt auf Ebene der einzelnen Gesellschafterin/ des einzelnen Gesellschafters.	Der Gewinn des Vereins darf mittels Einnahmen-Ausgaben-Rechnung ermittelt werden (bis zu einer Umsatzgrenze von EUR 1 Million).	Der Gewinn der Genossenschaft darf mittels Einnahmen-Ausgaben-Rechnung ermittelt werden. Die Rechnungslegungsvorschriften sowie die Rechnungslegungsgrenzen sind strenger als jene für Vereine (Umsatz 2x hintereinander größer als EUR 700.000 oder einmalig größer als EUR 1 Million).
Umsatzsteuer	Besteuerung nach vereinbarten Entgelten (Ist-Besteuerung). Die Bezüge einer Ärztin/ eines Arztes, die/ der Gesellschafter-Geschäftsführerin/ Gesellschafter-Geschäftsführer einer PVE-Gruppenpraxis GmbH ist, bleiben aus umsatzsteuerlicher Sicht unbeachtlich.	Neben den für alle Rechtsformen einer PVE geltenden umsatzsteuerlichen Besonderheit gibt es keine rechtsformspezifische Besonderheiten für die Rechtsform OG.	Da der PVE-Trägerverein den Leistungsvertrag mit den Sozialversicherungsträgern abschließt sowie gegenüber den Patientinnen/ Patienten (z.B. durch Werbung) und damit nach außen hin auftritt, ist dieser als Unternehmerin/ Unternehmer im Sinne des UStG anzusehen.	Ist eine Genossenschaft Träger des Primärversorgungsnetzwerkes (PVN), so ist auf die Ausführungen zum Verein sinngemäß zu verweisen, da es aus umsatzsteuerlicher Sicht diesbezüglich keine rechtsformspezifischen Bestimmungen gibt.
Steuerbelastung (Gewinn)	Der Steuersatz auf erwirtschaftete Gewinne liegt im Falle der Vollausschüttung bei 45,625 %. Eine Optimierung der Steuerbelastung mittels fremdüblicher Bezüge ist möglich. Werden Gewinne in der GmbH belassen (keine Ausschüttung), so beträgt die Steuerbelastung 25 % KÖSt. Dies ist z.B. ein wesentlicher Vorteil, wenn Liquidität für zukünftige Investitionen oder zur Tilgung von Krediten in der GmbH benötigt wird.	Der Gewinnfreibetrag steht einmalig bis zu einem Höchstbeitrag von EUR 45.350 für die OG zu. Die Aufteilung des Freibetrags auf die Gesellschafterinnen/ Gesellschafter erfolgt im Verhältnis ihrer Gewinnanteile. Die Besteuerung des Gewinns erfolgt auf Ebene der einzelnen Gesellschafterinnen/ Gesellschafter.	Körperschaftsteuersatz 25 %, es gibt keine Mindestkörperschaftsteuer. Der Gewinnfreibetrag steht jedem Vereinsmitglied (Arztpraxis als eigenständiges Unternehmen) ungeteilt und nicht einmalig bis zu einem Höchstbeitrag von EUR 45.350 zu (sofern Einzelunternehmerinnen/ Einzelunternehmer oder Gruppenpraxis-OG).	Körperschaftsteuersatz 25 %, es gibt keine Mindestkörperschaftsteuer.

Tab. 12: Übersicht steuerliche Behandlung der Rechtsformen (Stand 2018, ggf. abweichend für multiprofessionelle Gruppenpraxis als GmbH)

3.9.1. Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) gem. ÄrzteG

Folgende Charakteristika einer PVE-Gruppenpraxis GmbH können zusammenfassend festgehalten werden:

- » Die PVE-Gruppenpraxis GmbH ist steuerlich gleich zu behandeln wie eine „gewöhnliche“ Gruppenpraxis-GmbH nach dem ÄrzteG.
- » Die Gewinnverteilung folgt grundsätzlich dem Beteiligungsverhältnis der Gesellschafterinnen/ Gesellschafter. Die Arbeitsleistung der Gesellschafterinnen/ Gesellschafter kann über fremdübliche Verträge abgegolten werden.
- » Fremdübliche Verträge (Werkverträge, Mietverträge etc.) zwischen Gesellschafterinnen/ Gesellschaftern und PVE-Gruppenpraxis GmbH sind zulässig.
- » Die wesentlichen Betriebsgrundlagen sind im gemeinschaftlichen Vermögen der PVE-Gruppenpraxis GmbH zu halten.
- » Auf Ebene der Gesellschaft erfolgt die Gewinnermittlung im Rahmen der Bilanzierung. Ein Jahresabschluss i. S. d. UGB ist aufzustellen.
- » Der Steuersatz auf erwirtschaftete Gewinne liegt im Falle der Vollausschüttung bei 44,9 %. Eine Optimierung der Steuerbelastung mittels fremdüblicher Bezüge ist möglich.
- » Werden Gewinne in der GmbH belassen (keine Ausschüttung), so beträgt die Steuerbelastung 24 % KÖSt (ab 2024 23%). Dies ist z. B. ein wesentlicher Vorteil, wenn Liquidität für zukünftige Investitionen oder zur Tilgung von Krediten in der GmbH benötigt wird.
- » Der Jahresabschluss einer GmbH ist innerhalb von neun Monaten nach dem Bilanzstichtag beim Firmenbuchgericht offenzulegen.
- » Hält ein Geschäftsführer der GmbH höchstens 25 %, so gilt er als nicht wesentlich beteiligt und erzielt Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit. Dies bedeutet, dass Sonderzahlungen (13. und 14. Gehalt, d. h. Urlaubs- und Weihnachtsgeld) in der Regel der begünstigten Besteuerung von 6 % unterliegen.
- » Ein freier Dienstvertrag kann grundsätzlich mit Geschäftsführern einer GmbH geschlossen werden, die aufgrund ihrer Beteiligung an der Gesellschaft und der damit verbundenen Einflussmöglichkeit auf die Generalversammlung nicht mehr als persönlich abhängig eingestuft werden.
- » Alle Bezüge, die von der GmbH an Gesellschafter auf Basis fremdüblicher Verträge ausbezahlt werden, unterliegen den Lohnnebenkosten (DB und Kommunalsteuer).
- » Ein Gewinn aus dem Verkauf von GmbH-Anteilen führt beim veräußernden Gesellschafter/Arzt zu Einkünften aus Kapitalvermögen, die dem Sondersteuersatz von 27,5 % unterliegen.

3.9.2. Multiprofessionelle Gruppenpraxis als GmbH

- » Steuerlich ist eine multiprofessionelle Gruppenpraxis als GmbH weitgehend gleich zu behandeln wie eine allgemeine Gruppenpraxis als GmbH (siehe Kapitel 3.9.1).
- » bzgl. der rechtlichen Vorgaben für multiprofessionelle Gruppenpraxen als GmbH (siehe Kapitel 4.2.2).

3.9.3. Offene Gesellschaft (OG)

Folgende Charakteristika einer PVE-Gruppenpraxis OG können zusammenfassend festgehalten werden:

- » Die PVE-Gruppenpraxis OG ist steuerlich gleich zu behandeln wie eine „gewöhnliche“ Gruppenpraxis OG nach dem ÄrzteG.
- » Die Gewinnverteilung kann nach individuellen Regelungen und unter Berücksichtigung der Unterschiede in der Arbeitsleistung und des Vermögenseinsatzes der Gesellschafterinnen/ Gesellschafter erfolgen.
- » Die wesentlichen Betriebsgrundlagen sind im gemeinschaftlichen Vermögen der PVE-Gruppenpraxis OG zu halten (Sonderbetriebsvermögen ist darüber hinaus möglich).
- » Steuerneutrale Einnahmemöglichkeit
- » Die Ermittlung des Gewinns darf mittels Einnahmen-Ausgaben-Rechnung erfolgen.
- » Der Gewinnfreibetrag steht einmalig bis zu einem Höchstbeitrag von EUR 45.950 für die OG zu. Die Aufteilung auf die Gesellschafterinnen/ Gesellschafter erfolgt im Verhältnis ihrer Gewinnanteile.

3.9.4. Verein

Folgende Charakteristika eines Primärversorgungsnetzwerks (PVN) mit Trägerorganisation in der Rechtsform eines Vereins können zusammenfassend festgehalten werden:

- » Der Verein als Trägerorganisation ist von der Mindestkörperschaftsteuer befreit.
- » Der Gewinn des Vereins darf mittels Einnahmen-Ausgaben-Rechnung ermittelt werden (bis zu einer Umsatzgrenze von EUR 1 Million).
- » Ein Mitgliederwechsel ist rechtlich und steuerlich unkompliziert (kein Umgründungsvorgang) und bewirkt keine Auflösung/Beendigung des Primärversorgungsvertrags.
- » Das Vermögen und die wesentlichen Betriebsgrundlagen verbleiben im Eigentum der Mitglieder.
- » Die Gewinnermittlung auf Ebene der Vereinsmitglieder bleibt unverändert.
- » Der Gewinnfreibetrag steht jedem Vereinsmitglied ungeteilt zu (sofern Einzelunternehmerin/ Einzelunternehmer oder Gruppenpraxis-OG).

3.9.5. Genossenschaft

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Genossenschaft aus steuerlicher Sicht weder Vor- noch Nachteile gegenüber dem Verein bietet. Für beide beträgt der Körperschaftsteuersatz 24 % (ab 2024 23 %), es gibt keine Mindestkörperschaftsteuer, die wesentlichen Betriebsgrundlagen verbleiben bei den Mitgliedern und der Mitgliederwechsel ist unkompliziert möglich. Der wesentliche Nachteil einer PVE-Genossenschaft gegenüber einem PVE-Verein besteht darin, dass eine Genossenschaft prüfungspflichtig ist. Außerdem sind die Rechnungslegungsvorschriften sowie die Rechnungslegungsgrenzen der Genossenschaft strenger als jene für Vereine.

3.10. Umgründungssteuerrecht

Entsteht eine PVE (PVZ oder PVN) aus bestehenden Organisationen (z. B. Gruppenpraxis, Einzelpraxen etc.), ist das Umgründungssteuergesetz (UmgrStG) gültig.

3.10.1. Anwendung des Umgründungssteuergesetzes

Wesensmerkmal einer PVE an einem Standort ist die Vergesellschaftung mehrerer Ärzte zu einer Gruppenpraxis. Gleiches gilt bei einem Primärversorgungsnetzwerk (PVN), wenn der Weg einer dislozierten Gruppenpraxis gewählt wird. Das bedeutet jedenfalls, dass Vermögen – nämlich der Betrieb einer bestehenden Arztpraxis – in die gemeinsame Gesellschaft übertragen werden muss, sofern nicht eine völlige Neugründung – dh. ohne Übertragung bestehender Praxen – erfolgt.

Eine derartige Vermögensübertragung stellt im Steuerrecht in der Regel einen Realisierungsvorgang dar, da ein Verkauf des Einzelbetriebs an die Gruppenpraxis unterstellt wird, welcher die Besteuerung der stillen Reserven zur Folge hat. Bei einer bestehenden Ordination stellt die wesentliche stille Reserve der Firmenwert in Form des Patientenstocks dar. Die Gruppenpraxis könnte dafür den Firmenwert über 15 Jahre abschreiben, sofern die einbringende Ärztin/der einbringende Arzt mitarbeitet. Bei einem Verkauf und gleichzeitigem Ausscheiden der Ärztin/des Arztes kann der Firmenwert nach Auffassung des Finanzamtes auch auf 5 Jahre abgeschrieben werden. Um derartig nachteilige Folgen zu vermeiden, sieht das Umgründungssteuergesetz die Möglichkeit der Buchwertfortführung vor – eben ohne Aufdeckung der stillen Reserven des Firmenwertes. Voraussetzung für die Anwendung des UmgrStG ist die strikte Einhaltung der gesetzlich vorgegebenen Anwendungsvoraussetzungen. Die Gründung oder Erweiterung einer OG erfolgt gem. Art IV des UmgrStG in Form eines sog. „Zusammenschlusses“. Soll eine GmbH errichtet oder erweitert werden, erfolgt die Übertragung der Ordination(en) nach Art III UmgrStG im Wege einer „Einbringung“. Scheidet eine Gesellschafterin/ein Gesellschafter aus einer OG aus oder soll diese aufgelöst werden, sieht Art V UmgrStG das Rechtsinstitut der Realteilung (Auf- oder Abteilung) vor. Der steuerneutrale Exit aus einer GmbH erfolgt im Wege einer Spaltung nach Art VI UmgrStG (Auf- oder Abspaltung). Dabei ist ärzterechtlich aber zu beachten, dass eine GmbH, auf die ein Teilbetrieb abzuspalten ist, jedenfalls über mindestens zwei Gesellschafterinnen/Gesellschafter verfügen muss. In der Folge werden die Anwendungsvoraussetzungen für einen Zusammenschluss sowie für eine Einbringung dargestellt, wobei auf die ärztespezifischen Besonderheiten eingegangen wird.

3.10.2. Zusammenschluss

Durch einen Zusammenschluss kann eine Personengesellschaft – im Konkreten eine OG, denn nur diese Rechtsform ist gem. § 52a Abs 1 Z 1 ÄrzteG für Gruppenpraxen vorgesehen – neu gegründet oder auch eine bestehende Personengesellschaft durch Beitritt eines oder mehrerer Gesellschafterinnen/Gesellschafter erweitert werden. Ebenso findet die Rechtsfigur eines Zusammenschlusses Anwendung, wenn Gesellschafterrechte verändert werden, z.B. wenn sich die Beteiligungsverhältnisse durch Einlagenerhöhungen ändern.

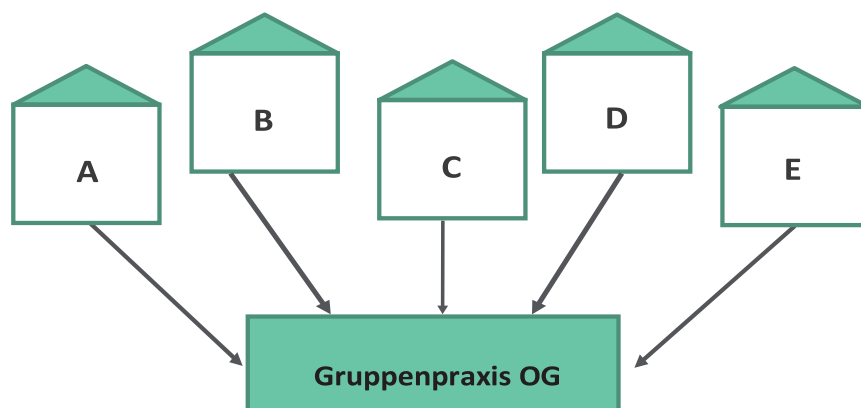


Abbildung 7: Zusammenschluss Personengesellschaft

Ein Zusammenschluss iSd. UmgrStG liegt vor, wenn:

- » begünstigtes Vermögen (Betrieb, Teilbetrieb oder Mitunternehmeranteil) zumindest eines der Übertragenden
- » ausschließlich gegen Gewährung von Gesellschaftsrechten (ohne Zahlungen zwischen den Gesellschafterinnen/Gesellschaftern bzw. der Gesellschaft)
- » auf Grundlage eines schriftlichen Zusammenschlussvertrages und einer Zusammenschlussbilanz
- » einer übernehmenden Personengesellschaft tatsächlich übertragen wird und
- » das Vermögen am Tag des Abschlusses des Zusammenschlussvertrages einen positiven Verkehrswert hat.

Auch wenn die Umgründungssteuerrichtlinien vorsehen, dass ein Zusammenschluss unabhängig von der Zulässigkeit nach den Standesvorschriften der Freiberufler zulässig ist, sollte die OG vorweg gegründet werden, die Eintragung ins Firmenbuch erfolgen und auch die Zustimmung der Ärztekammer eingeholt werden, da die Eintragung in die Ärzteliste unabdingbare Voraussetzung für die weitere Berufsausübung ist. Der Zusammenschluss kann dann auf einen neun Monate zurückliegenden Stichtag (der auch vor Gründung der Gesellschaft liegen kann) erfolgen. Auf diesen Stichtag ist die Zusammenschlussbilanz aufzustellen. Unter Betrieb ist eine selbstständige Organisationseinheit zu verstehen – in Bezug auf Ärztinnen/Ärzte wäre dies die Ordination. Wesentliche Betriebsgrundlage des Arztes ist der Patientenstock, der jedenfalls zu übertragen ist.

Zum Patientenstock gehören sowohl Kassen- wie auch Privatpatientinnen/Privatpatienten. Der Patientenstock gilt als einheitliches Wirtschaftsgut, sodass beim Zusammenschluss die Privatpatientinnen/Privatpatienten nicht zurückbehalten werden können. Ausnahmen sind nur möglich, wenn:

- » innerhalb derselben Fachrichtung den Privatpatientinnen/Privatpatienten eine Teilbetriebseigenschaft zukommt, d. h. z. B. eigenes Personal mit der Bearbeitung der Privatpatientinnen/Privatpatienten betraut ist oder für den Teilbetrieb eine eigene Buchhaltung geführt wird
- » die Ärztin/der Arzt die Kassenpatientinnen/Kassenpatienten in ihrer/seiner Allgemeinpraxis und die Privatpatientinnen/Privatpatienten in einer neben der Allgemeinpraxis betriebenen Praxis für eine andere ärztliche Fachrichtung behandelt (die Einkommensteuerrichtlinien geben als Beispiel die neben einer Allgemeinpraxis betriebene Zahnarztpraxis) und/oder
- » der zurückbehaltene Teil der Patientinnen/Patienten unwesentlich ist.
Unwesentlichkeit liegt gemäß den Umgründungssteuerrichtlinien vor, wenn das Ausmaß des zurückbehaltenen Patientenstocks auf die Patientenzahl wie auch auf den Umsatz bezogen eine „doppelte“ Wesentlichkeitsgrenze von 10 % nicht übersteigt.

Hingegen kann eine ärztliche Hausapotheke sehr wohl zurückbehalten werden und nicht auf die gemeinsame Gesellschaft übertragen werden, da diese keine wesentliche Betriebsgrundlage des ärztlichen Betriebes darstellt. Einzig bei der Gewinnermittlung sind die Einkünfte als Sonderbetriebseinnahmen bzw. -ausgaben der jeweiligen Gesellschafterin/des jeweiligen Gesellschafters zu berücksichtigen, da die Hausapothekentätigkeit gesetzlich untrennbar mit der kassenvertragsmäßigen ärztlichen Tätigkeit verbunden ist.

Vermögen in der Zusammenschlussbilanz

In die Zusammenschlussbilanz ist das gesamte zu übertragende Vermögen, somit auch steuerliches Sonderbetriebsvermögen, aufzunehmen. Dies gilt z. B. für die als Praxis dienende Eigentumswohnung einer Ärztin/eines Arztes, die zwar weiterhin als Ordination verwendet, aber nicht ins gemeinsame Eigentum der Gesellschaft übertragen werden soll, des Weiteren z. B. für Anlagevermögen, insbesondere für die zur Geltendmachung des Gewinnfreibetrages angeschafften Wertpapiere. Durch Überführung ins Sonderbetriebsvermögen kann die Behaltefrist erfüllt werden.

Das in die gemeinsame Gesellschaft zu übertragende Vermögen kann auch rückwirkend verändert werden. So können tatsächliche Geld- und/oder Sachentnahmen erfolgen (z. B. für die erwartete Einkommensteuernachzahlung, Forderungen aus der Krankenkassenabrechnung).

Wird hingegen die als Ordination dienende Wohnung ins Privatvermögen entnommen, weil z. B. eine neue PVE geschaffen wird, stellt dies eine steuerpflichtige Entnahme dar. Die stillen Reserven des Grundes und Bodens sind nicht aufzudecken, da die Entnahme zu Buchwerten erfolgt. Hingegen sind die stillen Reserven des Gebäudes sofort steuerpflichtig, idR. mit dem besonderen Steuersatz von 30 %. Hängen mit dem zurückbehaltenen Vermögen auch Verbindlichkeiten (Kredit aus der Finanzierung) unmittelbar zusammen, sind auch diese Verbindlichkeiten zu entnehmen, sofern der Finanzierungszusammenhang weniger als sieben Jahre beträgt. Zu beachten ist, dass auch nach solchen rückwirkenden Veränderungen des Vermögens ein positiver Verkehrswert verbleiben muss.

Gewinnermittlung im Zusammenschluss

Sofern der Gewinn der Ärztin/des Arztes in Form einer Einnahmen-Ausgaben-Rechnung ermittelt wurde, ist zur Erstellung der Zusammenschlussbilanz zwingend ein Wechsel der Gewinnermittlungsart zur Bilanzierung erforderlich. Dabei muss sichergestellt werden, dass Einnahmen und Aufwendungen nicht doppelt oder aber auch gar nicht besteuert werden. Beispielhaft fließen Kassenhonorare für Dezember erst im nächsten Jahr zu und werden im Rahmen der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung auch erst im nächsten Jahr als Einnahme erfasst. In der Schluss- bzw. Zusammenschlussbilanz sind diese Forderungen allerdings bereits als Aktivposten anzusetzen und als Ertrag zu versteuern. Der Zufluss im Folgejahr ist folglich nicht mehr steuerpflichtig, da es andernfalls zu einer Doppelbesteuerung käme. Unmittelbar nach dem Zusammenschluss kann wieder zur Einnahmen-Ausgaben-Rechnung zurückgewechselt werden.

Vorgang des Zusammenschlusses

Die Zusammenschlussbilanz kann auf einen Stichtag aufgestellt werden, der maximal neun Monate vor der Unterfertigung des Zusammenschlussvertrages liegt (z. B. Zusammenschlussbilanz zum 31.12., Vertragsunterfertigung und Meldung beim Firmenbuchgericht bzw. Finanzamt spätestens bis Ende September des Folgejahres). Dadurch kann vorweg die OG gegründet, die Eintragung in die Ärzteliste vorgenommen und der Gruppenvertrag mit der ÖGK abgeschlossen werden. Die tatsächliche Vermögensübertragung in Form des Zusammenschlusses erfolgt erst nach Vorliegen aller formalen Voraussetzungen. Der Zusammenschluss kann somit mit steuerlicher Wirkung auf einen Stichtag bezogen werden, der vor Gründung der OG liegt.

Die Rückwirkungsfiktion gilt (u. a.) jedoch nicht für Dienstverhältnisse. Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer sind daher erst mit Monatsbeginn nach Anmeldung des Zusammenschlusses beim Firmenbuch bzw. dem Finanzamt auf die neue Gesellschaft umzumelden.

Beim Zusammenschluss gilt es weiters zu beachten, dass durch Vorsorgemaßnahmen eine endgültige

Steuerlastverschiebung vermieden wird. Schließt sich z. B. ein Arzt mit bestehender Ordination (samt Patientenstock) mit einer Kollegin, die nur Barvermögen einlegt, zu einer OG zusammen, ist sicherzustellen, dass es zu keiner Umverteilung der Steuerbelastung auf jenen Arzt kommt, der keinen Patientenstock, sondern nur Barvermögen einlegt: Die Steuerlast aus der stillen Reserve aus dem Firmenwert darf weiterhin nur von diesem Arzt getragen werden und nicht anteilig auf den Arzt übertragen werden, der nur Barvermögen einlegt, da Barvermögen naturgemäß über keine stillen Reserven verfügt.

Steuerlastverschiebung

Beispiel: Ärztin A verfügt über eine Ordination mit einem Buchwert von TEUR 100. Der Firmenwert wurde mit TEUR 200 ermittelt (der Verkehrswert beläuft sich somit auf TEUR 300, fiktive Steuerbemessungsgrundlage im Falle einer Veräußerung des Betriebes wäre somit im Zeitpunkt des Zusammenschlusses TEUR 200). Arzt B bringt Barvermögen von TEUR 300 – entsprechend dem Verkehrswert des von A eingebrachten Vermögens in die Gesellschaft ein, um eine 50-prozentige Beteiligung an der OG zu erhalten. Würde in der OG ohne eine Vorsorgemaßnahme am Tag nach dem Zusammenschluss die Praxis (theoretisch) verkauft werden, müsste auch der Arzt B die Hälfte der stillen Reserve des Firmenwertes wie folgt versteuern: der Veräußerungspreis i. H. v. nunmehr TEUR 600 wäre dem Buchwert von TEUR 400 gegenüberzustellen und der steuerpflichtige Gewinn von TEUR 200 der Gesellschafterin und dem Gesellschafter zu jeweils 50 % zuzurechnen. Somit müsste B nunmehr einen Veräußerungsgewinn von TEUR 100 (statt 0) versteuern, während sich der steuerpflichtige Veräußerungsgewinn von A auf nur mehr TEUR 100 (statt TEUR 200) beläuft. Das ist weder sachgerecht noch entspräche das den zwingenden Bestimmungen des Umgründungssteuergesetzes.

Wird gegen eine derartige endgültige Steuerlastverschiebung nicht vorgesorgt, ist eine Anwendungsvoraussetzung des Umgründungssteuergesetzes verletzt, mit der Folge der Gewinnrealisierung aller stillen Reserven (im Beispiel TEUR 200).

Je nach Zusammenschlusstechnik – Verkehrswert- oder Buchwertzusammenschluss – gibt es verschiedene Vorsorgemaßnahmen zur Vermeidung einer derartigen schädlichen Steuerlastverschiebung. Dies kann durch Ergänzungsbilanzen (beim Verkehrswertzusammenschluss) oder einen Gewinn- und/oder Liquidationsvorab bzw. einen Reserven- und/oder Firmenwertvorbehalt (beim Kapitalkontenzusammenschluss) erfolgen. Jedenfalls sind die Verkehrswerte der zu übertragenden Praxen festzustellen und eine Einigung unter den zusammenschlusswilligen Ärztinnen/Ärzten zu treffen. Die technische Durchführung sollte – schon aufgrund der erheblichen Steuerrisiken – möglichst durch eine/einen im Umgründungssteuerrecht qualifizierte Steuerberaterin/qualifizierten Steuerberater erfolgen.

Ergänzend sei das vor allem bei Rechtsanwälten beliebte „Lock-step-Modell“ erwähnt, bei dem der Juniorpartner sich durch einen Gewinnverzicht über mehrere Jahre in die stillen Reserven der Altpartner „einkauft“.

Bei großen Einheiten könnte auch ein sog. „Naked-in/Naked-out-System“ zweckmäßig sein. Bei dieser Variante werden weder beim Ein- noch beim Austritt einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters stille Reserven (einschließlich des Firmenwertes) ermittelt und abgegolten. Die Gesellschafterin/der Gesellschafter verdient während ihrer/seiner Aktivzeit, hat aber keinen Anspruch auf einen Firmenwert beim Ausscheiden. Ein- und Austritte lassen sich in einem solchen Modell leicht umsetzen.

Jedenfalls sind vor einem Zusammenschluss mit den beteiligten Ärztinnen/Ärzten die geeignete Gewinnverteilung und auch die Form der Abgeltung bestehender stiller Reserven bei bestehenden Praxen zu diskutieren und vertraglich festzulegen.

3.10.3. Einbringung

Durch eine Einbringung kann eine Kapitalgesellschaft – im Konkreten eine GmbH, denn nur diese Rechtsform ist gem. § 52a Abs 1 Z 2 ÄrzteG als Gruppenpraxis vorgesehen (Ausnahme multiprofessionelle Gruppenpraxis als GmbH) – neu gegründet oder auch eine bestehende OG in eine GmbH überführt werden (eine Gruppenpraxis in der Rechtsform einer OG soll in Zukunft als GmbH geführt werden).

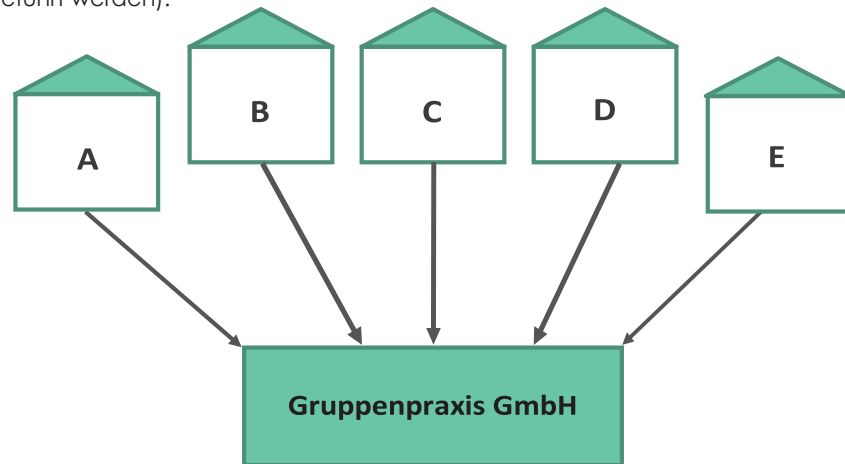


Abbildung 8: Einbringung von Einzelpraxen in eine GmbH

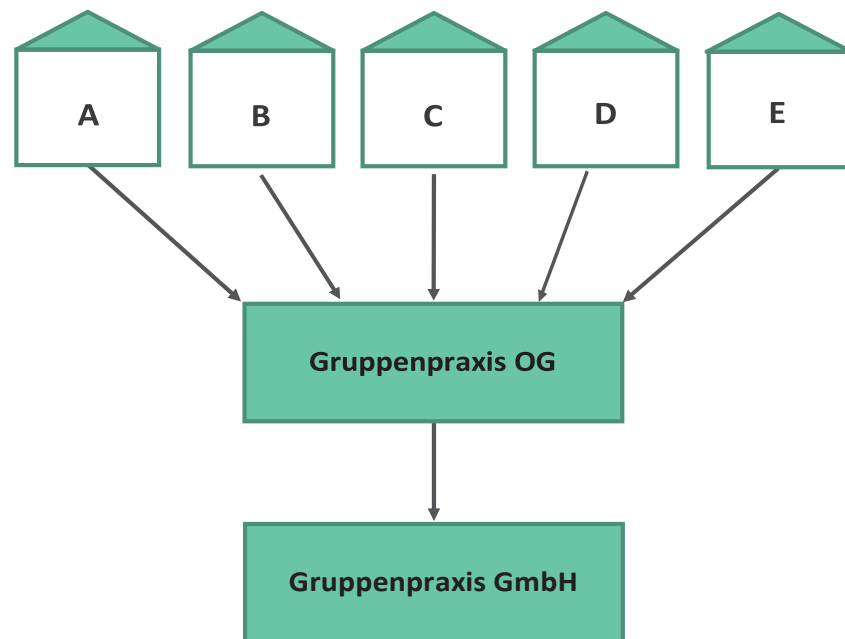


Abbildung 9: Einbringung einer bestehenden Gruppenpraxis OG in eine GmbH

Eine Einbringung i. S. d. UmgrStG liegt vor,

- » wenn begünstigtes Vermögen (Betrieb, Teilbetrieb oder Mitunternehmeranteil) des Übertragenden
- » mit einem positiven Verkehrswert
- » auf Grundlage eines schriftlichen Einbringungsvertrages
- » und einer Einbringungsbilanz
- » ausschließlich gegen Gewährung neuer Anteile (Ausnahmen sind möglich)
- » einer übernehmenden Kapitalgesellschaft tatsächlich übertragen wird.
- » Betreffend Betriebsdefinition gelten die Ausführungen zum Zusammenschluss entsprechend.

Voraussetzung für die Übertragungsfähigkeit eines Betriebes ist die aufrechte Berufsbefugnis für die nachfolgende Körperschaft. Bei einer Ärzte-GmbH ist dies die Eintragung in die Ärzteliste. Daher ist es zweckmäßig, die GmbH vorweg zu gründen, das Genehmigungsverfahren und die Eintragung in die Ärzteliste abzuwarten und sobald diese Voraussetzungen erfüllt sind, die Einbringung auf einen rückwirkenden Stichtag durchzuführen. Alternativ könnte die Einbringung auch unter der aufschiebenden Bedingung der Kammerzustimmung erfolgen, sodass diese erst dann Wirkung entfaltet, wenn die formale Voraussetzung – Eintragung in die Ärzteliste – erfüllt ist.

Vermögen

Zu beachten ist, dass das einzubringende Vermögen zum Einbringungsstichtag dem Einbringenden bereits zuzurechnen ist. Kauft z. B. eine Ärztin/ein Arzt eine Ordination im laufenden Jahr, kann eine Einbringung mit Stichtag 31.12. des Vorjahres nicht erfolgen.

Zur Bestimmung des einzubringenden Vermögens ist eine Einbringungsbilanz aufzustellen. Auch kann das einzubringende Vermögen durch rückwirkende Entnahmen und Einlagen verändert werden. Soll z. B. die Immobilie nicht mit in die gemeinsame Gesellschaft eingebracht werden, stellt dies eine steuerpflichtige Entnahme hinsichtlich des Gebäudeteils dar. Bare und vorbehaltene Entnahmen sind unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls zulässig, solange ein positiver Wert des eingebrachten Vermögens gegeben ist.

Gewinnermittlung in der Einbringung

Analog dem Zusammenschluss hat ein Wechsel der Gewinnermittlungsart von der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung zur Bilanzierung zu erfolgen. Bei einer GmbH ist ein abweichendes Wirtschaftsjahr zulässig. Z. B. kann die GmbH auf den 31.1. eines jeden Jahres bilanzieren. Dadurch kommt es zur Verschiebung der Steuervorschreibung u.U. um ein Jahr.

Auch die Einbringung kann neun Monate rückwirkend erfolgen. Die Einbringung ist der zuständigen Behörde, entweder dem Firmenbuchgericht bei Sachgründungen und Kapitalerhöhung oder beim zuständigen Finanzamt in allen übrigen Fällen, zu melden.

Empfohlen wird, im Gesellschaftsvertrag der GmbH die Möglichkeit einer alinearen Gewinnverteilung vorzusehen. Dadurch können unterschiedliche Wertverhältnisse der eingebrachten Vermögen später durch alineare Gewinnausschüttungen ausgeglichen werden (Bsp.: A bringt Vermögen mit Verkehrswert von 100 ein, B Vermögen mit Verkehrswert von 110. Beide sollen mit 50 % an der GmbH beteiligt werden. Ein Wertausgleich wäre z. B. über eine bare oder unbare Entnahme von B in Höhe von 10 möglich oder B erhält eine alineare Gewinnausschüttung aus der GmbH in Höhe von 10).

3.10.4. Realteilung

Eine Realteilung ist der einem Zusammenschluss entgegengesetzte Umgründungsvorgang. Dabei wird qualifiziertes Vermögen einer Personengesellschaft – bei Ärztinnen/Ärzten einer OG – auf ihre Gesellschafterinnen/ Gesellschafter übertragen. Dies kann ebenfalls steuerneutral erfolgen, wenn folgende Anwendungsvoraussetzungen eingehalten werden:

- » Eine Personengesellschaft überträgt
- » begünstigtes Vermögen (Betriebe, Teilbetriebe oder Mitunternehmeranteile)
- » mit einem positiven Verkehrswert
- » aufgrund eines Teilungsvertrages
- » zum Ausgleich untergehender Gesellschaftsanteile
- » ohne oder ohne wesentliche Ausgleichszahlungen
- » auf Nachfolgeunternehmerinnen/Nachfolgeunternehmer, denen das Vermögen ganz oder teilweise zuzurechnen war.

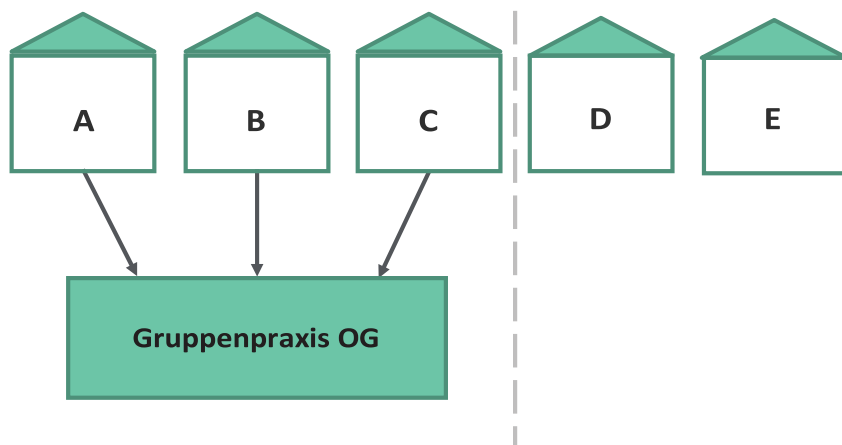


Abbildung 10: Realteilung einer Personengesellschaft

Eine Realteilung ist steuerneutral – d. h. zu Buchwerten – durchführbar. Dazu muss aber ein Betrieb bzw. Teilbetrieb gegeben sein, was bei einer dislozierten Gruppenpraxis bzw. im Primärversorgungsnetzwerk (PVN) vorstellbar ist. Bei einem PVE an einem Standort ist u.E. die Teilbetriebseigenschaft nicht darstellbar. Falls eine Realteilung nicht möglich ist, kommt es zur Realisierung der stillen Reserven, da die ausscheidende Ärztin/der ausscheidende Arzt abzufinden ist, eben dann in Geld und nicht in Form einer weiterzuführenden Praxis.

3.10.5. Spaltung

Eine Spaltung ist der einer Einbringung entgegengesetzte Umgründungsvorgang.

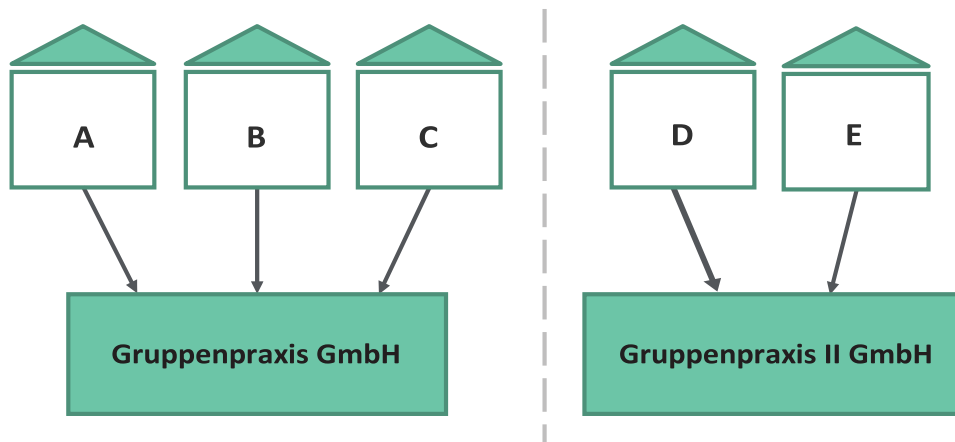


Abbildung 11: Spaltung einer Personengesellschaft

Zu beachten ist die berufsrechtliche Zulässigkeit. Eine GmbH muss zumindest aus zwei Ärztinnen/Ärzten bestehen. Auch muss begünstigtes Vermögen (Betrieb, Teilbetrieb, Mitunternehmeranteil oder eine wesentliche Kapitalbeteiligung) vorliegen. Hier gelten die gleichen Überlegungen wie bei einer Realteilung, dass nämlich u.E. in einer PVE an einem Standort eine Teilbetriebseigenschaft nicht gegeben ist und daher eine Spaltung nicht steuerneutral durchgeführt werden kann. Anders als bei Realteilungen muss das verbleibende Vermögen allerdings kein begünstigtes Vermögen darstellen.

3.11. Umsatzsteuerliche Besonderheiten betreffend Primärversorgungseinheiten

Eine PVE kann an einem Standort oder als Netzwerk an mehreren Standorten eingerichtet werden. Handelt es sich um ein Primärversorgungsnetzwerk (PVN) mit einer rechtlich getrennten Trägerorganisation, sind im Vergleich zu einer PVE-Gruppenpraxis und einem PVN als dislozierte Gruppenpraxis umsatzsteuerliche Besonderheiten zu beachten.

3.11.1. Primärversorgungseinheit-Gruppenpraxis

Eine Gruppenpraxis muss gem. § 52a Abs. 1 ÄrzteG in der Rechtsform einer OG oder einer GmbH betrieben werden. Neben den Formen gem. ÄrzteG ermöglicht das PrimVG ab 1. 8. 2023 auch die Einrichtung einer multiprofessionellen Gruppenpraxis als GmbH mit möglicher Beteiligung anderer Gesundheitsberufe. Sowohl die PVE-Gruppenpraxis OG als auch die PVE-Gruppenpraxis GmbH sind als Unternehmerinnen/ Unternehmer i. S. d. UStG zu qualifizieren. Der Leistungsaustausch findet zwischen den Sozialversicherungsträgern und der PVE-Gruppenpraxis statt. Die ärztlichen Leistungen werden aus umsatzsteuerlicher Sicht von der jeweiligen Gesellschaft (OG bzw. GmbH) und nicht von den daran beteiligten Ärztinnen/Ärzten (A, B, C, D, E) gegenüber den Sozialversicherungsträgern erbracht. Die Ärztin/der Arzt nimmt folglich nicht am umsatzsteuerlichen Leistungsaustausch teil.

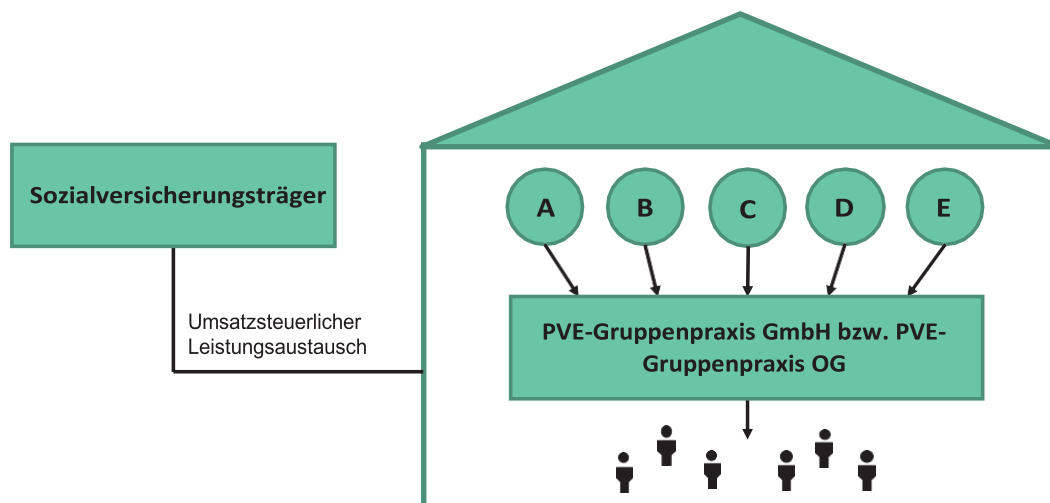


Abbildung 12: PVE-Gruppenpraxis

Die Steuerbefreiung des § 6 Abs 1 Z 19 UStG gilt auch für Gruppenpraxen (Rechtsformneutralität der Steuerbefreiung). Folglich fallen sowohl die PVE-Gruppenpraxis OG als auch die PVE-Gruppenpraxis GmbH hinsichtlich der Umsätze aus Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin unter den Befreiungstatbestand des § 6 Abs 1 Z 19 UStG. Werden seitens einer Gruppenpraxis auch nicht steuerbefreite Umsätze ausgeführt, so unterliegen diese – soweit nicht die Kleinunternehmerregelung anwendbar ist – der Umsatzsteuer.



Webtipp: Vertiefende Informationen zu den geltenden umsatzsteuerlichen Aspekten finden Sie auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at.

Besonderheiten der PVE-Gruppenpraxis OG

Wird die PVE als Gruppenpraxis in der Rechtsform einer OG geführt, ergeben sich keine umsatzsteuerlichen Besonderheiten. Die PVE-Gruppenpraxis OG gilt i. S. d. UStG als Unternehmer. Leistungen einer Ärztin/eines Arztes an die PVE-Gruppenpraxis OG, die in deren/dessen Gesellschafterstellung begründet liegen, sind umsatzsteuerlich unbeachtlich.

Besonderheiten der PVE-Gruppenpraxis GmbH

Auch eine PVE-Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH ist als Unternehmen i. S. d. UStG zu qualifizieren. Es gelten die allgemeinen, rechtsformneutralen Ausführungen zur umsatzsteuerlichen Behandlung von Ärztinnen/Ärzten. Zusätzlich sind bei einer PVE-Gruppenpraxis GmbH folgende umsatzsteuerliche Besonderheiten zu beachten.

Besteuerung nach vereinnahmten Entgelten (Ist-Besteuerung)

In der Umsatzsteuer ist für eine PVE-Gruppenpraxis GmbH die Besteuerung nach vereinnahmten Entgelten (Ist-Besteuerung) vorgesehen, da diese als berufsrechtlich zugelassene Gesellschaft Leistungen erbringt, die der freiberuflichen Tätigkeit i. S. d. § 22 EStG entsprechen.

Bezüge eines Gesellschafter-Geschäftsführers

Aus Vereinfachungsgründen kann ein Gesellschafter-Geschäftsführer/Gesellschafter-Geschäftsführerin einer GmbH hinsichtlich dieser Tätigkeit als Nichtunternehmerin/Nichtunternehmer behandelt werden. Die Bezüge einer Ärztin/eines Arztes, die/der Gesellschafter-Geschäftsführer/Gesellschafter-Geschäftsführerin einer PVE-Gruppenpraxis GmbH ist (mit einer Beteiligung von weniger als 50 %, und dem keine Sperrminorität eingeräumt wurde), bleiben aus umsatzsteuerlicher Sicht bei Anwendung der Verwaltungsvereinfachung somit unbeachtlich.

3.11.2. Primärversorgungseinheit-Netzwerk

PVE können auch als Primärversorgungsnetzwerk (PVN) an mehreren Standorten ausgestaltet sein. Diesbezüglich gibt es zwei Möglichkeiten:

- » PVN als dislozierte Gruppenpraxis i. S. d. § 52a Abs 4 ÄrzteG
- » PVN mit rechtlich getrennter Trägerorganisation

Hinsichtlich eines PVN als dislozierte Gruppenpraxis ist auf die Ausführungen im Kapitel 3.11.1. Primärversorgungseinheit-Gruppenpraxis zu verweisen, da die Ausgestaltung als Netzwerk keine umsatzsteuerlichen Besonderheiten mit sich bringt.

Verfügt das PVN über eine rechtlich getrennte Trägerorganisation, sind jedoch umsatzsteuerliche Besonderheiten zu beachten. Für die rechtlich getrennte Trägerorganisation besteht die freie Rechtsformwahl mit der Einschränkung, dass die PVE jedenfalls über eine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen muss. Folglich kann die Trägerorganisation sowohl als Verein, OG, GmbH, GmbH & Co KG, Genossenschaft oder AG ausgestaltet sein. Aus gesellschaftsrechtlichen Gründen sind nur der Verein bzw. die Genossenschaft als Trägerorganisationen eines PVN attraktiv. Daher beschränken sich die folgenden umsatzsteuerlichen Ausführungen auf diese beiden Rechtsformen.

Primärversorgungsnetzwerk (PVN) mit Verein als Trägerorganisation

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz wurde seitens BDO Austria hinsichtlich der umsatzsteuerlichen Behandlung eines PVN mit Verein als Trägerorganisation eine Anfrage an das Bundesministerium für Finanzen getätigt. Die nachfolgenden Darstellungen geben die in der Auskunft des BMF dargelegte Rechtsansicht wieder: Der Verein als PVE-Trägerorganisation wurde bereits unter Punkt 3.9.3. im Detail dargestellt.

Im Folgenden werden die umsatzsteuerlichen Implikationen näher erläutert: Da der PVE-Trägerverein den Leistungsvertrag mit den Sozialversicherungsträgern abschließt sowie gegenüber den Patientinnen/Patienten (z. B. durch Werbung) und damit nach außen hin auftritt, ist dieser als Unternehmerin/Unternehmer im Sinne des UStG anzusehen.

Ausgestaltung des PVE-Vereins als reine Kostengemeinschaft

Die Steuerbefreiung für Leistungen, die der Verein gegenüber seinen Mitgliedern erbringt, ergibt sich aus

§ 6 Abs. 1 Z 19 2. Halbsatz UStG. Gemäß dieser Bestimmung unterliegen

- » sonstige Leistungen von Gemeinschaften (hier: der Verein)
- » an deren unecht steuerbefreite Mitglieder (hier: Ärztinnen/Ärzte/Gruppenpraxen ebenfalls einer unechten Steuerbefreiung.

Folgende Voraussetzungen müssen dazu kumulativ vorliegen:

- » Die Leistungen der Gemeinschaft müssen unmittelbar zur Ausführung von steuerfreien Umsätzen verwendet werden.
- » Die Gemeinschaft darf von ihren Mitgliedern lediglich die genaue Erstattung des jeweiligen Anteils an den gemeinsamen Kosten fordern (beispielsweise durch Mitgliedsbeiträge an den PVE-Trägerverein).

Das Kriterium der Unmittelbarkeit wird von der Finanzverwaltung dahingehend ausgelegt, dass auch Vorleistungen, die reinen Gemeinkostencharakter haben, von der Befreiung umfasst sind. Dazu zählen auch Vorleistungen im administrativen Bereich (z. B. Buchführung, Verrechnungsarbeiten, Rechtsberatung etc.). Die Finanzverwaltung vertritt überdies die Ansicht, dass die Erbringung steuerpflichtiger Umsätze durch Ärztinnen/Ärzte bzw. Gruppenpraxen grundsätzlich nichts an der Steuerbefreiung der Gemeinschaft ändert.

Folglich kommt für den PVE-Trägerverein bei der Weitergabe angefallener Kosten (z. B. Personalkosten i.Z.m. Callcenter, Praxismanagement, Buchführung, Beratung, Verrechnungsarbeiten) an seine Mitglieder (Ärztinnen/Ärzte und Gruppenpraxen) die Befreiungsbestimmung des § 6 Abs 1 Z 19 UStG zur Anwendung. Die Steuerfreiheit des PVE-Trägervereines führt zum Verlust des Vorsteuerabzugs auf Ebene des Vereins. Das zweite Kriterium der genauen Erstattung darf nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die Steuerbefreiung gemäß § 6 Abs. 1 Z 19 UStG für den PVE-Verein dadurch verloren geht, weil es in einzelnen Zeitabschnitten aufgrund der Abrechnungstechnik zu Überschüssen kommt, die in der Folge wieder ausgeglichen werden.

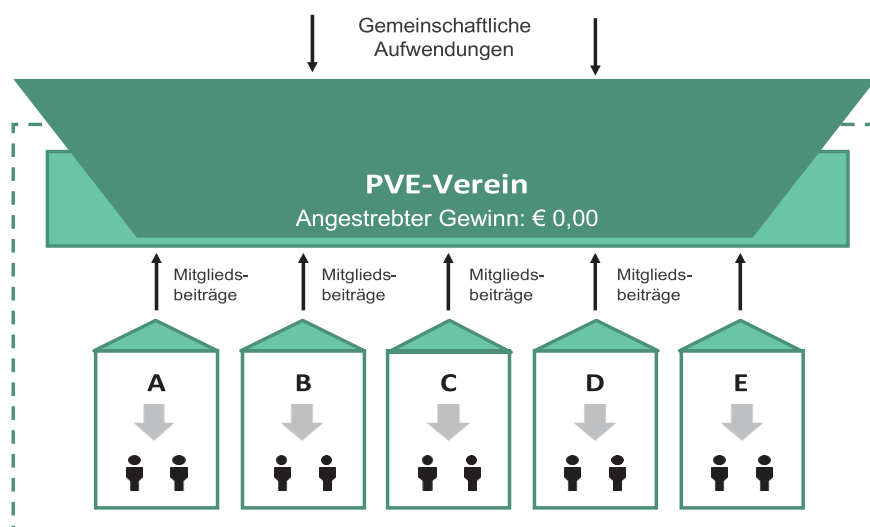


Abbildung 13: PVE-Verein

Abrechnung der Leistungshonorare mit den Sozialversicherungsträgern

Die gesetzlichen Bestimmungen des PrimVG lassen es derzeit offen, ob die Abrechnung der Leistungshonorare auf Basis der Primärversorgungs-Einzelverträge direkt über die einzelnen Mitglieder (Ärztinnen/Ärzte/Gruppenpraxen) oder über den Verein auf Basis des Primärversorgungsvertrags erfolgt.

Abrechnung direkt über die einzelnen Mitglieder: Im ersten Fall wären die Leistungshonorare für die Patientenbehandlung Einnahmen der einzelnen Ärztinnen/Ärzte/Gruppenpraxen. Auf Vereinsebene wären diese somit umsatzsteuerlich nicht beachtlich.

Abrechnung über PVE-Verein: Im zweiten Fall erfolgt die Abrechnung der Leistungshonorare im Wege einer gemeinsamen PVE-Abrechnung zwischen dem Verein als Trägerorganisation der PVE und den Sozialversicherungsträgern. Die vereinnahmten Honorare werden vom PVE-Trägerverein in einem weiteren Schritt zur Gänze oder ggf. nach Abzug der Eigenkosten des Vereins an seine Mitglieder (Ärztinnen/Ärzte/Gruppenpraxen) gemäß den Bestimmungen der Statuten weitergeleitet. Der Verein als Trägerorganisation der PVE nimmt aus umsatzsteuerlicher Sicht am Leistungsaustausch teil. Leistungen des PVE-Trägervereins unterliegen jedoch der unechten Steuerbefreiung des § 6 Abs 1 Z 19 UStG, da die unmittelbare Leistungsausführung durch Personen erfolgt, die über die erforderlichen beruflichen Befähigungsnachweise verfügen und im Falle der selbstständigen Leistungserbringung die Steuerbefreiung ebenso anwenden könnten.

Die nachfolgende Grafik zeigt, dass die Mitglieder (Ärztinnen/Ärzte/Gruppenpraxen) ihre Leistungen an den PVE-Trägerverein erbringen. Der Verein ist als Leistungserbringer gegenüber den Sozialversicherungsträgern anzusehen. Die Patientin/der Patient bezieht somit in umsatzsteuerlicher Sicht die ärztliche Leistung vom Sozialversicherungsträger. Der Verein tritt somit neben seiner Funktion als Kostengemeinschaft auch im Zusammenhang mit der Erbringung ärztlicher Leistungen in Erscheinung.

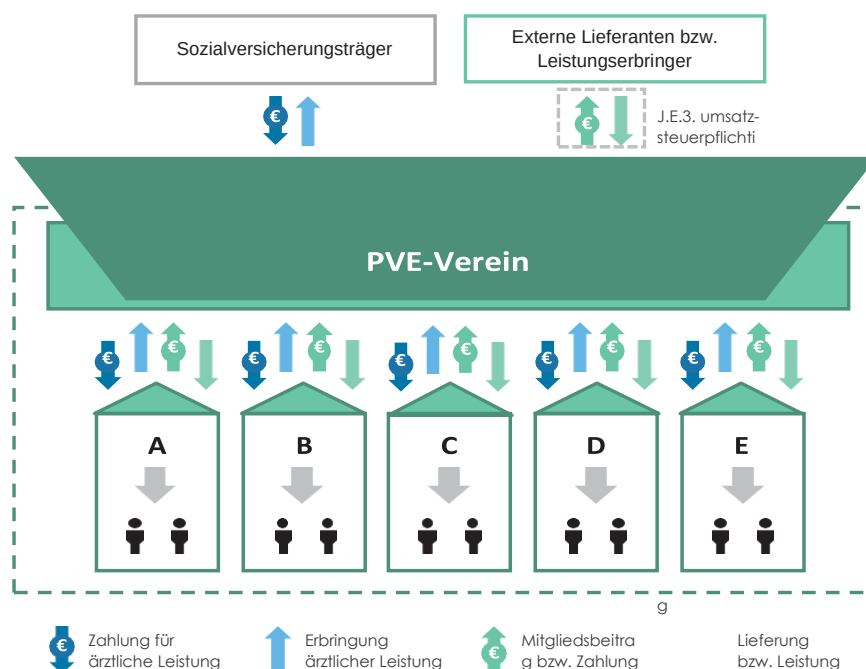


Abbildung 14: Abrechnung PVE-Verein

Primärversorgungsnetzwerk (PVN) mit einer Genossenschaft als Trägerorganisation

Ist eine Genossenschaft Träger des PVN, so ist auf die Ausführungen zum Verein sinngemäß zu verweisen, da es aus umsatzsteuerlicher Sicht diesbezüglich keine rechtsformspezifischen Bestimmungen gibt.

3.11.3. Primärversorgungseinheit als selbstständiges Ambulatorium

PVE an einem Standort können auch in Form eines selbstständigen Ambulatoriums gem. § 2 Abs 1 Z 5 bzw. der §§ 3a ff KAKuG ausgestaltet sein. Das PrimVG schränkt diese Möglichkeit jedoch insoweit ein, als nur

- » gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste,
- » gesetzliche Krankenversicherungsträger,
- » Gebietskörperschaften oder
- » von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds

Gesellschafterinnen/Gesellschafter von PVE in Form eines selbstständigen Ambulatoriums sein dürfen. Folglich ist die Errichtung eines PVE-Ambulatoriums für freiberufliche Ärztinnen/Ärzte gesetzlich nicht möglich. Aus umsatzsteuerlicher Sicht sind Umsätze von PVE in Form selbstständiger Ambulatorien nicht gemäß § 6 Abs 1 Z 19 UStG unecht steuerbefreit.

Körperschaften öffentlichen Rechts

Mit § 6 Abs 1 Z 18 UStG besteht auch für Leistungen von Ambulatorien, die von Körperschaften öffentlichen Rechts (gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften und deren eingerichtete Körperschaften und Fonds) geführt werden, eine unechte Umsatzsteuerbefreiung. Diese kommt auch dann zur Anwendung, wenn das Ambulatorium von einem gemeinnützigen Rechtsträger betrieben wird (§ 6 Abs 1 Z 25 i.V.m. Z 18 UStG). Wird das PVE-Ambulatorium allerdings von einem nichtgemeinnützigen ausgegliederten Rechtsträger geführt, sind dessen Leistungen nicht unecht steuerbefreit. Gem. § 10 Abs 2 Z 8 UStG kommt der ermäßigte Steuersatz i. H. v. 10 % zur Anwendung.

Gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste

Im Falle, dass ein gemeinnütziger Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste Gesellschafterin/ Gesellschafter einer PVE in Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist, kommt die Steuerbefreiung des § 6 Abs 1 Z 25 i.V.m. Z 18 UStG dann zur Anwendung, wenn das Ambulatorium den Gemeinnützigkeitserfordernissen der §§ 34 ff BAO entspricht. Die verschiedenen umsatzsteuerlichen Folgen, die von der jeweiligen Ausgestaltung eines Ambulatoriums abhängen, sind somit genau zu beachten. Dies deshalb, um die Anwendbarkeit einer Umsatzsteuerbefreiung zu gewährleisten und damit der Steuerpflicht (10 % gem. § 10 Abs 2 Z 8 UStG) zu entgehen.

3.12. Gewinnverteilungsmodelle

3.12.1. Grundsätze der Gewinnverteilung

Für die Honorierung der Arbeitsleistung aber auch des eingesetzten Vermögens können in einer PVE-Gesellschaft nachfolgende Varianten unter Beachtung der Spezifika der angewendeten Rechtsformen angedacht werden:

Partizipation zu gleichen Teilen (A)

Jede PVE-Gesellschafterin/jeder PVE-Gesellschafter erhält den gleichen Anteil des zu verteilenden Gewinns. Mehr- oder Minderleistungen im Arbeitseinsatz wirken sich nicht auf den Gewinnanteil aus. Diese Variante kann gewählt werden, wenn von den Gesellschafterinnen/Gesellschaftern angestrebt wird, dass auch im Fall eines unerwarteten Arbeitsausfalls einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters (beispielsweise im Krankheitsfall) weiterhin ein gesichertes Einkommen für diesen bestehen soll. Das System kann somit als eine Art wechselseitige Versicherung verstanden werden, dessen Voraussetzung ein hohes gegenseitiges Vertrauen und die Bereitschaft, äquivalente Arbeitsleistung zu erbringen, ist. Für die Umsetzung ist i.d.R. eine gleich hohe Kapitaleinlage, welche zu gleichen Beteiligungsverhältnissen zwischen den Gesellschafterinnen/Gesellschaftern führt, Voraussetzung.

Partizipation im Verhältnis des Beteiligungsausmaßes (B)

In diesem System wird, wie grundsätzlich in Gesellschaften üblich, das Beteiligungsausmaß für die Verteilung des Gewinns herangezogen. Jede Gesellschafterin/jeder Gesellschafter partizipiert am Erfolg im Verhältnis zu ihrem/seinem eingesetzten Kapital. Aus steuerlicher Sicht ist dieses System zwar leicht umzusetzen, bedingt aber, dass Gesellschafterinnen/Gesellschaftern mit niedriger Kapitalbeteiligung nicht die Möglichkeit gegeben wird, ihr Einkommen mit einem höheren Arbeitseinsatz zu steigern.

Partizipation auf Grundlage der erbrachten Arbeitsleistung (C)

Es ist möglich, die Partizipation am Gesellschaftserfolg (fast) ausschließlich auf Basis der erbrachten Arbeitsleistung der einzelnen Gesellschafterin/des einzelnen Gesellschafters zu bemessen. Dabei sind Werte zur Quantifizierung der Leistung (z. B. Fallzahlen, Öffnungszeiten, Bereitschaftszeiten, Nachtdienste etc.) festzulegen.

Partizipation auf Grundlage der erbrachten Arbeitsleistung unter Berücksichtigung der Beteiligungsverhältnisse (D)

Diese Variante kombiniert in der Gewinnverteilung die beiden letztgenannten Partizipationsmodelle (B+C). In der Umsetzung ist zu bestimmen, in welchem Verhältnis der Kapitaleinsatz zur Arbeitsleistung stehen soll. Zusätzlich müssen Werte zur Quantifizierung der Leistung (z. B. Fallzahlen, Öffnungszeiten, Bereitschaftszeiten, Nachtdienste etc.) vereinbart werden. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass Pauschalbeträge für die Übernahme von außerordentlichen Verwaltungstätigkeiten (z. B. kaufmännische Geschäftsführung, Personalmanagement, Rechnungswesen, IT-Administration etc.) festgelegt werden.

3.12.2. Gewinnverteilungsbeispiel in den relevanten Rechtsformen

Nachdem Unterschiede sowohl in der Arbeitsleistung als auch im Kapitaleinsatz im Regelfall gegeben sein werden, wird **Modell D der Hauptanwendungsfall** für PVE sein. Die nachfolgende Darstellung der Gewinnverteilung in Abhängigkeit der gewählten Rechtsformen sowie der nachfolgende Steuerbelastungsvergleich greifen daher dieses Kombinationsmodell auf.

Grundannahmen

Um einen Rechtsform- und Steuervergleich durchführen zu können, werden folgende **Grundannahmen für die Gewinnverteilungsmodelle** in den für PVE relevanten Rechtsformen Offene Gesellschaft (OG), Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und Verein/Genossenschaft als Trägerorganisation einer PVE in Verbindung mit Einzelunternehmen (EU) getroffen:

- » An der PVE-Organisation sind 5 Ärztinnen/Ärzte (A, B, C, D, E) beteiligt. Diese 5 Ärztinnen/Ärzte teilen sich 4 Kassenstellen (somit 3 volle Kassenstellen und 2 halbe Kassenstellen). Der Kapitaleinsatz von A, B und C beträgt je EUR 100.000 und der Kapitaleinsatz von D und E je EUR 75.000.
- » Für eine volle Kassenstelle wird die Arbeitsleistung mit einem Fixbezug von EUR 72.000 jährlich vergütet und für eine halbe Kassenstelle aliquot mit EUR 36.000. Gesellschafterin B übernimmt die kaufmännische Verantwortung innerhalb der PVE-Struktur und erhält dafür einen zusätzlichen Fixbezug i. H. v. EUR 10.000 pro Jahr.
- » Die PVE-Struktur erzielt ein Ergebnis von EUR 1.000.000 vor Abzug der Vergütungen der Gesellschafterinnen/Gesellschafter und Steuern.
- » Die Aufteilung des Gewinns nach Abzug der Fixbezüge der Gesellschafterinnen/Gesellschafter erfolgt im Verhältnis der Kapitalbeteiligung.
- » Die von jeder Ärztin/jedem Arzt persönlich getragenen Ausgaben (Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds, Haftpflichtversicherung etc.) werden mit EUR 30.000 angenommen und sind unabhängig vom Umfang der Kassenstelle.
- » Es wird unterstellt, dass geeignete Investitionen zur Inanspruchnahme des maximal möglichen Gewinnfreibetrages getätigt werden.
- » Im vorliegenden Beispiel handelt es sich um ein Primärversorgungsnetzwerk (PVN).
- » Die Ärztinnen/Ärzte erzielen außerhalb der PVE keine weiteren Einkünfte.

Gesellschafter	Kapital	Beteiligungsquote	Kassenstelle	(in %)	Anmerkung
A	100.000	22,2 %	voll	25 %	
B	100.000	22,2 %	voll	25 %	kaufmännische Leiterin
C	100.000	22,2 %	voll	25 %	
D	75.000	16,7 %	halb	12,5 %	
E	75.000	16,7 %	halb	12,5 %	
450.000					

Tab. 13: Grundannahmen für die Gewinnverteilungsmodelle

3.12.2.1. Gewinnverteilungsbeispiel der Primärversorgungseinheit-Gruppenpraxis OG

Die Vergütung der Gesellschafterinnen/Gesellschafter erfolgt in einer PVE-Gruppenpraxis OG (Personengesellschaft) im Rahmen der Gewinnverteilung. Dabei fließt **auch die Arbeitsleistung** in die Gewinnverteilung mit ein, da weder Werkverträge noch Dienstverträge zwischen der Gesellschaft und den Gesellschafterinnen/ Gesellschaftern zulässig sind. Unterjährig können nach Maßgabe der Liquidität der Gesellschaft **Gewinnvorabs**, das sind genehmigte Entnahmen der Gesellschafterinnen/Gesellschafter, ausbezahlt werden. Diese sind bei deren Auszahlung steuerneutral. Am Jahresende – i.R.d. Ermittlung des Jahresgewinns der OG – erfolgt ein Abgleich zwischen den ausbezahlten Entnahmen und dem tatsächlich zugewiesenen Gewinnanteil einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters. Ein allfälliger Gewinnüberhang steht zur Entnahme zur Verfügung, eine Überentnahme ist durch Gewinne des Folgejahres abzudecken.

vorläufiger Gewinn der OG	1.000.000
- Gewinnvorab Ges'er A	-72.000
- Gewinnvorab Ges'erin B	-72.000
- Gewinnvorab Ges'erin C	-72.000
- Gewinnvorab Ges'er D	-36.000
- Gewinnvorab Ges'er E	-36.000
- Gewinnvorab kaufmänn. Leitung Ges'erin B	-10.000
Restgewinn OG	702.000

Tab. 14: Beispiel einer möglichen Gewinnverteilung in einer PVE-Gruppenpraxis OG

Der Restgewinn der OG wird nach der Beteiligungsquote auf die Gesellschafterinnen/Gesellschafter verteilt.

Gesell-schafter/in	Bezug AL	kaufmänn. Leitung	Anteil Restgewinn	zurechenbarer Gewinn
A	72.000		156.000	228.000
B	72.000	10.000	156.000	238.000
C	72.000		156.000	228.000
D	36.000		117.000	153.000
E	36.000		117.000	153.000
	288.000	10.000	702.000	1.000.000

Tab. 15: Verteilung Restgewinn OG

Sonderbetriebseinnahmen und Sonderbetriebsausgaben

Neben den gemeinschaftlichen Einnahmen und Ausgaben fallen im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit auch persönliche Einnahmen und Ausgaben an, die nicht von der Gemeinschaft, sondern vom Einzelnen zu tragen sind (sogenannte Sonderbetriebseinnahmen und -ausgaben). Im Gesellschaftsvertrag können explizite Regelungen zu diesen getroffen werden. Die folgende Liste zeigt mögliche Sonderbetriebseinnahmen und -ausgaben der einzelnen Gesellschafterinnen/Gesellschafter (Mitunternehmerinnen/Mitunternehmer) in einer PVE-Gruppenpraxis OG:

Sonderbetriebseinnahmen i.R.d. ärztlichen Tätigkeit	Sonderbetriebsausgaben i.R.d. ärztlichen Tätigkeit
» Privathonorare » Vortragshonorare » Hausapotheke	» Pensions- und Unfallversicherungsbeiträge (PV, UV) » Krankengrundversicherungsbeiträge (KV) » Beiträge zum Wohlfahrtsfonds » Ärztekammerumlage » Persönliche Haftpflichtversicherung » Mitgliedsbeiträge » Persönliche Fortbildungen » KFZ-Kosten » Repräsentationsaufwendungen » Telefonkosten (Handy)

Tab. 16: Sonderbetriebseinnahmen und -ausgaben

Der Gewinnanteil einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters wird unter Einbeziehung von Sonderbetriebseinnahmen und -ausgaben wie folgt berechnet:

	Gewinnanteil aus dem Gewinn der OG (lt Gesellschaftsvertrag)
+	Sonderbetriebseinnahmen („eigene Honorare“)
-	Sonderbetriebsausgaben (persönlich zu tragende Ausgaben)
=	Steuerliche Gewinnantente der Gesellschafterin/des Gesellschafters

Tab. 17: Berechnung Gewinnanteil

In den Grundannahmen des Rechenbeispiels wird von Sonderbetriebsausgaben jeder Ärztin/jedes Arztes (PV, UV, KV etc.) i. H. v. EUR 30.000 ausgegangen. Der endgültige Gewinnanteil (sog. steuerliche Gewinntangente) einer jeden Ärztin/eines jeden Arztes zeigt sich im Musterbeispiel wie folgt:

Ges'erin/ Ges'er	zurechenbarer Gewinn	SBE	SBA	Steuerliche Gewinntangente	davon ESt- BMGL (vor GFB)
A	228.000	0	-30.000	198.000	198.000
B	238.000	0	-30.000	208.000	208.000
C	228.000	0	-30.000	198.000	198.000
D	153.000	0	-30.000	123.000	123.000
E	153.000	0	-30.000	123.000	123.000
	1.000.000	0	-150.000	850.000	

Tab. 18: Steuerliche Gewinntangente (Stand 2018)

Hinweis: Ertragsteuern sind auf Ebene der OG nicht abzuführen. Die steuerliche Gewinntangente ist von jeder Ärztin/ jedem Arzt nach Berücksichtigung des Gewinnfreibetrags zu deren/dessen individuellem Steuertarif zu versteuern. Hinsichtlich des Steuerbelastungsvergleichs wird auf Kapitel 3.13. verwiesen.

3.12.2.2. Gewinnverteilungsbeispiel der Primärversorgungseinheit-Gruppenpraxis GmbH

Soweit der Gesellschaftsvertrag nichts anderes vorsieht, richtet sich die Verteilung des Bilanzgewinns einer GmbH nach der eingezahlten Stammeinlage (lineare Gewinnausschüttung). Davon abweichende Regelungen (alineare Gewinnausschüttungen) sind zwingend im Gesellschaftsvertrag zu verschriftlichen und nur eingeschränkt möglich. Außerdem bedarf es für die Anerkennung durch die Finanzverwaltung einer wirtschaftlichen Begründung (Unterschiede in der Arbeitsleistung der Gesellschafterinnen/Gesellschafter sind dabei als Begründung nicht ausreichend).

Eine alineare Gewinnausschüttung in einer PVE-Gruppenpraxis GmbH kann dann durchgeführt werden, wenn dafür eine wirtschaftliche Begründung besteht (z. B. den einzelnen Gesellschafterinnen/Gesellschaftern sind unterschiedliche Teilbetriebe zuordenbar und dafür bestehen unterschiedliche Rechnungskreise in der Buchhaltung der GmbH). Dies ist bei einem Primärversorgungsnetzwerk (PVN) als dislozierte Gruppenpraxis-GmbH denkbar. Daher ist von alineaen Gewinnausschüttungen aufgrund eines steuerlichen Risikos eher abzuraten, wenn keine Gründe für eine vom Kapitalanteil abweichende Gewinnausschüttung vorliegen (Risiko der Umqualifizierung in Leistungserlöse).

Um dennoch eine adäquate Entlohnung der Arbeitsleistung der Gesellschafterinnen/Gesellschafter in einer PVE-Gruppenpraxis GmbH zu erreichen, können fremdübliche Verträge zwischen den Gesellschafterinnen/ Gesellschaftern und der Gesellschaft abgeschlossen werden. Diese können so ausgestaltet sein, dass nach Abzug der Gehaltsaufwendungen nur ein geringer Restgewinn in der GmbH verbleibt. Der Restgewinn (Bilanzgewinn) kann entweder thesauriert bzw. zur Finanzierung von Investitionen oder Tilgung von Krediten herangezogen werden oder an die Gesellschafterinnen/Gesellschafter in Relation der Beteiligungsverhältnisse ausgeschüttet werden.

vorläufiger Gewinn der GmbH	1.000.000
- Bezug Ges'er A	-72.000
- Bezug Ges'erin B	-72.000
- Bezug Ges'erin C	-72.000
- Bezug Ges'er D	-36.000
- Bezug Ges'er E	-36.000
- kaufmänn. Leitung Ges'erin B	-10.000
- Lohnnebenkosten auf Bezüge	-20.562
GmbH-Gewinn vor Steuern	681.438
- Körperschaftsteuer (25 %)	-170.360
GmbH-Gewinn nach Steuern	511.079

Tab. 19: Beispiel einer möglichen Gewinnverteilung in einer PVE-GmbH (Stand 2018, Körperschaftsteuer ab 2023 24 %, ab 2024 23 %)

Der Gewinn nach (Unternehmens-)Steuern wird im Musterbeispiel nach der Beteiligungsquote auf die Gesellschafterinnen/Gesellschafter verteilt (Vollausschüttung).

Ges'erin/ Ges'er	Bezug AL	kauf- männ. Leitung	persön- liche Ausgaben	Bezug vor ESt	Gewinn- anteil vor KESt	Einkünfte (vor Ertrag- steuern)	davon LSt- BMGL	davon KESt- BMGL
A	72.000		-30.000	42.000	113.573	155.573	42.000	113.573
B	72.000	10.000	-30.000	52.000	113.573	165.573	52.000	113.573
C	72.000		-30.000	42.000	113.573	155.573	42.000	113.573
D	36.000		-30.000	6.000	85.180	91.180	6.000	85.180
E	36.000		-30.000	6.000	85.180	91.180	6.000	85.180
	288.000	10.000	-150.000	148.000	511.079	659.079		

Tab. 20: Verteilung Gewinn nach Steuern

Hinweis: Auf Ebene der GmbH sind bereits vor der Gewinnverteilung Steuern (Körperschaftsteuern) und Abgaben (Lohnnebenkosten auf Bezüge) angefallen. Daher sind die Einkünfte der Ärztinnen/Ärzte vor Ertragsteuern geringer als bei der OG. In weiterer Folge bestehen allerdings Steuerbegünstigungen. Auf den Anteil der Ausschüttung kommt ein begünstigter Steuersatz i. H. v. 27,5 % (KESt) zur Anwendung. Für die Bezüge aus erbrachter Arbeitsleistung ist ebenfalls eine begünstigte Besteuerung (für Sonderzahlungen) vorgesehen. Hinsichtlich des Steuerbelastungsvergleichs wird auf Kapitel 3.13. verwiesen.

3.12.2.3. Gewinnverteilungsgrundsätze des Primärversorgungseinheit- Netzwerks mit Trägerorganisation

Die gesetzlichen Bestimmungen des PrimVG lassen es derzeit offen, ob die Abrechnung der Leistungshonorare auf Basis der Primärversorgungs-Einzelverträge direkt über die einzelnen Mitglieder (Ärztinnen/Ärzte/Gruppenpraxen) oder über den Verein auf Basis des Primärversorgungsvertrags erfolgt und dieser die Einnahmen als echten Durchlaufposten an die Mitglieder weitergibt.

Da in beiden Varianten die Einnahmen nicht dem Verein zuzurechnen sind, wird im Musterbeispiel davon ausgegangen, dass auf Ebene der Trägerorganisation kein Gewinn erzielt wird. Somit stehen den eingenommenen Mitgliedsbeiträgen Ausgaben in gleicher Höhe gegenüber.

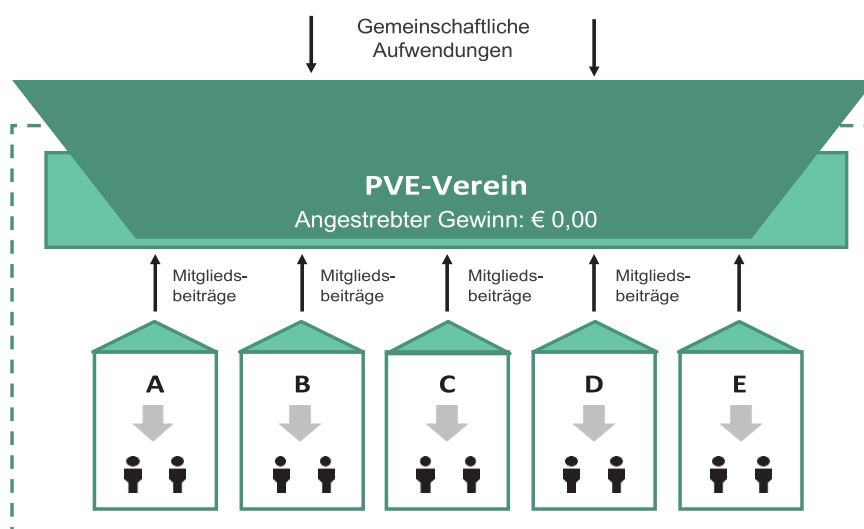


Abbildung 15: Gewinnverteilung PVE-Verein

Trägerorganisation (Verein):	
Einnahmen (Mitgliedsbeiträge)	100.000
- gemeinschaftliche Ausgaben	-100.000
Ergebnis vor Steuern	0
- 25% Körperschaftsteuer	0
Ergebnis nach Steuern	0

Tab. 21: Beispiel Gewinnrechnung PVE-Netzwerk mit Trägerorganisation (Stand 2018, Körperschaftsteuer mittlerweile reduziert auf 24 %, ab 2024 23 %)

Um eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Rechtsformen zu ermöglichen, wird davon ausgegangen, dass der kumulierte Gewinn der Einzelunternehmen abzüglich der an die PVE-Trägerorganisation bezahlten Mitgliedsbeiträgen, den vorläufigen Gewinnen in den Modellen der OG und GmbH entspricht (EUR 1.000.000).

Einzelunternehmen (eigenständige Ordinationen):						
EU	vorläufiges Ergebnis EU	Mitglieds- beitrag PVE-Verein	Zwischen- summe	persönl. Ausgaben	Ergebnis EU	davon Est-BMGL (vor GFB)
A	248.000	-20.000	228.000	-30.000	198.000	198.000
B	258.000	-20.000	238.000	-30.000	208.000	208.000
C	248.000	-20.000	228.000	-30.000	198.000	198.000
D	173.000	-20.000	153.000	-30.000	123.000	123.000
E	173.000	-20.000	153.000	-30.000	123.000	123.000
	1.100.000	-100.000	1.000.000	-150.000	850.000	

Tab. 22: Gewinnrechnung bei eigenständigen Ordinationen

Hinweis: Bei dieser Variante kommt es zu keiner Verteilung von Gewinnen, da es sich um eigenständige Ordinationen handelt. Der Gewinn eines jeden Einzelunternehmens ist von jeder Ärztin/jedem Arzt nach Berücksichtigung des Gewinnfreibetrags zu deren/dessen individuellem Steuertarif zu versteuern. Hinsichtlich des Steuerbelastungsvergleichs wird auf das Folgekapitel 3.13. verwiesen.

3.13. Ertragsteuerliche Unterschiede zwischen den relevanten Rechtsformen von Primärversorgungseinheiten

Nachdem im Kapitel 3.12. auf die Möglichkeiten der Gewinnverteilung in PVE eingegangen wurde, werden im Folgenden die ertragsteuerlichen Unterschiede der für PVE relevanten Rechtsformen Offene Gesellschaft (OG), Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) und Verein (Genossenschaft) als Trägerorganisation einer PVE in Verbindung mit Einzelunternehmen (EU) aufgezeigt. Dazu wird ein Steuerbelastungsvergleich durchgeführt, dem folgende **Annahmen** (gleich Kapitel 3.12.) zugrunde liegen:

- » An der PVE-Organisation sind 5 Ärztinnen/Ärzte (A, B, C, D, E) beteiligt. Diese 5 Ärztinnen/Ärzte teilen sich 4 Kassenstellen (somit 3 volle Kassenstellen und 2 halbe Kassenstellen). Der Kapitaleinsatz von A, B und C beträgt je EUR 100.000 und der Kapitaleinsatz von D und E je EUR 75.000
- » Für eine volle Kassenstelle wird die Arbeitsleistung mit einem Fixbezug von EUR 72.000 vergütet und für eine halbe Kassenstelle aliquot mit EUR 36.000. Gesellschafterin B übernimmt die kaufmännische Verantwortung innerhalb der PVE-Struktur und erhält dafür einen zusätzlichen Fixbezug i. H. v. EUR 10.000.
- » Die PVE-Struktur erzielt ein Ergebnis von EUR 1.000.000 vor Abzug der Vergütungen der Gesellschafterinnen/Gesellschafter.
- » Die Aufteilung des Gewinns nach Abzug der Fixbezüge der Gesellschaft erfolgt im Verhältnis der Kapitalbeteiligung.
- » Die von jeder Ärztin/jedem Arzt persönlich getragenen Ausgaben (Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds, Haftpflichtversicherung etc.) werden mit EUR 30.000 angenommen und sind unabhängig vom Umfang der Kassenstelle.

- » Es wird angenommen, dass geeignete Investitionen zur Inanspruchnahme des maximal möglichen Gewinnfreibetrages getätigt werden.
- » Im vorliegenden Beispiel handelt es sich um ein Primärversorgungsnetzwerk (PVN).
- » Die Ärztinnen/Ärzte erzielen außerhalb der PVE keine weiteren Einkünfte.

Vergleich der Nettoeinkommen in den unterschiedlichen Ausgestaltungsformen:

	A	B	C	D	E	SUMME
PVE Trägerorganisation mit EU	123.300	128.650	123.300	81.615	81.615	538.480
PVE-Gruppenpraxis OG	116.402	121.669	116.402	76.901	76.901	508.275
PVE-Gruppenpraxis GmbH	117.160	123.955	117.160	67.484	67.484	494.205

Tab. 23: Vergleich Nettoeinkommen

Die Berechnungen zeigen, dass aus steuerlicher Sicht unter den getroffenen Annahmen das Primärversorgungsnetzwerk (PVN) mit Trägerorganisation die günstigste Ausgestaltungsvariante darstellt. Dieser Vorteil ist hauptsächlich auf den Gewinnfreibetrag (GFB) zurückzuführen, welcher jedem Mitglied des Netzwerks (eigenständige Ordinationen) ungeteilt zukommt. Die Steuervergleichsrechnungen des Musterbeispiels für PVE-Gruppenpraxis OG sowie PVE-Gruppenpraxis GmbH können analog für einen Vorteilhaftigkeitsvergleich einer PVE, die an einem Standort organisiert ist, umgelegt werden.

Hinweis: Das Ergebnis bzw. die Vorteilhaftigkeit einer Rechtsform kann sich mit der Höhe der Einkünfte maßgeblich verändern. Zur Entscheidungsfindung ist daher bei der Wahl der Rechtsform ein Steuerbelastungsvergleich auf Basis des individuellen Businessplans durchzuführen. Außerdem sind auch außersteuerliche Motive in die Entscheidung der Rechtsformwahl miteinzubeziehen.



—
Rechtliche
Aspekte
—

4. Rechtliche Aspekte

4.1. Einleitung

Mit 03.08.2017 ist das Primärversorgungsgesetz (PrimVG) in Kraft getreten, 2023 erfolgte eine Novellierung. Dieses zielt auf die Stärkung der Primärversorgung in Österreich durch Etablierung sogenannter Primärversorgungseinheiten (PVE) ab. Dadurch ergeben sich für Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und alle weiteren Gesundheits- und Sozialberufe in der Primärversorgung neue, interessante und erweiterte Möglichkeiten der Berufsausübung. Dies betrifft vor allem die Zurverfügungstellung eines erweiterten Versorgungs- bzw. Leistungsangebots, Möglichkeiten zur Flexibilisierung und Einteilung der Arbeitszeiten sowie attraktive neue Honorierungsmodelle. Darüber hinaus ermöglicht das Primärversorgungsgesetz neue Formen der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Die rechtlichen Inhalte des Handbuchs und die Vertragsentwürfe dienen als Erstinformation und stellen keine abschließende und vollständige Darstellung der Rechtsmaterie dar.

4.2. Rechtsformen einer Primärversorgungseinheit

Eine essenzielle Voraussetzung für eine PVE nach dem PrimVG ist, dass diese mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet ist. Anknüpfend an die gesetzlich vorgesehenen Organisationsformen einer PVE als Primärversorgungszentrum an einem Standort (PVZ) oder Primärversorgungsnetzwerk an mehreren Standorten (PVN) unterscheidet man nach den möglichen Rechtsformen einer PVE.

Ein PVZ kann nur in folgenden Rechtsformen geführt werden:

- » Gruppenpraxis als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)
- » Gruppenpraxis als Offene Gesellschaft (OG)
- » selbstständiges Ambulatorium

Für den Betrieb eines PVN bestehen grundsätzlich keine Beschränkungen in der Rechtsform. Allerdings kann nach den Vorgaben des Gesetzes ein PVN nur aus freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten, Gruppenpraxen sowie weiteren freiberuflich tätigen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden. Folglich kommen für ein PVN nachstehende Rechtsformen infrage:

- » Gruppenpraxis als GmbH
- » Gruppenpraxis als OG
- » Verein
- » Genossenschaft

Nähere Informationen zur steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Behandlung der Rechtsformen finden sich in den wirtschaftlichen Aspekten.

4.2.1. Gruppenpraxis als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

Eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ist eine Kapitalgesellschaft mit Rechtspersönlichkeit, an der die Gesellschafterinnen/Gesellschafter im Verhältnis der von ihnen übernommenen Stammeinlagen beteiligt sind. Die Summe der Stammeinlagen ergibt das Stammkapital der GmbH. Dieses muss mindestens EUR 35.000,- betragen und ist von den Gesellschafterinnen/Gesellschaftern bei Gründung der GmbH durch Leistung ihrer Stammeinlage in Form einer Sach-, Bar- oder gemischten Einlage aufzubringen. Eine GmbH ist buchführungspflichtig und zur Erstellung und Veröffentlichung eines Jahresabschlusses verpflichtet.

Die Rechtsform einer GmbH wird häufig deshalb gewählt, weil zwischen dem Vermögen der Gesellschaft und jenem ihrer Gesellschafterinnen/Gesellschafter getrennt wird und letztere grundsätzlich nur bis zur Höhe der von ihnen übernommenen Stammeinlage haften. Für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft haftet somit auch nur diese selbst mit ihrem eigenen Vermögen und nicht die Gesellschafterinnen/Gesellschafter mit ihrem Privatvermögen. Dadurch wird das persönliche wirtschaftliche Risiko einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters beschränkt.

Bei einem Zusammenschluss zu einer Gruppenpraxen-GmbH handeln die Gesellschafterinnen/Gesellschafter (Ärztinnen/Ärzte) fortan nicht mehr im eigenen Namen als freiberuflich bzw. selbstständig tätige Ärztinnen/Ärzte. Stattdessen tritt die Gesellschaft – an der die Ärztinnen/Ärzte beteiligt sind – als eigenes Rechtssubjekt im eigenen Namen nach außen hin auf und schließt mit den Patientinnen/Patienten Behandlungsverträge ab.

4.2.1.1. Organisationsform

Grundsätzlich bestehen mehrere Möglichkeiten³, in denen eine GmbH an einer PVE mitwirken kann. Zum einen kann eine Gruppenpraxen-GmbH selbst Rechtsträger der PVE sein, und zwar unabhängig davon, ob sie als PVZ oder als PVN an mehreren Standorten („dislozierte Gruppenpraxis“) eingerichtet ist.⁴ In rechtlicher Hinsicht bestehen hier kaum Unterschiede. Verschiedenheiten ergeben sich vielmehr bei der Umsetzung des Versorgungskonzepts und bei der Organisation der Zusammenarbeit der auf mehrere Standorte verteilten, beteiligten Personen. Zum anderen kann eine Gruppenpraxen-GmbH auch Mitglied eines PVN an mehreren Standorten sein. Rechtsträger des PVN, der jedoch selbst nicht zur Erbringung von Leistungen der beteiligten Gesundheitsberufe berechtigt ist, ist in diesem Fall eine andere Organisation, etwa ein Verein oder eine Genossenschaft. Die weiteren Ausführungen beziehen sich daher auf Gruppenpraxen-GmbH, die selbst Träger der PVE sind.

Mit der Novellierung des PrimVG 2023 wurde die Möglichkeit einer multiprofessionellen Gruppenpraxis als GmbH geschaffen. Abweichend von §§ 52a ff. ÄrzteG können auch Angehörige anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe, die zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt sind und in der Primärversorgungseinheit im Kernteam oder gemäß PrimVG hauptberuflich tätig sind, Gesellschafter/-innen einer Primärversorgungseinheit sein (multiprofessionelle Gruppenpraxis; siehe dazu auch Kapitel 4.2.2).

³ gemäß § 2 Abs. 5 PrimVG (Primärversorgungsgesetz)

⁴ Siehe Punkt I. sowie III. des Gesellschaftsvertrages

4.2.1.2. Gruppenpraxis-GmbH gem. ÄrzteG

Die Gruppenpraxis gemäß Ärztegesetz ist in den Bestimmungen der §§ 52a ff. ÄrzteG geregelt und kann in der Rechtsform einer GmbH oder einer OG betrieben werden. Eine Gruppenpraxis dient der Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten sie muss daher zu jedem Zeitpunkt über mindestens zwei Gesellschafterinnen/Gesellschafter verfügen. Da eine Gruppenpraxis selbst zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit berechtigt ist, sehen vor allem die ärztrechtlichen Bestimmungen strenge Regelungen für die Bildung und Ausgestaltung einer Gruppenpraxis vor, um die selbstständige und weisungsfreie Berufsausübung der an einer Gruppenpraxis beteiligten Ärztinnen/Ärzte zu gewährleisten.

Demnach dürfen einer Gruppenpraxis-GmbH nach ÄrzteG als Gesellschafterinnen/Gesellschafter nur zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte Ärztinnen/Ärzte angehören.⁵ Die Beteiligung anderer Personen an der Gruppenpraxis-GmbH, deren Umsatz, Gewinn oder ähnliches ist ausdrücklich verboten. Für die Patientinnen/Patienten der Gruppenpraxis-GmbH ist unter den Gesellschafterinnen/Gesellschaftern derselben Fachrichtung die freie Arztwahl zu gewährleisten. Auch die Erteilung von Weisungen, die die ärztliche Berufsausübung der Gesellschafterinnen/Gesellschafter betrifft, ist unzulässig. Außerdem bleiben die einzelnen Gesellschafterinnen/Gesellschafter zur Erfüllung der Standes- und Berufspflichten als Ärztinnen/Ärzte persönlich verantwortlich.⁶ Bei Gruppenpraxen-GmbH, die gleichzeitig auch PVE sind, kommen somit neben den Bestimmungen des PrimVG vor allem jene des GmbH-Gesetzes sowie die ärztrechtlichen Sonderbestimmungen über Gruppenpraxen nach §§ 52a ff. ÄrzteG zur Anwendung.

4.2.1.3. Betrieb einer Primärversorgungseinheit als Gruppenpraxis-GmbH

Die GmbH ist nicht nur Trägerorganisation der PVE, sie ist zugleich auch Erbringerin der Leistungen der beteiligten Gesundheitsberufe. Das heißt, die Gesellschaft selbst schließt mit den Patientinnen/Patienten der PVE den Behandlungsvertrag ab und erbringt diesem gegenüber auch die vereinbarten Leistungen. Daneben ist die Gesellschaft als Trägerorganisation der PVE auch für die Erfüllung aller anderen Verpflichtungen einer PVE (Informationspflichten, gemeinsamer Außenauftritt, Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung etc.) zuständig. Die an einer Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafterinnen/Gesellschafter (ausschließlich Ärztinnen/Ärzte) üben ihre Tätigkeit im Rahmen der Gesellschaft aus. Ihre Entlohnung für die ärztliche Tätigkeit erfolgt durch ihre Gewinnbeteiligung an der Gesellschaft.

⁵ Siehe Punkt V. des Gesellschaftsvertrages

⁶ Siehe Punkt IX. des Gesellschaftsvertrages

4.2.1.4. Vor- und Nachteile

Der Vorteil einer GmbH liegt in der begrenzten Haftung der Gesellschafterinnen/Gesellschafter, wodurch das wirtschaftliche Risiko der an einer GmbH beteiligten Ärztinnen/Ärzte limitiert wird. Dafür ist die Gründung einer GmbH im Vergleich zu anderen Rechtsformen eher aufwendig. Eine GmbH ist zudem buchführungs- und rechnungslegungspflichtig, wodurch im laufenden Betrieb höhere Kosten für Buchhaltung und Steuerberatung anfallen. Durch den Zusammenschluss von Ärztinnen/

Ärzten in einer GmbH entsteht eine relativ enge Verbindung der Gesellschafterinnen/Gesellschafter untereinander. Daher sind auch entsprechende Regelungen für den Fall einer Auflösung bzw. des Ausscheidens einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters zu vereinbaren.



Webtipp: Details zur Rechtsform GmbH, wie z. B. Gründung, Gesellschafterinnen/Gesellschafter, Auflösung, finden Sie auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at

Folgende Mustervorlagen stehen Ihnen als Download zur Verfügung:

- » GmbH-Vertrag für Gruppenpraxis als PVN
- » GmbH-Vertrag für Gruppenpraxis als PVZ
- » Musterzeichnungen der Geschäftsführerinnen/ Geschäftsführer
- » Firmenbuchantrag

4.2.2. Multiprofessionelle Gruppenpraxis als GmbH

Im Rahmen der Novellierung des PrimVG wurde 2023 die Möglichkeit der Gründung einer multiprofessionellen Gruppenpraxis als GmbH geschaffen (§ 9 (1a ff.) PrimVG). Abweichend von §§ 52a ff. ÄrzteG können in einer solchen neben Ärztinnen/Ärzten auch Angehörige anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe Gesellschafter/-innen einer PVE werden.

Voraussetzung dafür ist, dass die multiprofessionelle Gruppenpraxis in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) betrieben wird und den zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzten die Mehrheit (mehr als 50 %) am Kapital der Gesellschaft und bei der Willensbildung ein bestimmender Einfluss zukommt.

Die beteiligten Angehörigen anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe müssen zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt und in der Primärversorgungseinheit im Kernteam oder hauptberuflich tätig sein.

4.2.3. Gruppenpraxis als Offene Gesellschaft (OG)

Eine OG ist eine Personengesellschaft, die rechtsfähig ist. Die Gesellschafterinnen/Gesellschafter einer OG sind gesamthandschaftlich verbunden und haften unbeschränkt gegenüber Gesellschaftsgläubigern. Das bedeutet, dass Gesellschafterinnen/Gesellschafter einer OG mit ihrem gesamten Privatvermögen unbeschränkt für alle Verbindlichkeiten der Gesellschaft haften. Diese Haftung der einzelnen Gesellschafterinnen/Gesellschafter ist nach außen hin gegenüber Gesellschaftsgläubigern auch nicht beschränkbar.

Gläubigerinnen/Gläubiger der OG können sich mit einem Anspruch gegen die Gesellschaft auch unmittelbar und primär gegen eine Gesellschafterin/einen Gesellschafter wenden, ohne ihre Forderung zuvor bei der Gesellschaft geltend gemacht zu haben. Auch eine neu eintretende Gesellschafterin/ein neu eintretender Gesellschafter haftet für sämtliche Verbindlichkeiten der Gesellschaft, mögen diese auch vor ihrem/seinem Eintritt in die OG begründet worden sein.

Im Innenverhältnis zwischen einzelnen Gesellschafterinnen/Gesellschaftern besteht jedoch die Möglichkeit, eine gegenseitige Haftungsbeschränkung zu vereinbaren oder sich im Falle einer Inanspruchnahme durch eine Gesellschaftsgläubigerin/einen Gesellschaftsgläubiger bei dem den Schaden verschuldeten Gesellschafter zu regressieren. Die Beteiligung der Gesellschafterinnen/Gesellschafter an der Gesellschaft richtet sich – sofern im Gesellschaftsvertrag nichts anderes vereinbart ist – nach dem Verhältnis des Wertes der vereinbarten Einlagen, zu deren Leistung sich die Gesellschafterinnen/Gesellschafter im Gesellschaftsvertrag verpflichtet haben. Die Leistung der Einlage kann je nach Vereinbarung als Bareinlage, Sacheinlage oder auch nur in Form von Mitarbeit im Rahmen der Gesellschaft erfolgen.

Da die Gesellschafterinnen/Gesellschafter ohnedies unbeschränkt mit ihrem Privatvermögen für Verbindlichkeiten der OG haften, ist die Aufbringung eines Mindestkapitals – wie diese etwa bei Kapitalgesellschaften der Fall ist – nicht vorgesehen. Eine Gruppenpraxis-OG ist weder buchführungspflichtig noch zur Erstellung und Veröffentlichung eines Jahresabschlusses verpflichtet.

Die Rechtsform einer OG wird häufig deshalb gewählt, weil der Aufwand für die Organisation bei der Gründung und im laufenden Betrieb geringer ist als bei einer Kapitalgesellschaft (GmbH) – eine Gruppenpraxis-OG ist nicht rechnungslegungspflichtig. Zudem weist sie als Personengesellschaft

Besonderheiten bei der Besteuerung auf. Bei einer OG wird der auf Ebene der Gesellschaft ermittelte Gewinn den einzelnen Gesellschafterinnen/ Gesellschaftern zugewiesen und anschließend direkt bei den Gesellschafterinnen/Gesellschaftern versteuert. Dies kann für die einzelne Gesellschafterin/den einzelnen Gesellschafter aus steuerlicher Sicht von Vorteil sein.

Bei einem Zusammenschluss zu einer Gruppenpraxen-OG handeln die Gesellschafterinnen/Gesellschafter (Ärztinnen/Ärzte) fortan nicht mehr im eigenen Namen als freiberuflich bzw. selbstständig tätige Ärztinnen/ Ärzte. Stattdessen tritt die Gesellschaft – an der die Ärztinnen/Ärzte beteiligt sind – als eigenes Rechtssubjekt im eigenen Namen nach außen hin auf und schließt mit den Patientinnen/Patienten Behandlungsverträge ab.

4.2.3.1. Organisationsform

Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten⁷, in denen eine OG – sie muss jedoch in der Ausgestaltungsform einer Gruppenpraxis nach den §§ 52a ff ÄrzteG betrieben werden – an einer PVE mitwirken kann. Zum einen kann eine Gruppenpraxen-OG selbst Rechtsträger der PVE sein, und zwar unabhängig davon, ob sie als PVZ oder als PVN eingerichtet ist.⁸ In rechtlicher Hinsicht bestehen hier kaum Unterschiede, ob eine PVE als Zentrum oder als Netzwerk geführt wird. Verschiedenheiten ergeben sich vielmehr bei der Umsetzung des Versorgungskonzepts und bei der Zusammenarbeit der beteiligten Personen aufgrund mehrerer Standorte. Daneben kann eine Gruppenpraxen-OG auch Mitglied eines PVN an mehreren Standorten sein. Rechtsträger des PVN, der jedoch selbst nicht zur Erbringung von Leistungen der beteiligten Gesundheitsberufe berechtigt ist, ist in diesem Fall eine andere Organisation, etwa ein Verein oder eine Genossenschaft. Die weiteren Ausführungen beziehen sich daher nur auf Gruppenpraxen-OG, die selbst Träger der PVE sind.

4.2.3.2. Gruppenpraxis-OG

Die Gruppenpraxis ist in den Bestimmungen der §§ 52a ff ÄrzteG geregelt und kann in der Rechtsform einer OG oder einer GmbH (Gesellschaft mit beschränkter Haftung) betrieben werden.

Eine Gruppenpraxis dient der Zusammenarbeit von Ärztinnen/Ärzten – sie muss daher zu jedem Zeitpunkt über mindestens zwei Gesellschafterinnen/Gesellschafter verfügen. Da eine Gruppenpraxis selbst zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit berechtigt ist, sehen vor allem die ärztrechtlichen Bestimmungen strenge Regelungen für die Bildung und Ausgestaltung einer Gruppenpraxis vor, um die selbstständige und weisungsfreie Berufsausübung der an einer Gruppenpraxis beteiligten Ärztinnen/Ärzte zu gewährleisten. Demnach dürfen einer Gruppenpraxis-OG als Gesellschafterinnen/Gesellschafter nur zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen/Ärzte angehören.⁹ Die Beteiligung anderer Personen an der Gruppenpraxis-OG, deren Umsatz, Gewinn oder ähnliches ist ausdrücklich verboten.

Für die Patientinnen/Patienten der Gruppenpraxis-OG ist unter den Gesellschafterinnen/Gesellschaftern derselben Fachrichtung die freie Arztwahl zu gewährleisten. Auch die Erteilung von Weisungen, die die ärztliche Berufsausübung der Gesellschafterinnen/Gesellschafter betrifft, ist unzulässig. Außerdem bleiben die einzelnen Gesellschafterinnen/Gesellschafter zur Erfüllung der Standes- und Berufspflichten als Ärztinnen/ Ärzte persönlich verantwortlich.¹⁰

Bei Gruppenpraxen-OG, die gleichzeitig auch PVE sind, kommen somit neben den Bestimmungen des PrimVG vor allem jene des Unternehmensgesetzbuches (UGB) sowie die ärztrechtlichen Sonderbestimmungen über Gruppenpraxen nach §§ 52a ff. ÄrzteG zur Anwendung.

4.2.3.3. Betrieb einer Primärversorgungseinheit als Gruppenpraxis-OG

Die OG ist nicht nur Trägerorganisation der PVE, sie ist zugleich auch Erbringerin der Leistungen der beteiligten Gesundheitsberufe. Das heißt, die Gesellschaft selbst schließt mit den Patientinnen/Patienten der PVE den Behandlungsvertrag ab und erbringt diesem gegenüber auch die vereinbarten Leistungen. Daneben ist die Gesellschaft als Trägerorganisation der PVE auch für die Erfüllung aller anderen Verpflichtungen einer PVE (Informationspflichten, gemeinsamer Außenauftritt, Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung etc.) zuständig. Die an einer Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafterinnen/Gesellschafter (ausschließlich Ärztinnen/Ärzte) üben ihre Tätigkeit im Rahmen der Gesellschaft aus. Ihre Entlohnung für die ärztliche Tätigkeit erfolgt durch ihre Gewinnbeteiligung an der Gesellschaft.

4.2.3.4. Vor- und Nachteile

Bei einer OG haften sämtliche Gesellschafterinnen/Gesellschafter unbeschränkt mit ihrem Privatvermögen für Verbindlichkeiten der Gesellschaft. Das wirtschaftliche Risiko aufgrund einer Beteiligung an einer OG kann nicht beschränkt werden. Demgegenüber liegen die

Vorteile einer OG in der einfachen Gründung und im

kostengünstigen Betrieb – eine Ärzte-OG ist weder buchführungs- noch rechnungslegungspflichtig. Zudem erfolgt die Besteuerung bei einer OG – im Gegensatz zu einer GmbH – auf Ebene der einzelnen Gesellschafterinnen/Gesellschafter, wodurch sich eventuell steuerliche Vorteile für die Gesellschafterinnen/Gesellschafter bieten können.



Webtipp: Details zur Rechtsform OG, wie z. B.

Gründung,
Gesellschafterinnen/Gesellschafter,
Auflösung, finden Sie auf der Plattform
Primärversorgung

www.primaerversorgung.gv.at

Folgende Mustervorlagen stehen
Ihnen als Download zur Verfügung:

- » OG-Vertrag für Gruppenpraxis als PVN
- » OG-Vertrag für Gruppenpraxis als PVZ
- » Musterzeichnungen der vertretungsbefugten
Gesellschafterinnen/Gesellschafter
- » Firmenbuchantrag

7 gemäß § 2 Abs. 5 PrimVG

8 Siehe Punkt I. und III. des Gesellschaftsvertrages

9 Siehe Punkt V. des Gesellschaftsvertrages

10 Siehe Punkt X. des Gesellschaftsvertrages

4.2.4. Verein

Ein Verein ist ein freiwilliger, auf Dauer angelegter, auf Grund von Statuten organisierter Zusammenschluss mindestens zweier Personen zur Verfolgung eines bestimmten, gemeinsamen, ideellen Zwecks. Der Verein genießt Rechtspersönlichkeit, darf jedoch nicht auf Gewinn gerichtet sein. Die Vereinsmitglieder bleiben trotz Mitgliedschaft sowohl rechtlich als auch wirtschaftlich selbstständig. Ihre Tätigkeit darf – entgegen jener des Vereins selbst – sehr wohl auch auf Erzielung eines Gewinns gerichtet sein.

4.2.4.1. Organisationsform

Ein Verein kann gemäß § 2 Abs. 5 Z 2 PrimVG nur als Trägerorganisation für den Betrieb eines PVN mit mehreren Standorten herangezogen werden. Die Führung einer PVE an einem Standort (PVZ) in der Rechtsform eines Vereins ist somit ausgeschlossen.¹¹

4.2.4.2. Betrieb einer Primärversorgungseinheit als Verein

Ein Verein ist nicht zur Erbringung von Leistungen der beteiligten Gesundheitsberufe berechtigt. Die Leistungserbringung erfolgt in diesem Fall daher nicht direkt durch den Verein selbst, sondern durch seine Mitglieder. Die Mitglieder bleiben rechtlich und wirtschaftlich selbstständig und üben ihren Beruf als freiberuflich tätige Gesundheitsberufe trotz Zusammenschluss im PVN weiterhin selbstständig aus. Auch die von den Mitgliedern des PVN an den verschiedenen Standorten betriebenen Einrichtungen verbleiben im Eigentum der jeweiligen Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen oder sonstigen Mitglieder.

Die wesentliche Änderung durch Gründung eines PVN in Form eines Vereins liegt darin, dass sich die Mitglieder unter Bewahrung ihrer Selbstständigkeit zur Erbringung aufeinander abgestimmter Leistungen verpflichten. Darüber hinaus erfolgen eine strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit sowie eine Koordinierung der Öffnungszeiten.

Der Zweck des Vereins besteht hier in erster Linie in der Förderung der Mitglieder bei ihrer selbstständigen Tätigkeit durch Schaffung der organisatorischen Grundlagen (Zurverfügungstellung von Infrastruktur, gemeinsamer Außenauftritt und Marketing, Etablierung eines Informations- und Kommunikationssystems) sowie Koordinierung der Tätigkeit der Mitglieder.

Gemäß den Vorgaben des Gesamtvertrages kann auf regionaler Ebene vereinbart werden, dass die Abrechnung nicht mit dem Träger (Verein), sondern mit den einzelnen Ärztinnen und Ärzten des Netzwerks erfolgt. Sofern dies in der regionalen Honorarvereinbarung vorgesehen ist, kann der Verein allenfalls auch die zentrale Ab- und Verrechnung der Honorare der Mitglieder gegenüber den jeweiligen Krankenversicherungsträgern für ebendiese durchführen. Der Verein würde in diesem Fall als Inkassostelle im Namen und Auftrag der Mitglieder fungieren und die von der Krankenkasse ausbezahlten Honorare anschließend an die jeweiligen Mitglieder weiterleiten.

¹¹ Siehe Punkt I. der Vereinsstatute

4.2.4.3. Vor- und Nachteile

Ein Verein ist die niederschwelligste Form, um sich für den Betrieb eines PVN zusammenzuschließen. Ein Verein kann einfach, schnell und relativ kostengünstig gegründet und auch betrieben werden. Bei einem Verein können neben Ärztinnen/Ärzten auch weitere Gesundheits- und Sozialberufe teilnehmen. Der Verein dient dabei als Trägerorganisation des Netzwerks, dessen Aufgabe in der Zurverfügungstellung der organisatorischen Grundlagen für die Tätigkeit seiner Mitglieder sowie in der Koordinierung der Tätigkeit der Mitglieder liegt. Diese bleiben sowohl rechtlich als auch wirtschaftlich selbstständig und üben ihren Beruf im Rahmen des PVN weiterhin auch selbstständig aus. Aufgrund dessen eignet sich ein Verein für die Gründung eines PVN, bei dem die daran teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte bereits über eigene Ordinationen, welche auch weiterhin von ihnen betrieben werden sollen, verfügen.



Webtipp: Details zur Rechtsform

Verein, wie z.B. Gründung, Mitglieder, Auflösung, finden Sie auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at

Folgende Mustervorlagen stehen Ihnen als Download zur Verfügung:

» Vereinsstatuten

» Errichtungsanzeige

4.2.5. Genossenschaft

Eine Genossenschaft ist eine Personenvereinigung mit Rechtspersönlichkeit von nicht geschlossener Mitgliederzahl, die im Wesentlichen der Förderung des Erwerbes oder der Wirtschaft ihrer Mitglieder dient. Eine Genossenschaft kann entweder mit unbeschränkter oder mit beschränkter Haftung ihrer Mitglieder errichtet werden. Die häufigste Form einer Genossenschaft ist jene der beschränkten Haftung, bei der die Mitglieder mit ihrem Geschäftsanteil und einem weiteren Betrag in derselben Höhe haften. Dieser Haftungsbetrag kann jedoch auch höher sein. Im Unterschied zu Kapitalgesellschaften hat eine Genossenschaft kein festes Kapital. Eine Genossenschaft ist Unternehmerin/Unternehmer kraft Rechtsform. Sie ist dann buchführungs- und rechnungslegungspflichtig, wenn ihr Umsatz in zwei aufeinanderfolgenden Geschäftsjahren den Betrag von EUR 700.000,- übersteigt oder in nur einem Geschäftsjahr ein Umsatz von mehr als EUR 1.000.000,- erwirtschaftet wird.

Die Mitglieder der Genossenschaft bleiben trotz Mitgliedschaft in der Genossenschaft sowohl rechtlich als auch wirtschaftlich selbstständig. Sie werden durch die Tätigkeit der Genossenschaft bei ihrer Berufsausübung beispielsweise als Ärztin/Arzt oder Krankenpflegerin/Krankenpfleger – gefördert.

4.2.5.1. Organisationsform

Eine Genossenschaft kann gemäß § 2 Abs. 5 Z 2 PrimVG nur als Trägerorganisation für den Betrieb eines PVN herangezogen werden. Die Führung einer PVE an einem Standort (PVZ) in der Rechtsform einer Genossenschaft ist somit ausgeschlossen.¹²

¹² Siehe Punkt I. des Genossenschaftsvertrages

4.2.5.2. Betrieb einer Primärversorgungseinheit als Genossenschaft

Eine Genossenschaft ist nicht zur Erbringung von Leistungen der beteiligten Gesundheitsberufe berechtigt. Die Leistungserbringung erfolgt in diesem Fall daher nicht direkt durch die Genossenschaft selbst, sondern durch ihre Mitglieder. Die Mitglieder bleiben rechtlich und wirtschaftlich selbstständig und üben ihren Beruf als freiberuflich tätige Gesundheitsberufe trotz Zusammenschluss im PVN weiterhin selbstständig aus. Auch die von den Mitgliedern des PVN an den verschiedenen Standorten betriebenen Einrichtungen verbleiben im Eigentum der jeweiligen Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen oder sonstigen Mitglieder. Die wesentliche Änderung durch Gründung eines PVN in Form einer Genossenschaft liegt darin, dass sich die Mitglieder unter Bewahrung ihrer Selbstständigkeit zur Erbringung aufeinander abgestimmter Leistungen verpflichten. Darüber hinaus erfolgen eine strukturierte und verbindliche Zusammenarbeit sowie eine Koordinierung der Öffnungszeiten.

Der Zweck der Genossenschaft besteht hier in erster Linie in der Förderung der Mitglieder bei ihrer selbstständigen Tätigkeit durch Schaffung der organisatorischen Grundlagen (Zurverfügungstellung von Infrastruktur, gemeinsamer Außenauftritt und Marketing, Etablierung eines Informations- und Kommunikationssystems) sowie Koordinierung der Tätigkeit der Mitglieder.

Gemäß den Vorgaben des Gesamtvertrages kann auf regionaler Ebene vereinbart werden, dass die Abrechnung nicht mit dem Träger (Genossenschaft), sondern mit den einzelnen Ärztinnen und Ärzten des Netzwerks erfolgt. Sofern dies in der regionalen Honorarvereinbarung vorgesehen ist, kann die Genossenschaft allenfalls auch die zentrale Ab- und Verrechnung der Honorare der Mitglieder gegenüber den jeweiligen Krankenversicherungsträgern für ebendiese durchführen. Die Genossenschaft würde in diesem Fall als Inkassostelle im Namen und Auftrag der Mitglieder fungieren und die von der Krankenkasse ausbezahlten Honorare anschließend an die jeweiligen Mitglieder weiterleiten.

4.2.5.3. Vor- und Nachteile

Ein PVN in der Rechtsform einer Genossenschaft ist vergleichbar organisiert und strukturiert wie ein Verein. Eine Genossenschaft weist jedoch eine höhere Organisationsdichte auf und ist damit professioneller auf die Förderung der wirtschaftlichen Tätigkeit ihrer Mitglieder ausgerichtet. Zudem muss eine Genossenschaft einem anerkannten Revisionsverband angehören, von dem sie regelmäßig im Zuge einer Revision geprüft wird. Bei Überschreiten der Umsatzschwellen von mehr als EUR 700.000,- in zwei aufeinanderfolgenden Geschäftsjahren bzw. von einmalig mehr als EUR 1.000.000,- ist die Genossenschaft außerdem verpflichtet, Bücher zu führen sowie einen Jahresabschluss und eine Bilanz zu erstellen. Die mit einer Genossenschaft verbundenen Strukturkosten fallen damit entsprechend höher aus. Aus diesem Grund kommt eine Genossenschaft als PVN wohl nur bei großen Netzwerken infrage.



Webtipp: Details zur Rechtsform Genossenschaft, wie z. B. Gründung, Gesellschafterinnen/Gesellschafter, Auflösung, finden Sie auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at

Folgende Mustervorlagen stehen Ihnen als Download zur Verfügung:

- » Genossenschaftsvertrag PVN
- » Musterzeichnung Vorstandsmitglied
- » Firmenbuchantrag

4.2.6. Selbstständiges Ambulatorium

Ein selbstständiges Ambulatorium ist eine Form einer Krankenanstalt und unterliegt damit auch den Bestimmungen des Gesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG). Bei einem selbstständigen Ambulatorium handelt sich um eine organisatorisch selbstständige Einrichtung, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dient, die einer Aufnahme in Anstaltspflege – mit Ausnahme kurzfristiger Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen – nicht bedürfen.

4.2.6.1. Wesentliche Eigenschaften

Im Gegensatz zu Gruppenpraxen und selbstständigen Ärztinnen/Ärzten sind Krankenanstalten zur unbegrenzten Anstellung von Ärztinnen und Ärzten sowie von Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe berechtigt.

Eine Krankenanstalt muss eine geeignete Ärztin/einen geeigneten Arzt als verantwortliche Leiterin/verantwortlichen Leiter des ärztlichen Dienstes sowie für die mit der ärztlichen Behandlung der Pfleglinge zusammenhängenden Aufgaben bestellen. Diese/Dieser ist gegenüber den anderen Ärztinnen/Ärzten der Krankenanstalt weisungsbefugt. Weiters ist die Bestellung einer geeigneten Person als verantwortliche Leiterin/ verantwortlicher Leiter der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten sowie von notwendigem Verwaltungspersonal erforderlich. Zudem besteht für Patientinnen/Patienten einer Krankenanstalt keine freie Arztwahl; ihnen wird eine Ärztin/ein Arzt des Ambulatoriums zugeteilt.

Ein weiteres wesentliches Charakteristikum einer Krankenanstalt besteht darin, dass sie über eine Anstaltsordnung verfügen muss. Von diesem Erfordernis sind selbstständige Ambulatorien als PVE jedoch ausgenommen. Außerdem müssen die Gesellschafterinnen/Gesellschafter eines selbstständigen Ambulatoriums keine zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Ärztinnen/Ärzte sein und sind darüber hinaus auch nicht zur persönlichen Mitarbeit in der Krankenanstalt verpflichtet.

Neben den bereits angeführten Sonderregelungen für PVE-Ambulatorien, wonach sie über keine Anstaltsordnung verfügen müssen und nur ein eingeschränkter Gesellschafterkreis zulässig ist, ist zu erwähnen, dass die ärztliche Leiterin/der ärztliche Leiter hauptberuflich – nicht jedoch ausschließlich – zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet ist. Demnach ist es nicht ausreichend, dass die ärztliche Leiterin/der ärztliche Leiter nur administrative oder organisatorische Aufgaben übernimmt, sie/er muss auch tatsächlich ihren Beruf als Ärztin/ seinen Beruf als Arzt ausüben. Außerdem besteht für PVE-Ambulatorien dahingehend eine Erleichterung, indem die Verpflichtung zur Einrichtung einer Arzneimittelkommission entfällt. Weiters gibt es Sonderbestimmungen für die Gründung eines PVE-Ambulatoriums.

Hinsichtlich der Rechtsform eines selbstständigen Ambulatoriums sieht das KAKuG keine Beschränkungen vor. Demnach kommen als Rechtsträger einer Krankenanstalt grundsätzlich sowohl juristische (Kapital- und Personengesellschaften, öffentliche Rechtsträger etc.) als auch natürliche Personen in Betracht.

Durch Sonderbestimmungen im PrimVG ist der Kreis jener Personen, die Gesellschafterinnen/Gesellschafter einer PVE als selbstständiges Ambulatorium sein können, stark beschränkt.

4.2.6.2. Organisationsform

Ein selbstständiges Ambulatorium kann gemäß § 2 Abs. 5 Z 1 lit b) PrimVG nur für den Betrieb einer PVE an einem Standort (PVZ) herangezogen werden. Die Führung eines PVN mit mehreren Standorten in der Form eines selbstständigen Ambulatoriums ist somit ausgeschlossen.



Webtipp: Details zur Rechtsform selbstständiges Ambulatorium, wie z. B. Gründung, Gesellschafterinnen/Gesellschafter, finden Sie auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at

Die nachstehende Tabelle gibt einen groben Überblick über die wichtigsten Eigenschaften der einzelnen Rechtsformen, da sowohl GmbH, OG, Verein und Genossenschaft jeweils mit gewissen Vor- und Nachteilen verbunden sind.

Rechtsform				
	GmbH	OG	Verein	Genossenschaft
Organisationsform	Die Gruppenpraxen-GmbH kann selbst Rechtsträger eines PVZ und/oder eines PVN sein.	Die Gruppenpraxen-OG kann selbst Rechtsträger eines PVZ und/oder eines PVN sein.	Ein Verein kann nur als Trägerorganisation für den Betrieb eines PVN mit mehreren Standorten herangezogen werden.	Eine Genossenschaft kann nur als Trägerorganisation für den Betrieb eines PVN herangezogen werden.
	Die Gruppenpraxen-GmbH kann aber auch Mitglied eines PVN sein. Rechtsträger ist in diesem Fall eine andere Organisation, etwa ein Verein oder eine Genossenschaft.	Zum anderen kann eine Gruppenpraxen-OG auch Mitglied eines PVN sein. Rechtsträger ist in diesem Fall eine andere Organisation, etwa ein Verein oder eine Genossenschaft.	Die Führung eines PVZ in der Rechtsform eines Vereins ist somit ausgeschlossen.	Die Führung eines PVZ in der Rechtsform einer Genossenschaft ist somit ausgeschlossen.
generelle Vor- und Nachteile	Der Vorteil einer GmbH liegt in der begrenzten Haftung der Gesellschafter, wodurch das wirtschaftliche Risiko der an einer GmbH beteiligten Ärzte limitiert wird.	Bei einer OG haften sämtliche Gesellschafter unbeschränkt mit ihrem Privatvermögen für Verbindlichkeiten der Gesellschaft.	Ein Verein ist die niedrigschwelligste Form, um sich für den Betrieb eines PVN zusammenzuschließen.	Ein PVN in der Rechtsform einer Genossenschaft ist vergleichbar wie ein Verein organisiert und strukturiert.
	Dafür ist die Gründung einer GmbH im Vergleich zu anderen Rechtsformen eher aufwendig. Eine GmbH ist zudem buchführungs- und rechnungslegungspflichtig, wodurch im laufenden Betrieb höhere Kosten für Buchhaltung und Steuerberatung anfallen.	Das wirtschaftliche Risiko aufgrund einer Beteiligung an einer OG kann nicht beschränkt werden. Aufgrund dessen ist die Rechtsform der OG für ein PVN, bei dem die Gesellschafter (Ärztinnen/Ärzte) ihre Tätigkeit an unterschiedlichen Standorten ausüben, eher nicht zu empfehlen.	Ein Verein kann einfach, schnell und relativ kostengünstig gegründet und auch betrieben werden.	Eine Genossenschaft weist jedoch eine höhere Organisationsdichte auf und ist damit professioneller auf die Förderung der wirtschaftlichen Tätigkeit ihrer Mitglieder ausgerichtet.
	Durch den Zusammenschluss von Ärztinnen/Ärzten in einer GmbH entsteht eine relativ enge Verbindung der Gesellschafterinnen/Gesellschafter untereinander. Daher sind auch entsprechende Regelungen für den Fall einer Auflösung bzw. des Ausscheidens einer Gesellschafterin/eines Gesellschafters zu vereinbaren.	Demgegenüber liegen die Vorteile einer OG in der einfachen Gründung und im kostengünstigen Betrieb – eine Ärzte-OG ist weder buchführungs- noch rechnungslegungspflichtig.	Bei einem Verein können neben Ärzten auch Angehörige anderer Gesundheits- und Sozialberufe teilnehmen.	Zudem muss eine Genossenschaft einem anerkannten Revisionsverband angehören, von dem sie regelmäßig im Zuge einer Revision geprüft wird.
		Zudem erfolgt die Besteuerung bei einer OG – im Gegensatz zu einer GmbH – auf Ebene der einzelnen Gesellschafterinnen/Gesellschafter, wodurch sich eventuell steuerliche Vorteile für die Gesellschafterinnen/Gesellschafter bieten können.	Der Verein dient dabei als Trägerorganisation des Netzwerks, dessen Aufgabe in der Zurverfügungstellung der organisatorischen Grundlagen für die Tätigkeit seiner Mitglieder sowie in der Koordinierung der Tätigkeit der Mitglieder liegt.	Bei Überschreiten der Umsatzschwellen von mehr als EUR 700.000 in zwei aufeinanderfolgenden Geschäftsjahren bzw. von einmalig mehr als EUR 1.000.000 ist die Genossenschaft außerdem verpflichtet, Bücher zu führen sowie einen Jahresabschluss und eine Bilanz zu erstellen.
		Diese bleiben sowohl rechtlich als auch wirtschaftlich selbstständig und üben ihren Beruf im Rahmen des PVN weiterhin auch selbstständig aus.	Die mit einer Genossenschaft verbundenen Strukturkosten fallen damit entsprechend höher aus.	
		Aufgrund dessen eignet sich ein Verein besonders für die Gründung eines PVN, bei dem die daran teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte bereits über eigene Ordinationen, welche auch weiterhin von ihnen betrieben werden sollen, verfügen.		Aus diesem Grund kommt eine Genossenschaft als PVN wohl nur bei großen Netzwerken infrage.

Tab. 24: Überblick über Eigenschaften der Rechtsformen (Stand 2018, ggf. abweichend für multiprofessionelle Gruppenpraxis als GmbH)

4.3. Verträge einer Primärversorgungseinheit

Grundsätzlich wird zwischen vier verschiedenen Vertragstypen unterschieden, die das Außenverhältnis einer PVE zu den Sozialversicherungsträgern betreffen. Diese sind:

- » Primärversorgungs-Gesamtvertrag und gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen auf Landesebene¹³;
- » Primärversorgungsvertrag;
- » Primärversorgungs-Einzelvertrag;
- » Primärversorgungs-Sondervertrag.

Seit 2019 besteht ein bundesweiter Gesamtvertrag für PVE zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer. Dieser Gesamtvertrag ist ein Rahmenvertrag, der Regelungen zu einem Mindestleistungsspektrum von PVE, Grundsätze zur Vergütung sowie sonstige allgemeine Bestimmungen regelt, die für alle PVE österreichweit gelten. Der Vertrag lässt Spielräume offen, um auf die regionalen Bedürfnisse eingehen zu können. Eine Generalklausel in § 45 erlaubt, dass für alle nicht geregelten Punkte die regionalen Bestimmungen zur Anwendung kommen, was die Gleichstellung von PVE mit anderen Ordinationsformen – Einzelordinationen und Gruppenpraxen – in relevanten Punkten gewährleistet.

Selbstständige Ambulatorien sind von der Anwendung des Primärversorgungs-Gesamtvertrages ausgenommen.

Auf Basis des Primärversorgungs-Gesamtvertrages wird eine Ebene darunter zwischen dem jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger und einer PVE ein Primärversorgungsvertrag abgeschlossen. Dieser enthält konkrete Vereinbarungen über die Leistungserbringung und Honorierung der PVE.

Soweit keine regionale Honorarvereinbarung in Geltung ist, besteht die Möglichkeit zum Abschluss eines Primärversorgungs-Sondervertrages, der die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu einzelnen PVE regelt. Hierfür sind die Zustimmungen des betroffenen Krankenversicherungsträgers

sowie der zuständigen Landesärztekammer erforderlich. Bei Vereinen und Genossenschaften, bei denen die Trägerorganisation des PVN nicht der Erbringer der ärztlichen Leistungen ist, besteht zusätzlich die Möglichkeit, dass zwischen den am PVN teilnehmenden freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten und dem jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger hinsichtlich der ärztlichen Leistungen zusätzlich aufeinander abgestimmte Primärversorgungs-Einzelverträge abgeschlossen werden.

 **Webtipp:** den Primärversorgungs-Gesamtvertrag sowie die abgeschlossenen regionalen Honorarvereinbarungen finden Sie auf der Plattform Primärversorgung: www.primaerversorgung.gv.at

Das Bestehen eines solchen Primärversorgungs-Einzelvertrages ist vom Bestehen eines Primärversorgungsvertrages mit dem Verein bzw. mit der Genossenschaft abhängig. Fällt der Primärversorgungsvertrag weg oder wird er beendet, hört auch der Primärversorgungs-Einzelvertrag automatisch auf zu existieren.

¹³ ASVG § 342b Abs 4

4.4. Mögliche Arbeitsverhältnisse einer Primärversorgungseinheit

Als mögliche Vertragsverhältnisse der arbeitsrechtlichen Zusammenarbeit in einer PVE kommen grundsätzlich ein Dienstverhältnis, ein freies Dienstverhältnis, ein Werkvertragsverhältnis oder ein Auftragsverhältnis infrage.

4.4.1. Dienstvertrag

In einem Dienstvertrag verpflichtet sich die Dienstnehmerin/der Dienstnehmer gegenüber der Dienstgeberin/dem Dienstgeber zur persönlichen Erbringung von Dienstleistungen auf eine gewisse Zeit. Die Dienstnehmerin/der Dienstnehmer ist dabei in die Organisation der Dienstgeberin/des Dienstgebers (Unternehmen, Betrieb, Ordination) eingegliedert und diesem gegenüber weisungsgebunden. Demnach kann er seinen Arbeitsort, seine Arbeitszeit, Arbeitsweise und Arbeitsabfolge nicht frei bestimmen, sondern unterliegt diesbezüglich den Weisungen seiner Arbeitgeberin/seines Arbeitgebers.

Die Dienstnehmerin/der Dienstnehmer ist zur persönlichen Arbeitsleistung verpflichtet, sie/er kann sich daher grundsätzlich nicht vertreten lassen. Einen bestimmten Erfolg schuldet die Dienstnehmerin/der Dienstnehmer nicht, lediglich eine sorgfältige Arbeitserbringung bzw. ein sorgfältiges Bemühen zur Erreichung eines Arbeitserfolges.

Beim Dienstverhältnis handelt es sich um ein Dauerschuldverhältnis, bei dem sich der Umfang der zu erbringenden Leistungen nach der Zeitdauer des Arbeitsverhältnisses (befristet oder unbefristet) richtet. Das Dienstverhältnis ist typischerweise entgeltlich, im Zweifel gilt ein angemessenes Entgelt als vereinbart. Es zeichnet sich regelmäßig durch die wirtschaftliche Abhängigkeit der Dienstnehmerin/des Dienstnehmers aus. Darunter versteht man, dass die Dienstnehmerin/der Dienstnehmer grundsätzlich auf die Betriebsmittel und das Know-how der Dienstgeberin/des Dienstgebers angewiesen ist.

Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer sind in der Regel in allen drei Versicherungszweigen des ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz), namentlich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung sowie in der Arbeitslosenversicherung versichert.

Für die Entrichtung der Lohnsteuer ist die Dienstgeberin/der Dienstgeber verantwortlich. Sie/er muss diese zusammen mit den Sozialversicherungsbeiträgen und sonstigen Lohnnebenkosten vom Gehalt der Dienstnehmerin/des Dienstnehmers einbehalten und an die zuständigen Behörden abführen.



Webtipp: Musterverträge zu den dargestellten möglichen Arbeitsverhältnissen finden Sie zum Download auf der Plattform Primärversorgung:
www.primaerversorgung.gv.at

Folgende Musterverträge stehen Ihnen als Download zur Verfügung:

- » Dienstvertrag
- » Freier Dienstvertrag
- » Werkvertrag
- » Auftragsvertrag
- » Muster Gleitzeitvereinbarung

4.4.2. Freier Dienstvertrag

Im Unterschied zum Dienstverhältnis ist eine freie Dienstnehmerin/ein freier Dienstnehmer von ihrer Dienst- bzw. Auftraggeberin/seinem Dienst- bzw. Auftraggeber nicht persönlich abhängig. Eine freie Dienstnehmerin/ ein freier Dienstnehmer verpflichtet sich in einem freien Dienstvertrag zu einer bloß gattungsmäßig umschriebenen Arbeitsleistung auf bestimmte oder unbestimmte Zeit. Sie/er schuldet nur die sorgfältige Ausführung der geschuldeten Tätigkeit und kann dabei sowohl Ort als auch Zeit und Ausführungsweise der Arbeit grundsätzlich frei wählen. Außerdem besteht die Möglichkeit, sich bei der Arbeitserbringung vertreten zu lassen. Die arbeitsrechtlichen Schutzvorschriften sind auf freie Dienstverhältnisse nur eingeschränkt anwendbar.

Für freie Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer besteht regelmäßig auch eine Versicherungspflicht in der Sozial- und Arbeitslosenversicherung. Aus steuerlicher Sicht gelten freie Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer jedoch als Selbstständige. Ein freier Dienstvertrag kann insbesondere mit Gesellschafter-Geschäftsführerinnen/Geschäftsführern einer Gruppenpraxen-GmbH vereinbart werden, die aufgrund ihrer Beteiligung an der Gesellschaft und der damit verbundenen Einflussmöglichkeit auf die Generalversammlung nicht mehr als persönlich abhängig eingestuft werden. Auf Fremdgeschäftsführerinnen/Fremdgeschäftsführer, die den Weisungen der Generalversammlung der GmbH unterliegen, trifft das nicht zu. Diese können in einem weisungsgebundenen Dienstverhältnis zur GmbH stehen.

4.4.3. Werkvertrag

Ein Werkvertrag ist dadurch gekennzeichnet, dass die Erbringerin/der Erbringer der Werkleistung – die Werkunternehmerin/der Werkunternehmer – der Werkbestellerin/dem Werkbesteller nicht nur ein Bemühen bzw. eine sorgfältige Arbeitsleistung schuldet, sondern zur Lieferung bzw. Erbringung eines „Werks“, also eines Erfolgs, verpflichtet ist. Die Werkunternehmerin/der Werkunternehmer ist persönlich unabhängig und in der Wahl der Arbeitszeit, des Arbeitsorts und der Arbeitsweise grundsätzlich frei. Mit Werkverträgen kann eine PVE Leistungen von Dritten zukaufen. Dies betrifft etwa die Beauftragung eines Reinigungsunternehmens mit der Reinigung der Ordinationsräumlichkeiten oder den Zukauf von Sozialarbeitsleistungen bei einer Sozialeinrichtung bzw. -organisation.

Bei einem Werkvertrag handelt es sich typischerweise um ein Zielschuldverhältnis, das mit der Ausführung des vereinbarten Werkes beendet ist. Er kann jedoch auch als Dauerschuldverhältnis ausgestaltet sein. Eine Werkunternehmerin/ein Werkunternehmer ist als selbstständige Unternehmerin/selbstständiger Unternehmer zu qualifizieren, die/der selbst für eine entsprechende Sozialversicherung sowie die Versteuerung ihrer/seiner Einkünfte zu sorgen hat.

4.4.4. Auftragsvertrag

Bei einem Auftragsvertrag wird die Auftragnehmerin/der Auftragnehmer von der Auftraggeberin/vom Auftraggeber zur Geschäftsführung – im Sinne einer Übernahme zu rechtsgeschäftlichen Vertretungshandlungen – verpflichtet. Arbeitsrechtliche Bestimmungen kommen bei einem Auftragsvertrag nicht zur Anwendung.

Ein Auftragsvertrag kann für Gesellschafter-Geschäftsführerinnen/Geschäftsführer einer Gruppenpraxen-GmbH zur Anwendung gelangen, die aufgrund ihrer Beteiligung an der Gesellschaft und der damit verbundenen Einflussmöglichkeit auf die Generalversammlung nicht mehr als persönlich abhängig eingestuft werden.

Ein Auftragsvertrag kann je nach Ausgestaltung entweder ein Dauer- oder Zielschuldverhältnis sein. Auftragnehmerinnen/Auftragnehmer sind sowohl aus steuer- sowie sozialversicherungsrechtlicher Sicht als selbst- ständige Unternehmerinnen/Unternehmer zu qualifizieren.

4.4.5. Vertragspartner der arbeitsrechtlichen Verträge

Aufseiten der Erbringerinnen/Erbringer der Arbeitsleistungen sind die Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen, die in einer PVE mitarbeiten, zu nennen. Aufseiten der Dienstgeberinnen/Dienstgeber bzw. Auftraggeberinnen/Auftraggeber kommen je nach Ausgestaltung einer PVE unterschiedliche Vertragspartner infrage.

Bei einer PVE als Gruppenpraxis-GmbH oder -OG ist die Gesellschaft selbst als eigenes Rechtssubjekt Vertragspartner der arbeitsrechtlichen Verträge. Bei einem PVN in Form eines Vereins oder einer Genossenschaft muss man zwischen den beiden Ebenen des PVN, dem Rechtsträger des Netzwerks (Verein oder Genossenschaft) und den Mitgliedern dieser Trägerorganisation (Ärztinnen/Ärzte und Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe), unterscheiden. In dieser Konstellation erfolgt die Erbringung der Leistungen nicht durch den Rechtsträger der PVE (Verein, Genossenschaft) selbst, sondern durch die selbstständig tätigen Ärztinnen/Ärzte und weiteren Gesundheitsberufe, die Mitglieder der Trägerorganisation des PVN sind.

Folglich kommen als Dienst- bzw. Auftraggeberin/Dienst- bzw. Auftraggeber oder Werkbestellerin/Werkbesteller sowohl das PVN (Verein, Genossenschaft) als auch die einzelnen Mitglieder in Betracht. Beispielsweise würde es sich anbieten, Arbeitskräfte der allgemeinen Verwaltung und Organisation des Netzwerks direkt bei der Trägerorganisation zu beschäftigen, während Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die ausschließlich für eine Ärztin/einen Arzt oder andere Gesundheits- und Sozialberufe an einem Standort des PVN tätig werden sollen, bei dieser Ärztin/diesem Arzt angestellt werden.

4.4.6. Arbeitsrechtliche Verträge bei einer Primärversorgungseinheit in Form einer Gruppenpraxis-GmbH oder -OG

Nach den ärztrechtlichen Bestimmungen dürfen einer Gruppenpraxis als Gesellschafterin/Gesellschafter nur zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen/Ärzte angehören (Ausnahme: multiprofessionelle Gruppenpraxis als GmbH gem. PrimVG). Diese sind maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet.

Mit der Novelle des Ärztegesetzes Ende 2018 wurde die Anstellung von Ärztinnen/Ärzten in Ordinationsstätten (höchstens im Umfang eines einzigen Vollzeitäquivalents) und in Gruppenpraxen (im Umfang der Anzahl der Gesellschafter-Vollzeitäquivalente, allerdings höchstens zwei Vollzeitäquivalente) umgesetzt. Für PVE wurde eine spezielle Regelung hinsichtlich der Höchstanzahl der angestellten Ärztinnen/Ärzte festgelegt. In PVE darf die zulässige Zahl der angestellten Ärztinnen/Ärzte auch überschritten werden, sofern dadurch die Planungsvorgaben des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) und des Primärversorgungsvertrages eingehalten werden.

Die Gesellschafterinnen/Gesellschafter einer Gruppenpraxis-GmbH oder -OG sind daher schon aufgrund ihrer Gesellschafterstellung zur persönlichen Berufsausübung verpflichtet. Einer gesonderten arbeitsrechtlichen Vereinbarung bedarf es hierzu nicht bzw. wäre dies sogar unzulässig. Als Entgelt für ihre Tätigkeit erhalten die Ärztinnen/Ärzte einer Gruppenpraxis-GmbH oder -OG einen Gewinnanteil aufgrund ihrer Gesellschafterstellung.

Für die Erbringung nichtärztlicher Tätigkeiten, insbesondere organisatorische Arbeiten sowie für die Geschäftsführung, kann einer Gesellschafterin/einem Gesellschafter (Ärztin/Arzt) einer Gruppenpraxis-GmbH ein zusätzliches Entgelt gewährt werden. Als vertragliche Grundlage kommen hierfür vor allem ein freier Dienstvertrag, ein Auftragsvertrag oder – sofern die betreffende Gesellschafterin/der betreffende Gesellschafter trotz ihrer/ seiner Beteiligung an der Gesellschaft weisungsgebunden ist – ein Dienstvertrag infrage. Bei einer Gruppenpraxis-OG kann der durch die Geschäftsführung verursachte Mehraufwand einer

Gesellschafterin/eines Gesellschafters durch eine entsprechende Berücksichtigung bei der Gewinnverteilung abgegolten werden.

Das Personal einer Gruppenpraxen-GmbH oder -OG kann entweder mittels Dienstvertrags, freien Dienstvertrags oder beim Zukauf von Dritteleistungen mittels Werkvertrags beschäftigt werden. Die konkrete Ausgestaltung ist von der jeweiligen Form der Zusammenarbeit abhängig. Bei Angehörigen von Gesundheitsberufen ist besonders auf die berufsrechtlichen Vorgaben Rücksicht zu nehmen.

Bei einer Gruppenpraxen-GmbH oder -OG gilt es zu beachten, dass eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe nur in einem begrenzten Ausmaß zulässig ist. Die Grenze der Zulässigkeit soll dort liegen, wo die Regelung in einer Anstaltsordnung erforderlich wird. Nach den Bestimmungen des ÄrzteG wird bei einem Übersteigen des Verhältnisses zwischen den Gesellschaftern der Gruppenpraxen-GmbH oder -OG und den Vollzeitäquivalenten der angestellten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, ausgenommen Ordinationsgehilfinnen/Ordinationsgehilfen, von 1:5 oder bei einem Übersteigen von 30 angestellten Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, ausgenommen Ordinationsgehilfinnen/Ordinationsgehilfen, das Vorliegen eines selbstständigen Ambulatoriums vermutet. Diese Beschränkung sollte daher bei der Personalplanung einer Gruppenpraxen-GmbH oder -OG berücksichtigt werden. Dies betrifft auch multiprofessionelle Gruppenpraxen gem. PrimVG.

4.4.7. Arbeitsrechtliche Verträge bei einem Primärversorgungsnetzwerk in Form eines Vereins oder einer Genossenschaft

Auch bei PVN in Form von Vereinen oder Genossenschaften kann das Personal mittels Dienstvertrags, freien Dienstvertrags oder Werkvertrags beschäftigt werden. Die konkrete Ausgestaltung ist auch von der jeweiligen Form der Zusammenarbeit mit den einzelnen Personen abhängig. Bei Angehörigen von Gesundheitsberufen ist besonders auf die berufsrechtlichen Vorgaben Rücksicht zu nehmen.

Der wesentliche Unterschied zu einer Gruppenpraxen-GmbH oder -OG besteht darin, dass das PVN hier aus der Trägerorganisation (Verein oder Genossenschaft) und den Mitgliedern gebildet wird. Demzufolge bestehen aufgrund der Mehrzahl an Personen ebenso viele mögliche Dienst- oder Auftraggeberinnen/Dienst- oder Auftraggeber. Da bei diesen Ausgestaltungsformen eines PVN auch Angehörige anderer Gesundheits- und Sozialberufe direkt an dem PVN beteiligt sein und ihren Beruf selbstständig ausüben können, besteht natürlich die Möglichkeit, dass auch diese Personen eigene Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter beschäftigen. Bei Ärztinnen/ Ärzten ist zu beachten, dass diese im Verein bzw. in der Genossenschaft für die Erbringung ärztlicher Leistungen nur von Mitgliedern angestellt werden können, die Ärztinnen/Ärzte (bzw. Gruppenpraxen) sind. Hinsichtlich der Höchstanzahl an angestellten Ärztinnen/Ärzten sind die Ausführungen zu Punkt 4.4.6. zu beachten.

Die Beschäftigung von Personen in einem weisungsgebundenen Beschäftigungsverhältnis kann für die Dienstgeberin/den Dienstgeber haftungs- und versicherungsrechtliche Folgen haben, zumal sie/er dann gegenüber den Patientinnen/den Patienten nach außen hin als Leistungserbringerin/Leistungserbringer auftritt und damit auch für die ordnungsgemäße Leistungserbringung einzustehen hat. Diesbezüglich ist zu beachten, ob die Dienstgeberin/der Dienstgeber aufgrund berufs- bzw. standesrechtlicher Bestimmungen überhaupt dazu berechtigt ist, die infrage kommenden Leistungen im eigenen Namen zu erbringen.

All diese Überlegungen gilt es bei der Beschäftigung der unterschiedlichen Berufsgruppen in einem PVN in Form eines Vereins oder einer Genossenschaft zu berücksichtigen. Insbesondere sollte wohl überlegt werden,

ob die Beschäftigung von Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen eines PVN bei der Trägerorganisation des Netzwerks selbst (Verein, Genossenschaft) oder bei den einzelnen Mitgliedern erfolgt.

4.5. Datenschutz im Zusammenhang mit einer Primärversorgungseinheit

Die zentralen rechtlichen Grundlagen für die Verarbeitung personenbezogener Daten sind die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das Datenschutz-Anpassungsgesetz (DSAG 2018) sowie im Gesundheitsbereich das Gesundheitstelematikgesetz (GTelG 2012). Zweck der datenschutzrechtlichen Regelungen ist es, sowohl den Schutz vor unerwünschten Zugriffen auf personenbezogene Daten als auch den Schutz vor etwaigen Eingriffen in die Privatsphäre und Beeinträchtigungen von Persönlichkeitsrechten betroffener Personen sicherzustellen. Dem Regime des Datenschutzrechtes unterliegt die Verarbeitung sogenannter personenbezogener Daten. Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist grundsätzlich verboten und nur in den in der DSGVO vorgesehenen Fällen gerechtfertigt.



Webtipp: Details zu den personenbezogenen Daten, insb. zu den besonderen Kategorien und zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten, finden Sie auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at

4.5.1. Verantwortliche im Sinne der DSGVO

Verantwortliche/Verantwortlicher ist jede natürliche oder juristische Person, die allein oder gemeinsam mit anderen über die Zwecke und Mittel der Verarbeitung von personenbezogenen Daten entscheidet. Verantwortliche sind die primären Adressaten der sich aus der DSGVO ergebenden Pflichten. Sie treffen umfassende Informations- und Handlungspflichten gegenüber ihren Patientinnen/Patienten, sonstigen Vertragspartnerinnen/Vertragspartnern, Interessentinnen/Interessenten und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern. Darüber hinaus sind Verantwortliche primäre Adressaten von datenschutzrechtlichen Haftungsansprüchen, die durch eine rechtswidrige Datenverarbeitung entstehen, und sie tragen ein Auswahlverschulden bei der Auswahl ihrer Auftragsverarbeiterinnen/Auftragsverarbeiter.



Webtipp: Details siehe Plattform Primärversorgung: www.primaerversorgung.gv.at

4.5.1.1. Im Verhältnis zum Patienten

Im Verhältnis zur Patientin/zum Patienten sind – abhängig davon, mit welchem Rechtssubjekt die Patientin/der Patient ihren/seinen Behandlungsvertrag abschließt – nachstehende natürliche/juristische Personen sogenannte Verantwortliche:

Beim Verein und bei der Genossenschaft ist hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit zu differenzieren: Grundsätzlich sind die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt, die/der Mitglied des PVN ist, und allenfalls Angehörige von weiteren Gesundheits- und Sozialberufen, sofern diese selbstständig, d. h. als Mitglied des PVN tätig werden, die Verantwortlichen im Sinne der DSGVO. Im Hinblick auf die Verarbeitung von Daten durch den Verein bzw. die Genossenschaft zu Verwaltungs- und Marketingzwecken kann der Verein bzw. die Genossenschaft entweder als eigene Verantwortliche/eigener Verantwortlicher oder als Auftragsverarbeiterin/Auftragsverarbeiter der Mitglieder tätig werden. Sollten Angehörige von weiteren Gesundheits- und Sozialberufen in einem Dienstverhältnis stehen, fungieren sie als deren/dessen Erfüllungsgehilfen.

Bei der Gruppenpraxis ist die/der Verantwortliche i. S. d. DSGVO der Rechtsträger der Gruppenpraxis (OG, GmbH).

Beim selbstständigen Ambulatorium ist die/der Verantwortliche i. S. d. DSGVO der Rechtsträger des selbstständigen Ambulatoriums.

4.5.1.2. Im Verhältnis zu sonstigen Vertragspartnern (Lieferanten, sonstigen Geschäftspartnern) sowie zu Interessenten

Im Verhältnis zu sonstigen Vertragspartnern (Lieferanten, sonstigen Geschäftspartnerinnen/Geschäftspartnern) sowie zu Interessentinnen/Interessenten sind jene natürliche/juristische Personen sogenannte Verantwortliche, mit denen die Lieferantin/der Lieferant, sonstige Geschäftspartnerinnen/Geschäftspartner bzw. die Interessentin/der Interessent den entsprechenden Vertrag abgeschlossen hat bzw. abzuschließen gedenkt. Dies können sein:

- » der Verein
- » die Genossenschaft
- » der Rechtsträger der Gruppenpraxis (OG, GmbH)
- » der Rechtsträger des selbstständigen Ambulatoriums
- » die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt
- » Angehörige von anderen Gesundheits- und Sozialberufen

4.5.1.3. Im Verhältnis zu Mitarbeitern (Dienstnehmern, freien Dienstnehmern)

Im Verhältnis zu Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern (Dienstnehmerinnen/Dienstnehmern, freien Dienstnehmerinnen/Dienstnehmern) sind die jeweiligen Dienstgeberinnen/Dienstgeber sogenannte Verantwortliche. Diese können sein:

- » der Verein
- » die Genossenschaft
- » der Rechtsträger der Gruppenpraxis (OG, GmbH)
- » der Rechtsträger des selbstständigen Ambulatoriums
- » die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt
- » Angehörige von anderen Gesundheits- und Sozialberufen

4.5.2. Pflichten des Verantwortlichen im Sinne der DSGVO

Grundsätzlich treffen Verantwortliche nach der DSGVO unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Regelungen die nachfolgenden Pflichten:

4.5.2.1. Informationspflicht gegenüber den betroffenen Personen

Im Hinblick auf Datenverarbeitungen, die zur Erfüllung von Berufspflichten im Rahmen der Berufsausübung durchzuführen sind (z. B. Dokumentation, Mitteilung über die Versicherte/den Versicherten zum Zweck der Honorarabrechnung, Übermittlung von Daten an den Gesundheitsdiensteanbieter...), besteht keine Informationspflicht.

Ansonsten kommt die Verantwortliche/der Verantwortliche ihrer/seiner Informationspflicht am besten durch die Erstellung einer Datenschutzerklärung nach. In dieser hat sie/er insbesondere Folgendes anzugeben:

- » die Zwecke der Datenverarbeitung
- » die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung
- » die Übermittlungsempfängerinnen/Übermittlungsempfänger
- » die Dauer der Speicherung personenbezogener Daten
- » eine Beschreibung der ergriffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Schutz der personenbezogenen Daten
- » Informationen über eine allfällige Website (Kontaktformular, Web-Analyse-Tools, Cookies, Google-Maps, Google-Font, Newsletter etc.)
- » die Rechte der Betroffenen
- » die Kontaktdaten der Verantwortlichen/des Verantwortlichen sowie gegebenenfalls von deren Vertreterin/dessen Vertreter

Die Verantwortliche/der Verantwortliche kommt ihren/seinen Informationspflichten am besten dadurch nach, dass sie/er ihre/seine Datenschutzerklärung im Warteraum zur freien Einsichtnahme auflegt und auch auf ihrer/ seiner Website sowie in ihrer/seiner E-Mail-Signatur auf diese verweist.

4.5.2.2. Auskunftspflicht gegenüber den betroffenen Personen

Auf Anfrage der betroffenen Person hat die Verantwortliche/der Verantwortliche Auskunft über die Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten zu geben. Das Datenschutzrecht gewährt den betroffenen Personen insbesondere nachstehende Rechte:

- » das Recht auf unentgeltliche Auskunft, ob personenbezogene Daten von der Verantwortlichen/ vom Verantwortlichen verarbeitet wurden
- » das Recht auf Überprüfung, welche personenbezogenen Daten verarbeitet werden und zu welchen Zwecken
- » das Recht auf Berichtigung, Ergänzung oder Löschung der Daten* sowie Einschränkung der Verarbeitung*
- » das Recht auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung*
- » das Recht auf Widerruf der gegebenen Einwilligung zur Datenverarbeitung
- » das Recht auf Information über die Herkunft der Daten
- » das Recht auf Übertragung der Daten
- » das Recht auf Kenntnis der Identität der Übermittlungsempfängerinnen/ Übermittlungsempfänger
- » das Recht auf Information über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling
- » das Recht auf elektronische Antragstellung
- » das Recht auf Erhalt einer unentgeltlichen Kopie der personenbezogenen Daten

Die Verantwortliche/der Verantwortliche sollte die Identität der Auskunft suchenden betroffenen Person überprüfen. Sie/er ist weiters dazu verpflichtet, die Auskunft innerhalb einer einmonatigen Frist zu erteilen. Diese kann um weitere zwei Monate erstreckt werden.

**) Hinsichtlich jener personenbezogenen Daten, die zur Erfüllung von Berufspflichten im Rahmen der Berufsausübung zu verarbeiten sind (z. B. Dokumentation, Mitteilung über die Versicherte/den Versicherten zum Zweck der Honorarabrechnung,...), hat die betroffene Person weder das Recht auf Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung noch auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung.*

4.5.2.3. Meldepflichten sowohl gegenüber den betroffenen Personen als auch der Datenschutzbehörde

Im Fall einer Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten hat die Verantwortliche/der Verantwortliche diese binnen 72 Stunden nach Bekanntwerden der Behörde zu melden. Die Meldung hat unter anderem

- » eine Beschreibung über die Art der Verletzung mit der Angabe der Kategorie und der Zahl der betroffenen Personen sowie
- » die Kontaktdaten der Verantwortlichen/des Verantwortlichen und
- » eine Beschreibung der wahrscheinlichen Folgen der Verletzung sowie der ergriffenen oder vorgeschlagenen Maßnahmen zur Behebung der Verletzung und Abmilderung der Auswirkungen zu enthalten.

Eine Meldepflicht gegenüber der Datenschutzbehörde besteht nur dann nicht, wenn die Verantwortliche/der Verantwortliche nachweisen kann, dass die Datenschutzverletzung voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die persönlichen Rechte und Freiheiten der betroffenen Person führt. Betrifft die Verletzung des Datenschutzes Gesundheitsdaten, ist die Verantwortliche/der Verantwortliche weiters dazu verpflichtet, die von der Verletzung betroffene Person unverzüglich zu benachrichtigen. Die Benachrichtigung hat zumindest

- » die Kontaktdaten der Verantwortlichen/des Verantwortlichen,
- » eine Beschreibung der wahrscheinlichen Folgen der Verletzung des Datenschutzes sowie
- » eine Beschreibung der von ihr/ihm ergriffenen oder vorgeschlagenen Maßnahmen zur Behebung der Verletzung des Datenschutzes und zur Abmilderung der Auswirkungen zu enthalten.

4.5.2.4. Dokumentationspflicht bei Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten

Sind Gesundheitsdaten von der Verletzung des Datenschutzes betroffen, ist die Verantwortliche/der Verantwortliche dazu verpflichtet, alle Fakten in Zusammenhang mit der Verletzung, die Auswirkungen und die ergriffenen Abhilfemaßnahmen zu dokumentieren. Zu Melde- und Dokumentationspflicht empfiehlt es sich, einen schriftlichen „Notfallplan“ zu erstellen. Dessen schrittweise Einhaltung soll es der Verantwortlichen/dem Verantwortlichen im Fall eines Data Breach (Verletzung des Schutzes verarbeiteter personenbezogener Daten, die, ob unbeabsichtigt oder unrechtmäßig, zur Vernichtung, zum Verlust, zur Veränderung oder zur unbefugten Offenlegung von beziehungsweise zum unbefugten Zugang zu personenbezogenen Daten führt) ermöglichen, ihre/seine Melde- und Dokumentationsverpflichtungen einzuhalten.

4.5.2.5. Erstellung eines Verarbeitungsverzeichnisses

Das Verarbeitungsverzeichnis ist jenes Dokument, aus dem unter anderem hervorgeht, welche Art von personenbezogenen Daten verarbeitet werden, für welche Zwecke, für welche Dauer und auf welcher Rechtsgrundlage dies geschieht, an wen die Daten gegebenenfalls übermittelt werden und wie diese Datenübermittlung erfolgt.

Das Verarbeitungsverzeichnis ist das „Kernstück“ der Dokumentationspflicht der Verantwortlichen/des Verantwortlichen. Es ist regelmäßig zu aktualisieren, insbesondere wenn sich Datenanwendungen verändern, d. h. sich neue Tätigkeitsbereiche ergeben.

4.5.2.6. Abschluss von Auftragsverarbeitungsverträgen

Auftragsverarbeitungsverträge sind verpflichtend mit all jenen Unternehmen abzuschließen, die als „verlängerter Arm“ Daten für die Verantwortliche/den Verantwortlichen verarbeiten. Ein derartiger Vertrag hat mindestens nachfolgende Informationen zu enthalten:

- » Gegenstand und Dauer der Verarbeitung
- » Art und Zweck der Verarbeitung
- » Art der personenbezogenen Daten
- » Kategorien betroffener Personen
- » Pflichten und Rechte der Verantwortlichen/des Verantwortlichen

4.5.2.7. Abschluss von Vereinbarungen über das Datengeheimnis mit Mitarbeitern und Mitgliedern

Das ÄrzteG normiert die Verschwiegenheitsverpflichtung von Ärztinnen/Ärzten und deren Hilfspersonen über alle in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse. Nichtsdestotrotz ist die Verantwortliche/der Verantwortliche verpflichtet, mit sämtlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern eine Datengeheimnisvereinbarung abzuschließen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass nicht nur der Personenkreis der „Hilfspersonen“ des ÄrzteG eingeschränkter ist als jener der „Mitarbeiterinnen“/„Mitarbeiter“, sondern auch auf den Umstand, dass im Rahmen von PVE neben Ärztinnen/Ärzten auch die Rechtsträger der PVE Verantwortliche i. S. d. DSGVO sein können.

4.5.2.8. Übermittlung von Gesundheitsdaten

Die Verantwortliche/der Verantwortliche ist grundsätzlich dazu verpflichtet, Gesundheitsdaten ausschließlich mittels verschlüsselter Kommunikation zu übermitteln, wobei unter bestimmten Voraussetzungen auch die Übermittlung mittels Fax zulässig ist (siehe dazu Kapitel 7.5.2).

4.5.2.9. Implementierung, Einhaltung und Dokumentation von technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung eines angemessenen Datenschutzniveaus

Zum Schutz der in Bezug auf die Datenverarbeitung bestehenden Rechte betroffener Personen ist die Verantwortliche/der Verantwortliche nach der DSGVO dazu verpflichtet, geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen und zu dokumentieren. Die zu ergreifenden Maßnahmen haben beispielsweise nachstehende Themenkreise zu umfassen:

- » Schulungen von Mitgliedern und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern
(Mitteilungspflichten; private Nutzung der IT; Nutzung von Onlinespeichern;
„Hausordnung“ etc.)
- » Sicherung der Räumlichkeiten
- » Auflistung sämtlicher Kommunikationsmittel
- » Nutzung des Arbeitsplatz-PC
- » Nutzung von Mobiltelefonen und Tablets
- » Geräte- und Arztsoftware (Speicherung von Daten; Wartung; Erstellung von Back-Ups etc.)
- » Server
- » Internet
- » E-Mail
- » Website
- » Kontaktformulare
- » Online-Kalender
- » uvm.

4.5.2.10. Die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten

Art. 37 DSGVO normiert, dass die/der Verantwortliche dann eine Datenschutzbeauftragte/einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen hat, wenn ihre/seine Kerntätigkeit in der umfangreichen Verarbeitung besonderer Kategorien von Daten besteht.

Aufgrund der einschlägigen Entscheidungen der Datenschutzbehörde ist davon auszugehen, dass die Verantwortliche/der Verantwortliche einer PVE jedenfalls verpflichtet ist, eine Datenschutzbeauftragte/einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen.

Zur Datenschutzbeauftragten/zum Datenschutzbeauftragten darf nur bestellt werden, wer eine entsprechende Qualifikation (fach einschlägige Ausbildung oder einschlägige Berufserfahrung) nachweisen kann. Darüber hinaus muss die Datenschutzbeauftragte/der Datenschutzbeauftragte entweder bei der Verantwortlichen/ beim Verantwortlichen beschäftigt sein oder ihre/seine Aufgaben auf der Grundlage eines Dienstleistungsvertrages erbringen. Außerdem sieht die DSGVO hinsichtlich deren/dessen arbeitsrechtlicher Stellung einige Besonderheiten vor. Wurde eine Datenschutzbeauftragte/ein Datenschutzbeauftragter bestellt, fungiert sie/er als Anlaufstelle für die betroffenen Personen. Sie/er überwacht darüber hinaus die Einhaltung des Datenschutzes, berät in Angelegenheiten des Datenschutzes und arbeitet mit der Datenschutzbehörde zusammen. Die Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten/des Datenschutzbeauftragten müssen veröffentlicht werden, nicht jedoch der Name. Datenschutzerklärungen sind demnach nicht jedes Mal anzupassen, wenn sich die Person der Datenschutzbeauftragten/des Datenschutzbeauftragten ändert.

4.5.2.11. Die Erstellung einer Datenschutz-Folgenabschätzung

Gemäß Art. 35 DSGVO ist eine Datenschutz-Folgenabschätzung insbesondere bei hohem Risiko der Verarbeitung erforderlich, d. h. insbesondere bei umfangreicher Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten. In diesen Fällen hat jeder Rechtsträger eines PVZ bzw. jedes verantwortliche Mitglied eines PVN vor Aufnahme der Tätigkeit eine Datenschutz-Folgenabschätzung durchzuführen. Sie enthält insbesondere

- » eine systematische Beschreibung der geplanten Verarbeitungsvorgänge und der Zwecke,
- » eine Bewertung der Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit der Verarbeitungsvorgänge,
- » eine Bewertung der Risiken,
- » die geplanten Abhilfemaßnahmen.

4.5.2.12. Die Erstellung sonstiger Dokumente

Werden vom Rechtsträger der PVE oder von verantwortlichen Mitgliedern des PVN Newsletter an betroffene Personen versandt, so ist deren ausdrückliche Einwilligung vorab einzuholen. Gemäß § 107 TKG sind sie darüber hinaus explizit auf die jederzeitige Widerrufsmöglichkeit der erteilten Einwilligung hinzuweisen. Ist eine private Nutzung der IT-Infrastruktur gestattet, hat die Verantwortliche/der Verantwortliche mit ihren/seinen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern eine entsprechende Vereinbarung abzuschließen, in der sich diese zu einem sicheren Umgang mit der Infrastruktur und den privaten Daten verpflichten.

4.5.3. Übermittlung i. S. d. DSGVO

Unter Übermittlung ist sowohl die Offenlegung gegenüber anderen Verantwortlichen als auch gegenüber Auftragsverarbeiterinnen/Auftragsverarbeitern und der betroffenen Person selbst zu verstehen.

4.6. Berufsrechtliche Zusatzinformationen

Neben Bestimmungen des PrimVG, des Steuer-, Gesellschafts- und Krankenanstaltenrechts sind bei PVE selbstverständlich weiterhin sämtliche Berufs- und Standesrechte der an der PVE teilnehmenden Personen zu beachten.

4.6.1. Berufsrechtliche Zusatzinformationen – Ärzte

Die Ärztin/der Arzt ist zur Ausübung der Medizin berufen. Dies bedeutet, dass er ausschließlich auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeiten ausführen darf. Zu diesen zählen insbesondere

- » die Untersuchung auf das Vorliegen von Krankheiten,
- » die Erstellung einer Diagnose
- » die Behandlung von Erkrankungen
- » die Vorbeugung von Erkrankungen
- » die Vornahme operativer Eingriffe
- » die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln
- » die Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen und die Erstattung von ärztlichen Gutachten.

Bei der Ausübung ihrer/seiner Tätigkeit ist die Ärztin/der Arzt außerdem zur unmittelbaren persönlichen Leistungserbringung verpflichtet. Anderen Berufsgruppen ist die Erbringung ärztlicher Leistungen demnach grundsätzlich untersagt (man spricht von „Arztvorbehalt“).

Wer als Ärztin/Arzt in Österreich zugelassen werden möchte, muss folgende Voraussetzungen erfüllen:

- » Österreichische Staatsbürgerschaft oder Nachweis über ein mit der Berechtigung zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit verbundenes Aufenthaltsrecht
- » Eigenberechtigung, d. h. die Fähigkeit, für den Arztberuf nötige Rechtsgeschäfte schließen zu können (z. B. Abschluss von Behandlungsverträgen)
- » Vertrauenswürdigkeit, d. h. die Fähigkeiten, den ärztlichen Beruf verantwortungsvoll auszuüben
- » Gesundheitliche Eignung
- » Ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache
- » Erfüllung der Ausbildungsvoraussetzungen
- » Eintragung in die Ärzteliste

Darüber hinaus trifft sowohl angestellte als auch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte eine Fortbildungsverpflichtung, damit sie sich am laufenden Stand der sich rasch entwickelnden medizinischen Wissenschaft halten. Verletzt eine Ärztin/ein Arzt diese Verpflichtung, trifft sie/ihn dies jedenfalls im Rahmen ihrer/seiner zivilrechtlichen Schadensersatzpflichten. Darüber hinaus wird diese Berufspflichtverletzung sowohl disziplinar als auch verwaltungsstrafrechtlich geahndet. Im äußersten Fall droht ihr/ihm die Streichung aus der Ärzteliste.

4.6.1.1. „Ärztliche Verschwiegenheit“

Zur Verschwiegenheit über anvertraute oder bekannt gewordene Geheimnisse ist nicht nur die einzelne Ärztin/der einzelne Arzt, sondern auch ihre/seine Hilfsperson (z. B. Ordinationsassistentin) verpflichtet. Unter Hilfsperson ist jede Person zu verstehen, die die Ärztin/den Arzt typischerweise bei ihrer/seiner Tätigkeit unterstützt – unabhängig davon, in welchem Rechtsverhältnis sie zur Ärztin/zum Arzt steht. Zur Verschwiegenheit verpflichtet ist demnach nicht nur die Ordinationsassistentin, sondern beispielsweise auch das Reinigungspersonal und externe EDV-Dienstleisterinnen/EDV-Dienstleister. Darüber hinaus trifft in einer PVE auch alle weiteren beteiligten Gesundheitsberufe die jeweilige berufsrechtliche Verschwiegenheitspflicht.

Das Berufsgeheimnis gilt immer dann, wenn die geäußerte Mitteilung der Ärztin/dem Arzt oder ihrer/seiner Hilfsperson gerade in deren Eigenschaften als Angehörige des jeweiligen Berufsstandes gemacht worden ist. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Ärztin/dem Arzt oder ihrer/seiner Hilfsperson diese Information im Privatbereich oder in Ausübung ihres Berufes zugegangen ist.

Inhaltlich vom Begriff des „Geheimnisses“ umfasst sind sämtliche Tatsachen, die nur der Geheimnisträgerin/ dem Geheimnisträger selbst oder einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und bei denen ein Interesse besteht, sie Außenstehenden nicht bekannt zu machen. Sohin ist auch bereits die Tatsache, dass die Betroffene/ der Betroffene überhaupt die Ärztin/den Arzt aufgesucht hat, oder die Tatsache, dass die Person krank bzw. nicht krank ist, ein Geheimnis. Außerdem fallen unter den Begriff des Geheimnisses auch Umstände, die keine Patientin/keinen Patienten, sondern eine dritte Person betreffen und die der Ärztin/dem Arzt oder seiner Hilfsperson im Zusammenhang mit derer Berufsausübung bekannt werden.

Innerhalb einer PVE gilt die Verschwiegenheitspflicht jedoch mit der Einschränkung, dass eine strukturierte Zusammenarbeit und der damit verbundene Informationsaustausch bzw. die damit verbundene Weitergabe der für den jeweiligen Behandlungsfall erforderlichen Gesundheitsdaten möglich sein muss. Zu beachten ist, dass die Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber jedermann, d. h. auch gegenüber Kolleginnen/Kollegen, Ehepartnerinnen/Ehepartnern und sonstigen Familienangehörigen, Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern, staatlichen Dienststellen, Kirchen und privaten Vereinigungen – und auch über den Tod der Geheimnisträgerin/des Geheimnisträgers hinaus – zu wahren ist. Um das Berufsgeheimnis im laufenden Betrieb zu wahren, sind bereits kleine Maßnahmen durchaus wirksam: So ist es sinnvoll, den PC nicht ungesichert eingeschaltet zu lassen oder in den Ordinationsräumlichkeiten schalldichte Türen einzubauen.

In Ausnahmefällen besteht die Verschwiegenheitsverpflichtung nicht bzw. wird diese durchbrochen, sodass sich die Ärztin/der Arzt bzw. ihre/seine Hilfsperson nicht mehr auf sie berufen können. So können die Ärztin/ der Arzt oder ihre/seine Hilfsperson beispielsweise von der Verschwiegenheit entbunden werden. Dies kann aber nur durch die von der Offenbarung des Geheimnisses bedrohte Person erfolgen. Typischerweise kann dies in gerichtlichen und verwaltungsbehördlichen Verfahren geschehen. Lediglich dann, wenn die von der Ärztin/ vom Arzt vorzunehmende Interessenabwägung zwischen den Interessen der Patientin/des Patienten an der Geheimhaltung und den Interessen der Rechtspflege zugunsten Letzterer ausfällt, ist die Ärztin/der Arzt bereits ohne explizite Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht zur Aussage verpflichtet.

Von Durchbrechung der Verschwiegenheit ist dann beispielsweise die Rede, wenn die Ärztin/der Arzt Befunde und Mitteilungen an die Sozialversicherungsträger übermittelt. Außerdem wird die Verschwiegenheitsverpflichtung in jenen Fällen durchbrochen, in denen dies dem Schutz höherwertiger Interessen dient oder konkrete Meldepflichten bestehen.

Letzteres liegt beispielsweise vor, wenn die Ärztin/der Arzt den konkreten Verdacht hat, dass eine volljährige Person, bei der es sich nicht zwingend um ihre/seine Patientin/ihren/seinen Patienten handeln muss, getötet oder schwer am Körper verletzt wurde. In diesem Fall ist die Ärztin/der Arzt verpflichtet, unverzüglich Anzeige zu erstatten. Handelt es sich beim mutmaßlichen Opfer hingegen um eine Minderjährige/einen Minderjährigen oder eine Volljährige/einen Volljährigen, die/der ihre/seine Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, besteht sogar eine erweiterte Meldepflicht.

Die Ärztin/der Arzt ist auch dann zur Erstattung einer Anzeige verpflichtet, wenn der Verdacht auf Misshandlung, Qual, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch besteht. Richtet sich der Verdacht jedoch gegen eine nahe Angehörige/einen nahen Angehörigen, kann die Ärztin/der Arzt so lange von der Anzeige absehen, als dies das Wohl der Minderjährigen/des Minderjährigen erfordert und eine Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendhilfeträger und eine Einbeziehung einer Kinderschutzeinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.

Meldepflichten bestehen aber auch zur Wahrung der öffentlichen Gesundheitsfürsorge. So sehen

beispielsweise das Tuberkulosegesetz, das AIDS-Gesetz oder das Geschlechtskrankheitengesetz vor, dass in bestimmten Fällen Meldung an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde zu erstatten ist.

4.6.1.2. Disziplinarrecht

Das Disziplinarrecht der Ärztinnen/Ärzte hat den Zweck, ärztliches Fehlverhalten – zusätzlich zu dessen gerichtlicher und verwaltungsbehördlicher Verfolgbarkeit – standesintern unter Beachtung spezial- und generalpräventiver Aspekte zu ahnden. Beeinträchtigt eine Ärztin/ein Arzt das Ansehen der in Österreich tätigen Ärzteschaft oder verletzt sie ihre/er seine Berufspflichten, macht sie/er sich eines Disziplinarvergehens schuldig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie/er den ärztlichen Beruf ausübt, obwohl ihr/ihm die Berufsausübung befristet untersagt wurde oder sie/er rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe oder Geldstrafe – je in einem bestimmten Ausmaß – gerichtlich verurteilt wurde.

Als Beeinträchtigung des Ansehens gilt beispielsweise nachstehendes Verhalten:

- » Verwendung von ordinären Ausdrücken, die zwangsläufig mehreren Personen bekannt werden und einer Ärztin/eines Arztes unwürdig sind;
- » Störung einer wissenschaftlichen Tagung derart, dass die Ärztin/der Arzt durch Polizeikräfte aus dem Tagungsraum getragen werden muss;
- » Beeinträchtigung der Ärztin/des Arztes durch Alkohol und Medikamente in einem Ausmaß, dass sie/er es nicht mehr schafft, einer Patientin/einem Patienten Blut abzunehmen;
- » Verletzung des Schamgefühls einer Patientin/eines Patienten im Zuge der Untersuchung;
- » missbräuchliche Verwendung der Tafel „Arzt im Dienst“.

Als Berufspflichtverletzung wird beispielsweise gewertet:

- » Unterlassung zumutbarer Maßnahmen zur Verhinderung eines ganzseitigen reklamehaften redaktionellen Textes im Zusammenhang mit einem werberichtlinienkonformen Inserat der Ärztin/ des Arztes;
- » Überlassung der Gestaltung des Werbetextes ohne weitere Kontrolle an eine Modedesignerin, mit deren Geschäftseröffnung gemeinsam die Eröffnung des Ordinations- bzw. Institutsbetriebs eines Arztes angekündigt wird und bei dem in aufdringlicher und marktschreierischer sowie den Eindruck der medizinischen Exklusivität erweckender Selbstanpreisung für den Arzt geworben wird.

Das Disziplinarrecht sieht den schriftlichen Verweis, eine Geldstrafe bis zum Betrag i. H. v. EUR 36.340,-, die befristete Untersagung der Berufsausübung sowie die Streichung aus der Ärzteliste vor.

4.6.2. Berufsrechtliche Zusatzinformationen – Pflege

Zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist nur berechtigt, wer gemäß § 27 Abs 1 GuKG nachstehende Erfordernisse erfüllt:

- » Eigenberechtigung
- » Gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit
- » Qualifikationsnachweis
- » ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache
- » Eintragung im Gesundheitsberuferegister

Zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen zählen

- » der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (§ 11 ff GuKG),
- » die Pflegefachassistenz (§ 83a GuKG),
- » die Pflegeassistenz (§ 83 GuKG).

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege tragen die Verantwortung für die (un-) mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen in mobilen, ambulanten und (teil-) stationären Versorgungsformen. Ihr Kompetenzbereich umfasst pflegerische Tätigkeiten, die Weiterverordnung von Medizinprodukten sowie Kompetenzen bei Nottfällen und im multiprofessionellen Versorgungsteam. Darüber hinaus sind sie befugt, nach entsprechender ärztlicher Anordnung auch medizinisch-diagnostische und therapeutische Maßnahmen eigenverantwortlich durchzuführen. Weiters können sie Spezialisierungen, beispielsweise in der Hospiz- und Palliativversorgung, in der Kinder- und Jugendpflege oder im Wundmanagement und in der Stomaversorgung, erwerben.

Pflegeassistenzberufe unterstützen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Durchführung ihrer Tätigkeiten. Ihnen werden von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege Aufgaben der Pflege sowie sowohl von diesen als auch von Ärztinnen/Ärzten Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie übertragen. Während die Pflegeassistenz dabei vorwiegend mitwirkt, führt die Pflegefachassistenz einige der übertragenen Tätigkeiten eigenverantwortlich oder unter Anleitung und Unterweisung durch.

Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe übernehmen eine überdurchschnittliche Verantwortung für den Menschen und haben ihren Beruf daher ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Wohl und Gesundheit der Patientinnen/Patienten sind unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. Darüber hinaus sind sie freilich auch zur Fortbildung verpflichtet, um sich auf dem aktuellsten Stand der Kenntnisse zu halten.

Ähnlich wie Ärztinnen/Ärzte sind auch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Pflegedokumentation, zur Verschwiegenheit sowie in bestimmten Fällen zur Anzeige, Meldung oder Auskunft verpflichtet.

4.6.2.1. Anzeige bzw. Meldung von Verhalten trotz bestehender Verschwiegenheitsverpflichtung

Ergibt sich für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in Ausübung ihres Berufs der Verdacht, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die schwere Körpervletzung eines Menschen herbeigeführt wurde, sind sie verpflichtet, unverzüglich Anzeige zu erstatten. Würde die Anzeige jedoch eine Tätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflege beeinträchtigen, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf, besteht die Anzeigepflicht nicht. In solch einem Fall muss die Angehörige/der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die betroffene Person jedoch über bestehende Opferschutzeinrichtungen informieren.

Eine Meldung haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege dann vorzunehmen, wenn sich in Ausübung ihres Berufes der Verdacht ergibt, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung der Tod oder die Körpervletzung eines Menschen herbeigeführt wurde oder eine Minderjährige/ein Minderjähriger oder eine sonstige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht wurde, sofern das Interesse an der Mitteilung das Geheimhaltungsinteresse überwiegt.

Auskünfte über die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen haben

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege den betroffenen Patientinnen/Patienten, deren gesetzlichen Vertreterinnen/gesetzlichen Vertretern oder Personen zu erteilen, die von den betroffenen Patientinnen/Patienten als auskunftsberechtigt benannt wurden.

4.6.3. Berufshaftpflichtversicherung

Lediglich **freiberuflich tätige Ärztinnen/Ärzte**, d. h. Ärztinnen/Ärzte mit Ordinationsstätten, haben – noch vor Aufnahme ihrer ärztlichen Tätigkeit – den Nachweis über eine Berufshaftpflichtversicherung zu erbringen. Die Mindestversicherungssumme hat dabei für jeden Versicherungsfall EUR 2.000.000,– zu betragen.

Angestellte Ärztinnen/Ärzte sowie Ärztinnen/Ärzte, die in einer Gruppenpraxis in Rechtsform einer GmbH oder OG Gesellschafterstellung genießen, sind von dieser Verpflichtung hingegen ausgenommen. Sie werden als Erfüllungsgehilfinnen/Erfüllungsgehilfen für ihre Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber tätig.

Bei als Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien geführten PVE bedeutet dies, dass die Berufshaftpflichtversicherung demnach von den jeweiligen Rechtsträgern – nicht jedoch von den einzelnen Ärztinnen/Ärzten – abzuschließen ist. Für den Fall, dass bei der als GmbH geführten Gruppenpraxis die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang besteht, haften neben der Gruppenpraxis auch die Gesellschafterinnen/Gesellschafter persönlich in Höhe des fehlenden Versicherungsschutzes.

Anders als bei Gruppenpraxen oder selbstständigen Ambulatorien müssen Ärztinnen/Ärzte, die Mitglied einer PVN in Form eines Vereins oder einer Genossenschaft sind, sehr wohl eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen. Dies deswegen, da sie hier wieder freiberuflich und nicht aufgrund ihrer Gesellschafterstellung oder ihres Anstellungsverhältnisses tätig werden.

Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege sind zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung nicht verpflichtet.

Angehörige des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes sind berufsgesetzlich zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung nicht verpflichtet. Dennoch empfehlen die Berufsverbände jedenfalls einen Abschluss selbiger bei freiberuflicher Berufsausübung und bieten den Berufsangehörigen hierfür entsprechende Angebote an.

Hebammen sind zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung nicht verpflichtet. Das Österreichische Hebammengremium bietet dennoch allen Hebammen flächendeckend eine Gruppenberufshaftpflichtversicherung an.

Demgegenüber ist der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung sowohl für **Gesundheits-** als auch für **klinische Psychologinnen/Psychologen** dann verpflichtend, wenn diese eine eigenverantwortliche Berufsausübung beabsichtigen. Die Deckung der aus der Berufsausübung entstehenden Schadensersatzansprüche muss während der Dauer der eigenverantwortlichen Berufsberechtigung gewährt sein. Außerdem ist der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers unzulässig. Zu beachten ist weiters, dass die Mindestversicherungssumme EUR 1.000.000,– zu betragen hat. Befinden sich Psychologinnen/Psychologen in einem Dienstverhältnis, entfällt ihre Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung. In diesen Fällen wird es jedoch sinnvoll sein, den Versicherungsschutz der Arbeitgeberin/ des Arbeitgebers auf Tätigkeiten der Psychologin/des Psychologen entsprechend zu erweitern.

Ähnliche wie Psychologinnen/Psychologen haben auch **Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten** bereits vor Aufnahme ihrer selbstständigen Berufsausübung zur Deckung der aus der Berufsausübung entstehenden Schadenersatzansprüche eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen und diese während der Dauer ihrer Berufsberechtigung aufrechtzuerhalten. Die Mindestversicherungssumme hat EUR 1.000.000,- zu betragen. Außerdem ist der Ausschluss oder eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung des Versicherers unzulässig. Befinden sich Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in einem Dienstverhältnis, entfällt ihre Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung. In diesen Fällen wird es jedoch sinnvoll sein, den Versicherungsschutz der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers auf Tätigkeiten der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten entsprechend zu erweitern.

4.6.4. Dokumentationspflichten

Sowohl nach dem Krankenanstalten- als auch nach dem Ärztegesetz und Gesetzen der weiteren Gesundheitsberufe trifft die PVE bzw. deren Mitglieder/Teilnehmerinnen/Teilnehmer die Pflicht zur Dokumentation. Sie darf sowohl händisch als auch elektronisch geführt werden. Außerdem haben Patientinnen/Patienten das Recht, Einsicht in die Dokumentation zu erlangen und Abschriften zu erhalten. Darüber hinaus gelten Mitglieder von Vereinen und Genossenschaften, die jeweils zur selbstständigen ärztlichen Berufsausübung berechtigt sind, sowie die Rechtsträger von Gruppenpraxen und selbstständigen Ambulatorien als ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter i. S. d. § 2 Z 2 GTelG 2012. Als solche sind sie derzeit zur Speicherung von Medikationsdaten in ELGA verpflichtet.

4.6.5. Werbung und Außenauftritt

4.6.5.1. Werbe- und Provisionsverbot

Hinsichtlich des Werbeverbotes gilt, dass unsachliche, unwahre sowie das Standesansehen beeinträchtigende Informationen verboten sind. Unter Letzteres fallen beispielsweise herabsetzende Äußerungen über Kolleginnen/Kollegen, die Inanspruchnahme einer wahrheitswidrigen medizinischen Exklusivität, die Selbstanpreisung der eigenen Person oder Leistungen durch marktschreierische Darstellung sowie die Werbung für Arzneimittel, Heilbehelfe oder sonstige Medizinprodukte und für die Hersteller und Vertrieber. Unter Berücksichtigung des bestehenden Werbe- und Provisionsverbotes ist eine gemeinsame Außendarstellung bzw. ein gemeinsamer Außenauftritt der PVE-Beteiligten jedoch erlaubt und nach dem PrimVG sogar geboten.

Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist lediglich im Zusammenhang mit ihrer freiberuflichen Berufsausübung eine dem beruflichen Ansehen abträgliche, insbesondere vergleichende, diskriminierende oder unsachliche Anpreisung oder Werbung gemäß § 38 GuKG verboten. Nichtsdestotrotz ist aus dem expliziten Hinweis in § 53 Abs 3 ÄrzteG, wonach unsachliche, unwahre oder das Standesansehen beeinträchtigende Informationen im Zusammenhang mit der Berufsausübung auch Gruppenpraxen und sonstigen physischen und juristischen Personen untersagt ist, abzuleiten, dass derartige Werbebeschränkungen auch für Rechtsträger von Gruppenpraxen und selbstständigen Ambulatorien sowie für die bei diesen beschäftigten Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer gelten.

Das Provisionsverbot verbietet es, sich oder Dritten Vergütungen für die Zuweisung von Kranken versprechen, geben, nehmen oder zusichern zu lassen. Dies hat den Zweck, dass Patientinnen/Patienten nicht aus wirtschaftlichen Erwägungen zur Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen überredet werden dürfen bzw. dass die Auswahl von Ärztinnen/Ärzten nur aufgrund sachlicher Erwägungen erfolgen darf. Zu beachten ist weiters das Provisionsverbot gemäß § 108 MPG, wonach es Personen, die Medizinprodukte z. B. verschreiben, abgeben oder anwenden, untersagt ist, eine Prämie, finanzielle oder materielle Vorteile zu fordern, sich

versprechen zu lassen oder anzunehmen.

Verstöße gegen das Werbe- sowie das Provisionsverbot haben nicht nur disziplinarrechtliche, sondern ebenso verwaltungsstrafrechtliche Folgen.

Informationen zum Thema Außenauftritt finden Sie auch im Kapitel 5.7.

4.6.5.2. Bezeichnungsmöglichkeit einer „Ordinationsstätte“

Grundsätzlich gilt, dass die Ärztin/der Arzt – bzw. die Gruppenpraxis – die Ordinationsstätte durch eine entsprechende äußere Bezeichnung kenntlich zu machen hat. Art und Form des Ordinationsschildes dürfen dabei allerdings die allgemeinen Interessen des Berufsstandes nicht beeinträchtigen. Im Fall eines als Verein oder einer Genossenschaft geführten PVN trifft diese Verpflichtung nicht den Rechtsträger, sondern die einzelnen Mitglieder des Netzwerkes. Neben dem Ärztegesetz und der auf seiner Basis erlassenen Schilderordnung der ÖÄK sind im Falle des PVN die Berufsgesetze sowie die jeweiligen Schilderempfehlungen der Berufsvertretungen der Gesundheitsberufe, die am PVN beteiligt sind, zu berücksichtigen.

Anders ist dies bei der Gruppenpraxis. Diese ist, unabhängig davon, ob sie als PVZ oder als PVN zu qualifizieren ist, ebenso zur Bezeichnung ihrer Ordinationsstätte(n) verpflichtet. Losgelöst von der von der Österreichischen Ärztekammer erlassenen Schilderordnung, hat eine PVE aber jedenfalls dafür Sorge zu treffen, dass für Patientinnen/Patienten eine vollständige, ortsübliche und leicht zugängliche Information über ihr Leistungsangebot sowie über ihre zeitliche Verfügbarkeit vorliegt.

4.6.5.3. Ärztliches Ordinationsschild

Ein Ordinationsschild hat mindestens den Namen der Ärztin/des Arztes, deren/dessen akademischen Grad sowie die genaue Berufsbezeichnung zu enthalten. Jene Ärztinnen/Ärzte, die Staatsangehörige von Vertragsparteien des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im Bundesgebiet berechtigt sind, dürfen ausschließlich die im Heimat- bzw. Herkunftsstaat rechtmäßig erworbene Ausbildungsbezeichnung in der jeweiligen Sprache in Verbindung mit einem den Namen und Ort der Ausbildungsstätte bezeichnenden Zusatz führen.

Fakultativer Inhalt können amtlich verliehene Titel (z. B. Medizinalrat), in anderen Gesetzen vorgesehene der Wahrheit entsprechende Titel (z. B. Univ.-Prof.), auf eine gegenwärtige Verwendung hinweisende Zusätze (z. B. ärztliche Leiterin/ärztlicher Leiter), von der Österreichischen Ärztekammer verliehene oder anerkannte Fortbildungsnachweise (z. B. Diplome), aber ebenso Ordinationszeiten, Telefonnummern sowie die Namen der Krankenversicherungsträger, mit denen die Ärztin/der Arzt bzw. die Gruppenpraxis einen Vertrag hat, oder die Tätigkeit als Wahlärztin/Wahlarzt und ein Logo sein.

Auch darf ein Ordinationsschild die Angaben enthalten, dass es sich um eine Lehrpraxis handelt, die Ordination eine Hausapotheke führt, Vorsorge-(Gesunden-)Untersuchungen sowie Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen angeboten werden oder es sich bei der Ärztin/beim Arzt um eine allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige/einen allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen handelt.

Da der Hinweis zulässig ist, dass es sich bei der Ordinationsstätte um eine Ordinations- oder Apparategemeinschaft handelt, ist der Hinweis, dass die Ordinationsstätte ein PVZ oder Mitglied eines PVN ist, zulässig und im Hinblick auf die gemeinsame Außendarstellung sogar geboten.

Ein Schild darf weder in aufdringlicher oder marktschreierischer Form ausgestattet und angebracht sein noch die Größe von 1m² überschreiten. Die Beleuchtung des Schildes ist hingegen zulässig. Bei Wechsel der Ordinationsstätte ist es der Ärztin/dem Arzt gestattet, an der Stelle, von der sie/er fortgezogen ist, ein Schild mit dem entsprechenden Vermerk für die Dauer eines halben Jahres anzubringen.

Anders als bei regulären Ordinationsschildern dürfen auf Hinweisschildern und Ankündigungstafeln lediglich der Name der Ärztin/des Arztes, deren/dessen Berufsbezeichnung und die Adresse ihrer/seiner Ordinationsstätte angeführt werden.

Bei Beendigung der Berufsausübung sind jedenfalls alle Schilder zu entfernen. Verstöße gegen die Schilderordnung können sowohl als Verwaltungsübertretung als auch als Disziplinarvergehen geahndet werden.



—
Organisations-
Aspekte
—

5. Organisations - Aspekte

5.1. Einleitung

Ein wesentliches Element von Primärversorgungseinheiten (PVE) ist die enge Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen, also Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie optional Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Angehörigen weiterer Gesundheits- und Sozialberufe. Diese Zusammenarbeit zur optimalen Behandlung und Betreuung der Patientinnen/Patienten im Einzugsgebiet erfolgt strukturiert und koordiniert und ist im Versorgungskonzept der jeweiligen PVE beschrieben.

Primärversorgungsteams stehen darüber hinaus in häufigem und strukturiert gestaltetem Kontakt mit Institutionen und weiteren Partnern, wie Ärztinnen/Ärzten anderer Fachrichtungen, mobilen Pflegediensten, sozialmedizinischen und psychosozialen Diensten, Apotheken etc.. Damit nehmen sie eine Lotsenfunktion für die von ihnen betreuten Patientinnen/Patienten wahr und optimieren den patientenbezogenen Versorgungsprozess.

Der Primärversorgungsvertrag enthält verbindliche Anforderungen an das zu erbringende Leistungsspektrum sowie an die Organisation der PVE. Mit Abschluss des Primärversorgungsvertrages erhält die PVE einen im öffentlichen Interesse gelegenen Versorgungsauftrag zur strukturierten Betreuung und Behandlung der Patientinnen/Patienten im Einzugsgebiet. Dieser Versorgungsauftrag wird im Versorgungskonzept präzisiert.

5.2. Primärversorgungseinheiten

Eine PVE ist eine als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem. Sie stellt Angebote für eine umfassende Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen sowie zur Förderung von Gesundheit und zur Prävention von Krankheiten zur Verfügung und koordiniert die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Versorgung erforderlichen Maßnahmen.



Abbildung 16: Zielgruppen einer PVE

Eine PVE zeichnet sich insbesondere durch folgende Eigenschaften bzw. Leistungen aus:

- » Multiprofessionalität und Interdisziplinarität des Primärversorgungsteams;
- » Kernteam von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde, Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, Ordinationsassistentinnen und -assistenten sowie ggf. Fachärztin/ Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe;
- » Besteht entsprechend den regionalen Erfordernissen aus einem erweiterten multiprofessionellen Team aus Gesundheits- und Sozialberufen;
- » Verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit des Primärversorgungsteams aufgrund eines vorab festgelegten Versorgungskonzepts;
- » Kann als Zentrum an einem Standort (PVZ) oder als Netzwerk an mehreren Standorten (PVN) eingerichtet sein;
- » Ist mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattet;
- » Muss im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) abgebildet sein;
- » Verfügt über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag;
- » Die Betreuung und Behandlung der Patientinnen/Patienten erfolgt im öffentlichen Interesse (Versorgungsauftrag);
- » Einheitlicher Außenauftritt gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet.



Abbildung 17: Aufgabenprofil einer PVE

5.2.1. Organisations- und Rechtsformen einer Primärversorgungseinheit

Das Primärversorgungsgesetz unterscheidet grundsätzlich zwischen zwei möglichen Organisationsformen einer PVE:

- » Primärversorgungszentrum an einem Standort (PVZ) und
- » Primärversorgungsnetzwerk an mehreren Standorten (PVN).

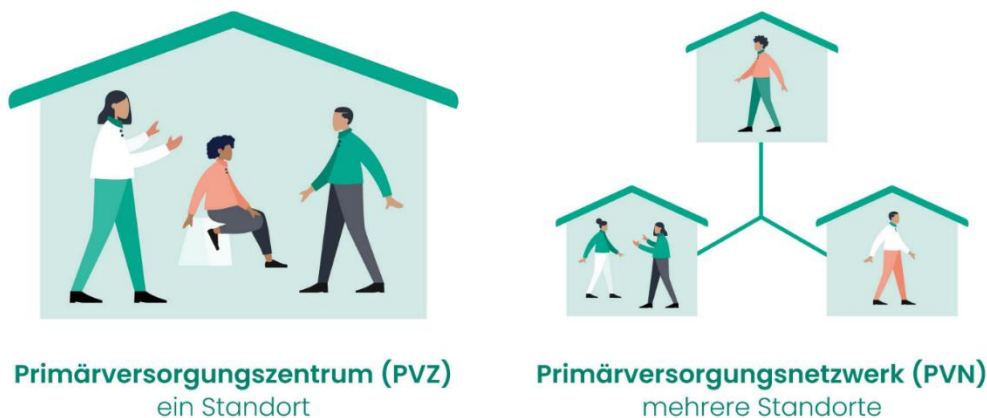


Abbildung 18: Organisationsformen von PVE

Während bei einem PVZ die jeweiligen Ärztinnen/Ärzte und die weiteren Gesundheitsberufe unter einem Dach arbeiten, üben beim PVN die jeweiligen Ärztinnen/Ärzte und die weiteren Gesundheitsberufe ihren Beruf an verschiedenen Standorten aus. Diese Standorte können über eine Trägerorganisation miteinander verbunden oder unterschiedliche Betriebsstätten einer Gesellschaft sein.

5.2.1.1. Primärversorgungszentrum (PVZ)

Die Zusammenarbeit von freiberuflichen Ärztinnen/Ärzten im Rahmen eines PVZ erfolgt in Form einer Gruppenpraxis nach dem Ärztegesetz. Eine solche kann nach den derzeit geltenden Bestimmungen als eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder als eine offene Gesellschaft (OG) ausgestaltet sein. Eine weitere Möglichkeit ist die Gründung eines selbstständigen Ambulatoriums. Ausführliche Informationen dazu entnehmen Sie bitte den rechtlichen Aspekten/Rechtsformen einer PVE (siehe Kapitel 4.2).

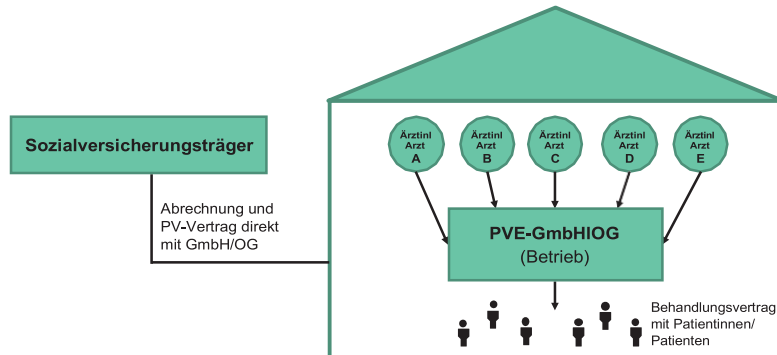


Abbildung 19: PVE an einem Standort (PVZ) in der Rechtsform einer GmbH oder OG

5.2.1.2. Primärversorgungsnetzwerk (PVN)

Für die Zusammenarbeit in einem PVN ergeben sich in Verbindung mit den derzeit geltenden Bestimmungen des Ärztegesetzes folgende Möglichkeiten:

- 1. PVN als dislozierte Gruppenpraxis** gem § 52a Abs 4 ÄrzteG in der Rechtsform einer GmbH oder OG: Besonderheit: Die einzelnen Standorte sind Betriebsstätten der PVE-Gruppenpraxis.

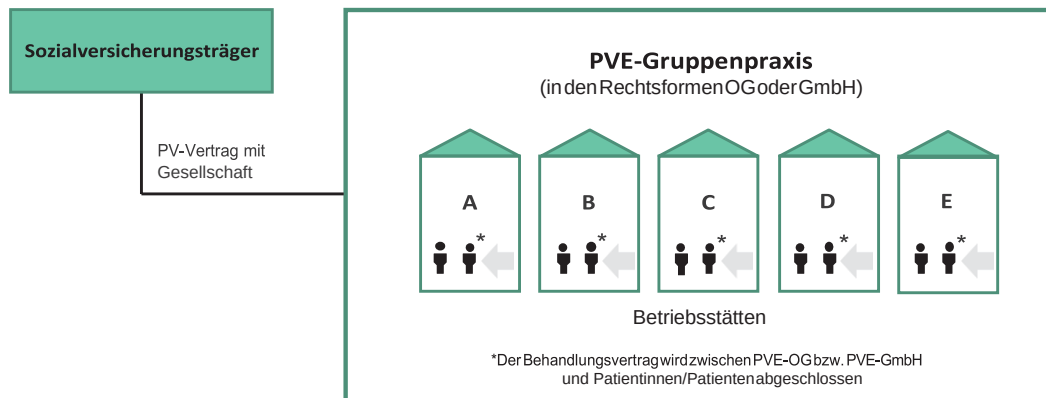


Abbildung 20: Primärversorgungsnetzwerk (PVN) in der Rechtsform einer OG oder GmbH

2. PVN mit rechtlich getrennter Trägerorganisation: Besonderheit: Für Primärversorgungsnetzwerke (PVN) sieht das PrimVG die Möglichkeit vor, dass die Trägerorganisation der PVE von den ärztlichen Ordinationen rechtlich getrennt ist.

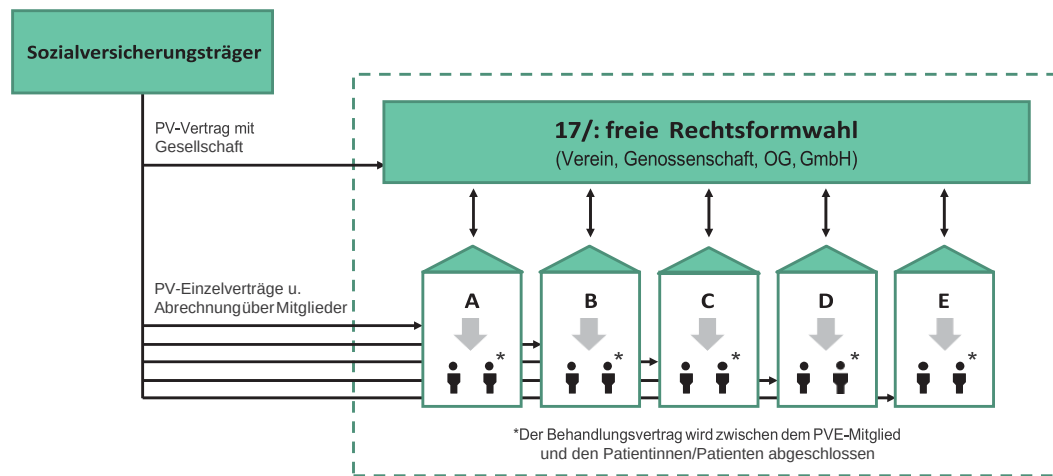


Abbildung 21: Primärversorgungsnetzwerk (PVN) mit rechtlich getrennter Trägerorganisation

Ausführliche Informationen dazu entnehmen Sie bitte den rechtlichen Aspekten/Rechtsformen einer PVE (siehe Kapitel 4.2).

5.2.2. Personen bzw. Berufsgruppen in Primärversorgungseinheiten

Das Kernteam einer PVE besteht aus Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin und/oder Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern sowie Ordinationsassistentinnen und -assistenten.

Zusätzlich zum Kernteam können in das erweiterte Team Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe eingebunden werden. Als solche kommen insbesondere Hebammen, Diätologinnen/Diätologen, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Hebammen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Psychologinnen/Psychologen und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter in Betracht. Orts- und bedarfsabhängig können auch Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Teil des Teams sein.

Art und Anzahl der in Primärversorgungsteams vertretenen Berufsgruppen werden entsprechend den regionalen Erfordernissen und verfügbaren Ressourcen festgelegt.

Das Team einer PVE

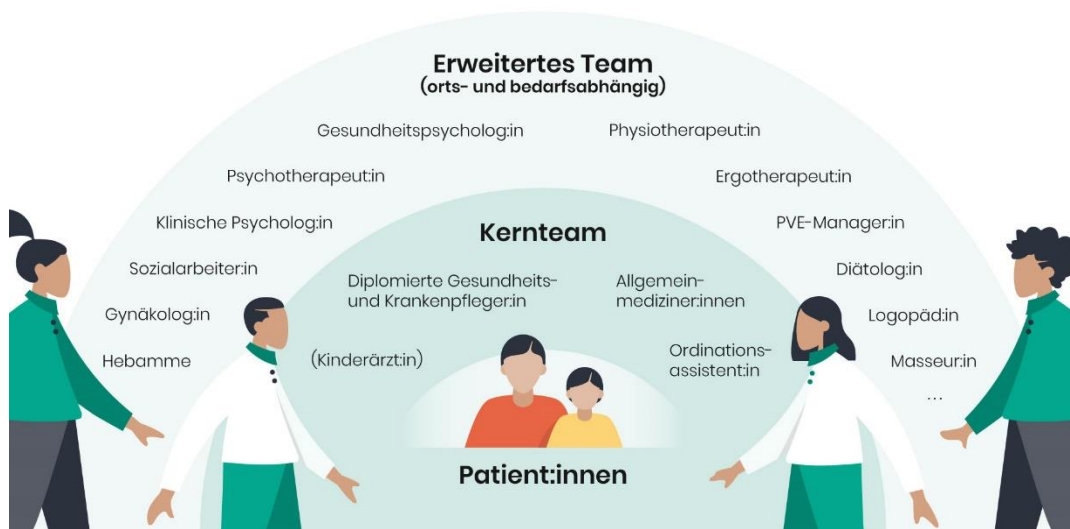


Abbildung 22: Das Team einer Primärversorgungseinheit

Die Zusammenarbeit innerhalb des PV-Teams wird einerseits durch die Festlegung von zu erfüllenden Aufgaben und Kompetenzen in der Aufbauorganisation (u. a. in Kompetenzregelungen und Stellenbeschreibungen) und andererseits in den Prozessen (Ablauforganisation) festgelegt.

Für die Zusammenarbeit mit externen Partnern (Diagnostik, Apotheke, mobile Dienste, Fachärztinnen/ Fachärzte und andere Gesundheitsberufe, die nicht Teil des PV-Teams sind) werden ebenso die jeweiligen Zuständigkeiten und Kommunikationswege festgelegt und im Detail in Prozessen beschrieben.

Eine besondere Relevanz hat in diesem Zusammenhang das Schnittstellenmanagement, welches durch IT-Lösungen stark unterstützt werden kann. Details dazu entnehmen Sie bitte den IT-Aspekten.

5.2.3. Kinder-PVE

Während PVE für die Versorgung der gesamten Bevölkerung zuständig sind, spezialisieren sich Kinder-PVE auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen – von der Geburt bis zur Adoleszenz. Sie bieten umfassende Leistungen u. a. in der Grundversorgung, der Versorgung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher, der Früherkennung, der Prävention und in der Beratung an.

Abhängig von den regionalen Planungsvorgaben (siehe Kapitel Auswahlverfahren für Primärversorgungseinheiten) können in Kinder-Primärversorgungseinheiten auch ausschließlich (mindestens zwei) Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde oder Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde gemeinsam mit Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern tätig werden.

Auch in den Kinder-PVE liegt ein besonderer Fokus auf der Teamzusammenarbeit. Im Kernteam sind neben Ärztinnen und Ärzten diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen sowie Ordinationsassistentinnen und -assistenten tätig.

Das Team einer Kinder-PVE

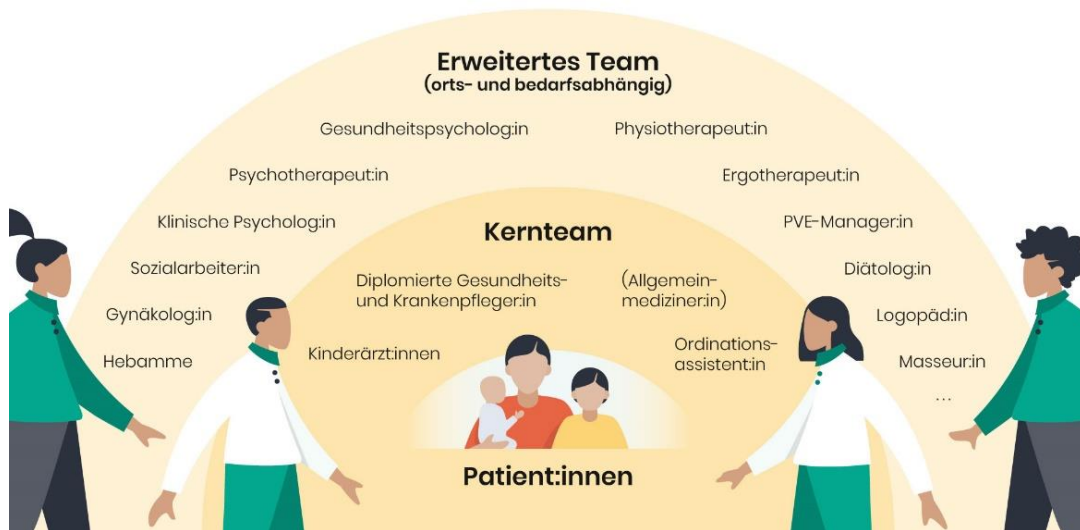


Abbildung 23: Das Team einer Kinder-PVE

Zusätzlich zum Kernteam können in das erweiterte Team Angehörige weiterer Gesundheits- und Sozialberufe eingebunden werden. Als solche kommen insbesondere Hebammen, Diätologinnen/Diätologen, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Hebammen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Psychologinnen/Psychologen und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter in Betracht. Orts- und bedarfsabhängig können auch Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Teil des Teams sein.

Art und Anzahl der in Primärversorgungsteams vertretenen Berufsgruppen werden entsprechend den regionalen Erfordernissen und verfügbaren Ressourcen festgelegt.

5.2.4. Berufs- und Aufgabenprofile von Gesundheits- und Sozialberufen in PVE

Unter den Gesundheits- und Sozialberufen, die neben Ärztinnen und Ärzten besonders häufig in der Primärversorgung vertreten sind, finden sich u. a. (alphabetisch):

- » Diätologie
- » Ergotherapie
- » Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
- » Gesundheitspsychologie
- » Hebammen
- » Klinische Psychologie
- » Logopädie
- » Ordinationsassistenten
- » Physiotherapie
- » Psychotherapie
- » Sozialarbeit

Im Folgenden wird ein Einblick in das Berufs- und Tätigkeitsprofil dieser Berufsgruppen in Primärversorgungseinheiten (PVE) gegeben. Diese Zusammenstellungen in Form von Factsheets enthalten jeweils eine **Kurzbeschreibung des Berufs, Elemente des Arbeitsprozesses und eine exemplarische Auswahl wesentlicher Leistungen**, die auf Basis der berufsrechtlichen Grundlagen in PVE erbracht werden können. Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werden als wesentliche Basisaufgaben in PVE besonders ausgewiesen. Zudem werden für das erweiterte PV-Team, eine Auswahl **häufiger Indikationen** zum Einsatz der jeweiligen Berufsgruppe im Betreuungsprozess abgebildet.



Webtipp: Alle Factsheets finden Sie auch auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at

Die Berufs- und Tätigkeitsprofile der Gesundheits- und Sozialberufe („Factsheets“) wurden durch die Gesundheit Österreich GmbH erstellt. Die Informationen sollen einen Einblick in das Tätigkeitsprofil der jeweiligen Berufsgruppen in PVE geben. Es wird dabei nicht der Anspruch erhoben, das Leistungsspektrum der jeweiligen Berufsgruppen in PVE vollumfänglich abzubilden. Andererseits werden auch nicht zwingend alle angeführten Leistungen von den jeweiligen Berufsgruppen in PVE erbracht. Die in PVE tätigen Angehörigen eines Gesundheits- und Sozialberufs übernehmen Aufgaben entsprechend den jeweiligen berufsrechtlichen Befugnissen und der organisatorisch geregelten Zuständigkeiten, sofern und soweit sie über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen. Bei den abgebildeten Leistungen werden zudem keine Aussagen über Abrechnungsmodalitäten in der PVE getroffen. Das konkrete Leistungsspektrum in PVE wird vertraglich mit den Finanzierungsträgern vereinbart.

Neben den oben angeführten Gesundheits- und Sozialberufen findet sich in weiterer Folge auch ein entsprechendes Factsheet zur Funktion von PVE-Managerinnen/PVE-Managern, die insbesondere eine wichtige koordinierende und administrative Rolle in einer PVE übernehmen können.

5.2.4.1. Diätologie

Kurzbeschreibung Diätologie

Diätologinnen/Diätologen unterstützen Einzelpersonen oder Gruppen bei ernährungsrelevanten Problemstellungen zum Zweck der Prävention von Krankheiten, der Förderung oder Wiederherstellung der Gesundheit und Lebensqualität auf den Gebieten der oralen, enteralen und parenteralen Ernährung. Dazu zählen u. a. die Planung, Durchführung und Evaluierung von ernährungsmedizinischen bzw. ernährungstherapeutischen Maßnahmen im Rahmen des diätologischen Prozesses. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention umfasst die Arbeit in der Diätologie einerseits die Planung und Ausarbeitung von Ernährungsprojekten, andererseits die Beratung und Schulung von Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen aller Altersgruppen. Diese Berufsgruppe kann als Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten tätig werden.



Abbildung 24: Elemente des diätologischen Arbeitsprozesses

Häufige Indikationen für ernährungstherapeutische Maßnahmen sind u. a.:

- » Erkrankungen des Stoffwechsels, z. B. Diabetes mellitus
- » Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, z. B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- » Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- » Allergien und Unverträglichkeiten
- » Lungenerkrankungen, z. B. COPD
- » Übergewicht und Adipositas
- » Mangelernährung
- » Nierenerkrankungen
- » Schluckstörungen
- » onkologische Erkrankungen
- » neurologische Erkrankungen
- » rheumatische Erkrankungen

Mögliche Leistungen der Diätologie in PVE umfassen u. a.:

- » Ernährungsanamnese zur Identifikation von Ernährungsproblemen und Ursachen mittels retro-/prospektiver Methoden, z. B. Ess- und Trinkprotokolle, Wiegeprotokolle
- » Ernährungsscreening und -assessment mit Erhebung des Ernährungszustandes mittels Ernährungsscores, ggf. mit anthropometrischen oder anderen Messmethoden, z. B. Gewichtsverlauf, Messung der Körperzusammensetzung mittels BIA
- » Festlegung des individuellen Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarfs sowie Abschätzung des Ernährungsrisikos, z. B. parenterale Ernährung, Mangelernährung
- » Erstellung des Therapiekonzepts mit Patientinnen/Patienten oder deren An- und Zugehörigen, abgestimmt auf individuelle Bedürfnisse, inkl. Motivation und Anleitung zur Mitarbeit und Eigenkontrolle
- » Aufbereitung von Ernährungsinformationen für Einzelpersonen und Gruppen
- » Ernährungsberatung und Schulung von Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen inkl. bedarfsgerechter Auswahl geeigneter Ernährungsprodukte, z. B. bei Diabetes, Adipositas, Mangelernährung
- » Durchführung von H2-Atemtests zur Austestung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- » Diabetesschulung und -beratung

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » Planung und Durchführung von Ernährungsprojekten, z. B. in der PVE oder settingorientiert in Kindergärten, Schulen, Eltern-Kind-Zentren, geriatrischen Einrichtungen
- » Betriebliche Gesundheitsförderung: Beratung und Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in ernährungsrelevanten Problemstellungen, Beratung von Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen, Speiseplangestaltung
- » Ernährungsworkshops, Kochworkshops und Seminare

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheitsberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_pdf.pdf
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Di%C3%A4tologin,-Di%C3%A4tologe.html>
- Österreichisches Gesundheitsportal
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/therapieberatung/diaetologe>
- Verband der Diätologen Österreichs (inkl. Arbeitskreis PHC des Verbandes der Diätologen Österreichs) <http://www.diaetologen.at/>
- Diätologie in der Primärversorgung <https://www.sv-primarversorgung.at/>
<https://www.diehausaezte.at/images/Therapien/Diaetologie/Diaetologie.pdf>
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)
- FH-MTD-Ausbildungsverordnung (FH-MTD-AV)

5.2.4.2. Ergotherapie

Kurzbeschreibung Ergotherapie

Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten unterstützen Menschen jeden Alters mit Fokus auf die individuelle Handlungsfähigkeit in allen für die Person relevanten Lebensbereichen. Dazu zählen u. a. Kindergarten, Schule, Erwerbstätigkeit, Freizeit, Erholung und die Teilhabe am sozialen, gesellschaftlichen Leben. In der Ergotherapie werden in Einzel- oder Gruppentherapie ergotherapeutische Maßnahmen, wie insbesondere spezifische Alltagstätigkeiten und bedeutungsvolle Betätigungen eingesetzt und Strategien zur Alltagsbewältigung entwickelt. Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten setzen funktionelle, biomechanische, sensorische, motorische, perzeptive, kognitive und psychosoziale sowie vorbereitende physikalische Maßnahmen. Ergotherapie umfasst auch die Entwicklung, Herstellung, Adaptierung und den Einsatz von Hilfsmitteln (einschließlich Schienen) zum Zweck der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation. Diese Berufsgruppe kann als Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten tätig werden.



Abbildung 25: Elemente des ergotherapeutischen Arbeitsprozesses

Häufige Indikationen für ergotherapeutische Maßnahmen sind u. a.:

- » Verletzungen und Erkrankungen der Hand
- » Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisschwäche
- » körperliche/geistige Beeinträchtigungen
- » (neurophysiologische) Einschränkungen in Sinneswahrnehmung und Verarbeitung
- » chronische Erkrankungen
- » Schwierigkeiten im Bereich der sozioemotionalen Fertigkeiten
- » Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- » (motorische) Entwicklungsverzögerungen bei Kindern
- » Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises
- » Erkrankungen des Nervensystems
- » Probleme bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- » Probleme in der eigenbestimmten Alltagsbewältigung und -gestaltung und Tagesstrukturierung

Mögliche Leistungen der Ergotherapie in PVE umfassen u. a.:

- » Beurteilung der Handlungsfähigkeit unter Anwendung von Assessments (Einschätzung der Selbstständigkeit im Alltag unter Berücksichtigung des Betreuungs- und Pflegebedarfs, der kindlichen Entwicklung, der Arbeitsfähigkeit/Reha-Fähigkeit etc.)
- » Beratung, Unterstützung und Therapie bei chronischen Erkrankungen
- » Hilfsmittelberatung und -adaption inkl. Schienenherstellung sowie Einschulung und Training im Umgang mit dem Hilfsmittel
- » Tagesstrukturierung/Erarbeitung von Strategien zur Alltagsbewältigung, z. B. Training und Routinen zum Einsortieren und zur Einnahme von Medikamenten
- » Aufklärung sowie ressourcenorientierte Beratung und Schulung von Bezugspersonen und Betroffenen, z. B. nach Schlaganfall
- » Beratung bzw. Empfehlung zur Umgebungsanpassung, ggf. in der eigenen Wohnung (Wohnraumanalyse und -adaption)
- » ergonomische Beratung für unterschiedliche Settings (Wohnung, Arbeitsplatz, öffentlicher Raum)
- » Begleitung von Menschen, die sich in neuen Rollen und Situationen zurechtfinden müssen, z. B. am Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand, nach Krisen, nach Krankenhausaufenthalten oder Reha
- » Beratung und Behandlung nach Verletzungen der oberen Extremitäten und Training der Aktivitäten des täglichen Lebens

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention in den Settings Gemeinde und Schulen
- » Durchführung von Reihenuntersuchungen zur Früherkennung und Prophylaxe von Risikofaktoren für Einschränkungen der Handlungsfähigkeit und Krankheiten, z. B. bezüglich Gelenkschmerzen oder Rheuma für Menschen mit gefährdenden Tätigkeiten
- » Entwicklung und Durchführung von spezifischen Beratungs- und Schulungsangeboten zu physisch sowie psychisch belastenden Faktoren und gesundheitsförderlichen Lebens-/Rahmenbedingungen
- » Gruppentherapien zur Prävention von Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit der oberen Extremitäten
- » Unterstützung und Beratung in Bezug auf gesunde Kindesentwicklung
- » Betriebliche Gesundheitsförderung: Evaluierung und Optimierung von Arbeitsplätzen, Schulung zu Ergonomie und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen am Arbeitsplatz
- » Abstimmung beruflicher Anforderungen und individueller Belastbarkeit,

- z. B. durch Erstellung von Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen
- » Sturzprophylaxe, Früherkennung möglicher Probleme in der Selbstversorgung, Ambient Assisted Living im häuslichen Umfeld
- » Information der Öffentlichkeit, z. B. zu spezifischen Erkrankungen und ihren Auswirkungen auf den Alltag
- » Förderung der Sensomotorik, Kognition und sozioemotionalen Komponente bei Kindern mittels Spielen, Alltagshandlungen und kreativer Tätigkeiten

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheitsberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_.pdf
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Ergotherapeutin,-Ergotherapeut.html>
- Österreichisches Gesundheitsportal
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/therapieberatung/ergotherapeut>
- Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs (Ergotherapie Austria) <https://www.ergotherapie.at/grundlagen-der-ergotherapie>
<https://www.ergotherapie.at/ablauf>
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- FH-MTD-Ausbildungsverordnung (FH-MTD-AV)

5.2.4.3. Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Kurzbeschreibung Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten und (teil)stationären Versorgungsformen und allen Versorgungsstufen inkl. der Primärversorgung.

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (DGKP) tragen durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei. Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie führen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die ihnen von Ärztinnen und Ärzten übertragenen Maßnahmen und Tätigkeiten durch und tragen in der interprofessionellen Zusammenarbeit zur Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität bei. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, organisiert und implementiert pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege, der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege einschließlich integrierter Versorgungsprogramme. Diese Berufsgruppe ist Teil des Kernteams in Primärversorgungseinheiten.

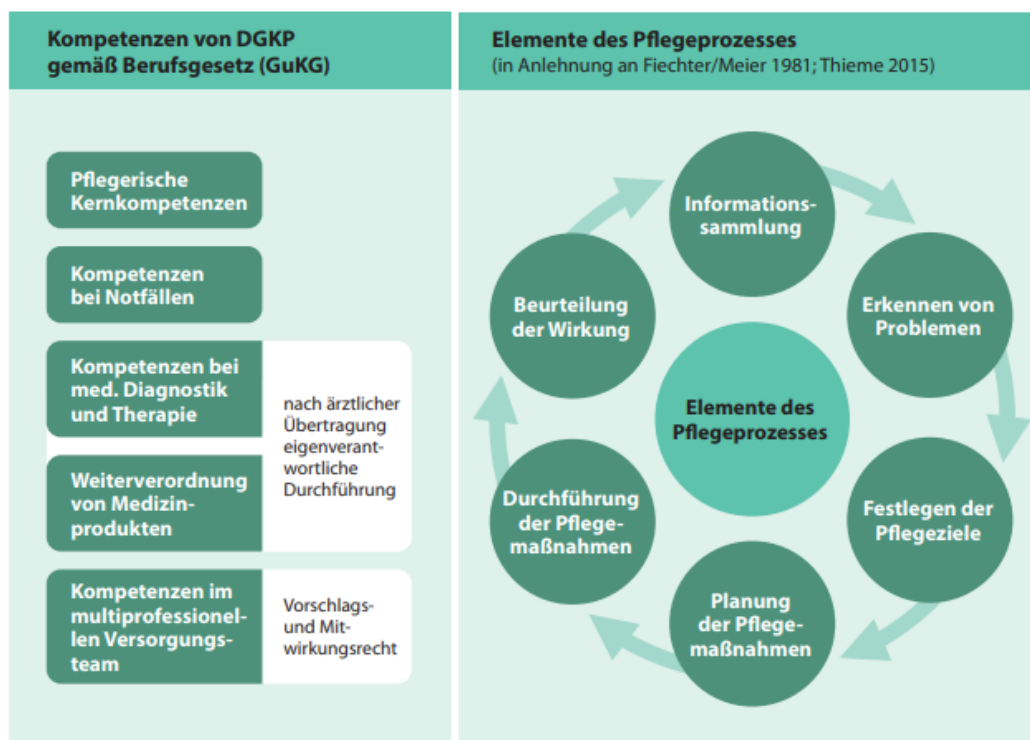


Abbildung 26: Kompetenzen von DGKP

Abbildung 27: Elemente des Pflegeprozesses

Mögliche Leistungen von DGKP in PVE umfassen u. a.:

- » Erhebung physischer, psychischer und sozialer Basisdaten, z. B. Vitalparameter, Coping-Strategien, soziales Umfeld, und Anwendung standardisierter Triage-Systeme
- » fokussierte Pflegeassessments und Risikoeinschätzungen, z. B. in Bezug auf Mangelernährung, Dekubitus, Sturz etc., sowie Auswahl, Anwendung und Evaluierung geeigneter pflegerischer Maßnahmen
- » Maßnahmen zur medizinischen Diagnostik, Therapie und Behandlung, z. B. Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln/Infusionstherapien gem. ärztl. Anordnung
- » Wund-, Schmerz-, Hygiene-, Medizinprodukte- und Medikamentenmanagement
- » Anleitung, Schulung und Beratung von Patientinnen/Patienten und deren An- und Zugehörigen bei pflegerischen und medizinisch-diagnostischen/medizinisch-therapeutischen Interventionen, z. B. bei der Versorgung chronischer Wunden
- » Organisation und Koordination von Disease-Management-Programmen (Diabetes, COPD, Bluthochdruck etc.)
- » Case-Management
- » Anleitung und Überwachung von Unterstützungskräften
- » Anleitung, Begleitung und Beurteilung von Auszubildenden

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » Begleitung und Unterstützung von Patientinnen/Patienten sowie deren An- und Zugehörigen oder von spezifischen Zielgruppen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, Förderung gesunder Lebensführung und Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität
- » Schulungsangebote und Beratungsleistungen für Individuen und Gruppen, z. B. zur Förderung des Erhalts der selbstständigen Lebensführung
- » Maßnahmen zur Krankheitsprävention, z. B. Durchführung von und Mitwirkung an Vorsorgeuntersuchungen, Impfprogrammen
- » Entwicklung von zielgruppenspezifischen pflegerischen Präventionsstrategien, z. B. Frailty-Prävention
- » Organisation und Koordination patienten- und populationsbezogener Maßnahmen, z. B. Routine-Monitoring, Public-Health-Maßnahmen
- » Netzwerkarbeit und Koordination verschiedener Disziplinen innerhalb der PVE, zwischen Patientinnen/Patienten und Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleistern sowie zwischen den unterschiedlichen Versorgungsstufen zur Optimierung von Nahtstellen, z. B. Mitwirkung bei Fallbesprechungen
- » Betriebliche Gesundheitsförderung und Schulgesundheitspflege
- » Aufgaben des Qualitäts- und Risikomanagements, z. B. Identifikation von Risikopotenzialen, Bewertung der Effektivität und Qualität der Pflege, Mitwirkung an Forschungsarbeiten und Anwendung von Forschungsergebnissen

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheitsberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_pdf.pdf
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Diplomier-te-Gesundheits--und-Krankenpflegerin,-Diplomierter-Gesundheits--und-Krankenpfleger.html>
- Österreichisches Gesundheitsportal
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/krankenpflege/krankenpfleger>
- DGKP in der Primärversorgung – Berufsgruppen und Kompetenzprofile
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Primaerversorgung---Berufsgruppen-und-Kompetenzprofile.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Primaerversorgung---Berufsgruppen-und-Kompetenzprofile.html)
- Abbildung Pflegeprozess in Anlehnung an Fiechter/Meier 1981 (I care Pflege. Thieme, 2015) 10.3_Der_Pflegeprozess_nach_Fiechter_und_Meier.pdf (thieme.de)
- Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017
<https://jasmin.goeg.at/47/1/Arbeitshilfe%20Pflegedokumentation%202017.pdf>
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) <https://www.oegkv.at/>
- Rollen und Aufgaben des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) in einer Primärversorgungseinheit (PVE)
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)
- FH-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV)
- Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (GuK-AV)

5.2.4.4. Gesundheitspsychologie

Kurzbeschreibung Gesundheitspsychologie

Die Berufsausübung der Gesundheitspsychologie unter Einsatz gesundheitspsychologischer Mittel umfasst Aufgaben zur Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte. Diese beruhen auf der Grundlage der psychologischen Wissenschaft, auf deren Erkenntnissen, Theorien, Methoden und Techniken sowie der erworbenen fachlichen Kompetenz im Sinne des Psychologengesetzes 2013. Sie hängen mit der Förderung und Erhaltung von Gesundheit, mit den verschiedenen Aspekten gesundheitsbezogenen Verhaltens einzelner Personen und Gruppen und mit allen Maßnahmen, die der Verbesserung der Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung und der Verbesserung des Systems gesundheitlicher Versorgung dienen, zusammen. Diese Berufsgruppe kann als Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten tätig werden.



Abbildung 28: Elemente des Kompetenzprofils Gesundheitspsychologie

Häufige Indikationen für gesundheitspsychologische Maßnahmen sind u. a.:

- » Bedarf an Information und Aufklärung über Gesundheitsrisiken und gesundheitliche Schutzfaktoren in unterschiedlichen Lebensabschnitten und -situationen
- » Risikoverhalten, z. B. in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Arbeit, Nikotin, Alkohol, Drogen, und Bedarf an Training gesundheitsfördernder Verhaltensweisen
- » Unterstützungsbedarf im Bereich von Lebensstiländerungen hinsichtlich der Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit und die aktive gesundheitsfördernde Gestaltung des eigenen Alltags
- » kritische Lebensphasen, z. B. Beginn der Elternschaft, Scheidung, Verlust von nahestehenden Menschen, Arbeitslosigkeit, Pensionierung, Krankheit, zum Erlernen wirksamer Bewältigungsstrategien
- » psychosoziale Belastungen oder chronischer Stress
- » Unterstützungsbedarf zur Krankheitsakzeptanz und Krankheitsverarbeitung und zur Förderung der Therapieadhärenz

Mögliche Leistungen der Gesundheitspsychologie in PVE umfassen u. a.:

- » mit gesundheitspsychologischen Mitteln durchgeführte Analyse von Personen aller Altersstufen und von Gruppen, insbesondere in Bezug auf die verschiedenen Aspekte des Gesundheitsverhaltens und dessen Ursachen, z. B.
 - » Risikoscreening,
 - » Ressourcendiagnostik,
 - » Diagnostik psychischer und gesundheitlicher Belastungen sowie maladaptiver Verhaltensweisen mittels standardisierter, normierter Fragebögen, Tests und Leitfäden
- » Erstellung von gesundheitspsychologischen Befunden, insbesondere in Bezug auf gesundheitsbezogenes Risikoverhalten und dessen Ursachen
- » Sammlung gesundheitsrelevanter Daten und Durchführung klinischer Studien

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » gesundheitspsychologische Maßnahmen bei Personen aller Altersstufen und Gruppen in Bezug auf Gesundheitsverhalten, insbesondere im Hinblick auf Lebensstil-/Lebensumfeld-assoziiertes Risikoverhalten im Bereich Ernährung, Bewegung, Rauchen, einschließlich Beratung und Motivation in Bezug auf die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit sowie die Vermeidung von Gesundheitsrisiken unter Berücksichtigung der Lebens-, Freizeit- und Arbeitswelt
- » gesundheitspsychologische Analyse und Beratung von Organisationen, Institutionen und Systemen in Bezug auf gesundheitsbezogene Rahmenbedingungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation
- » gesundheitspsychologische Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen und Projekten, insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung, z. B. Health-Education-Programme (Awareness-Kampagnen, Workshops, Seminare, partizipative Gesundheitsprojekte)
- » Maßnahmen im Bereich der Primärprävention wie Psychoedukation, Unterstützung bei Lebensstilveränderungen unter Berücksichtigung der Lebens-, Freizeit- und Arbeitswelt
- » Maßnahmen im Bereich der Sekundärprävention, z. B. Raucherentwöhnung
- » Maßnahmen im Bereich der Tertiärprävention, z. B. Psychoedukation und Motivationsarbeit zur Steigerung der Adhärenz bzw. Compliance in der Therapie und Erhalt einer bestmöglichen Lebensqualität bei chronischen Krankheiten, wie z. B. Diabetes, Rheuma

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheits- und Sozialberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_.pdf
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Gesundheitspsychologin,-Gesundheitspsychologe.html>
- Österreichisches Gesundheitsportal
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/therapie-beratung/gesundheitspsychologe>
- Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie
 Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie – Statistik der Berufsgruppen 1991-2016 (goeg.at)
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP; Abbildung der „Kompetenzprofile Gesundheitspsychologie“)
https://www.boep.or.at/download/5f71bac93c15c83fef000008/Primaerversorgung_korr13_ES_WEB_1_.pdf
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013)
- Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien (Universitätsgesetz 2002 – UG)
- Bundesgesetz über die Niederlassung und die Ausübung des freien Dienstleistungsverkehrs von klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Psychologengesetz)
- Verordnung über Ausgleichsmaßnahmen im Rahmen der Berufsankennung von Gesundheitspsychologen und Klinischen Psychologen aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Psychologenverordnung)

5.2.4.5. Hebammen

Kurzbeschreibung Hebammen

Der Hebammenberuf umfasst die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge. Hebammen leisten eine ganzheitliche Pflege und Betreuung von Frauen und ihren Kindern im Leistungszeitraum vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Sie agieren eigenverantwortlich und autonom, solange Schwangerschaft, Geburt und das Wochenbett normal verlaufen. Zudem können sie bestimmte Arzneimittel anwenden. Hebammen erkennen, wenn Gesundheitsrisiken oder Gesundheitsbedrohungen vorliegen, und ziehen einen Arzt/eine Ärztin hinzu. Hebammen unterstützen Familien, die in der Phase der Familienbildung gesundheitlich oder psychosozial besonders belastet sind, zusätzlich und vertreten insbesondere die Interessen des Kindes. Dies geschieht vor allem hinsichtlich seiner Gesundheit, Ernährung und der emotionalen und sozialen Bedürfnisse. Diese Berufsgruppe kann als Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten tätig werden.



Abbildung 29: Elemente der Hebammenbetreuung

Häufige Indikationen für Maßnahmen von Hebammen sind u. a.:

bei Kinderwunsch bzw. ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes und insbesondere bei Fragen, Risiken oder Beratungsbedarf in den Bereichen

- » Ernährung und Lebensstil,
- » Kindesentwicklung in der Schwangerschaft,
- » Veränderung in der Schwangerschaft, Wochenbett, Rückbildung, Beckenboden,
- » Stillen,
- » Unsicherheit, Ängste und Sorgen in Hinblick auf den neuen Lebensabschnitt

Mögliche Leistungen von Hebammen in PVE umfassen u. a.:

- » grundlegende Informationen zu Familienplanung, Empfängnisverhütung und Sexualität
- » Feststellung der Schwangerschaft
- » Aufklärung über und/oder Veranlassung von Untersuchungen, die für eine möglichst frühzeitige Feststellung von Regelwidrigkeiten in der Schwangerschaft notwendig sind bzw. Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten bei Auftreten von Regelwidrigkeiten
- » Beurteilung der Vitalzeichen und -funktionen des Neugeborenen
- » klinische Beurteilung des Neugeborenenikterus
- » Überprüfung der Bilirubinwerte transkutan mittels Bilirubinometer (Bili-Check) oder blutig
- » Blutabnahme aus der Ferse für Stoffwechselltest (PKU) und Konakiongabe (Vitamin K)
- » Überprüfung und Beurteilung der Ausscheidung des Neugeborenen
- » Überprüfung und Beurteilung der Gewichtszunahme des Neugeborenen
- » Anleitung der Mutter zur Pflege des Neugeborenen (Nabel, Haut etc.)

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:**Schwangerschaft**

- » Vorsorgeuntersuchungen und Beratung gemäß Mutter-Kind-Pass
- » Geburtsvorbereitung für Paare und Einzelgeburtsvorbereitung
- » Beratung zu Ernährung, Verhalten, Pflege und Lebensstil
- » Vorbereitung auf physiologische Veränderungen in der Schwangerschaft
- » Vorbereitung auf psychische/physische Veränderungen im Wochenbett
- » Vorbereitung auf die Stillzeit
- » Screening auf Belastungen und Risiken sowie Unterstützung bei deren Reduktion, z. B. Rauchen, Alkohol, Drogen

Wochenbett

- » Hausbesuche im Wochenbett (bis acht Wochen nach der Geburt)
- » Mutterberatung
- » Stillanleitung, Stillgruppe, Einzel-Stillberatung
- » Rückbildungsgymnastik, Beckenbodentraining
- » Früherkennung von psychosozialen Störungen, Konflikten
- » Früherkennung von kindlichen Entwicklungsstörungen

Neugeborene und Säuglinge

- » Versorgung von Neugeborenen und Säuglingen bis zum ersten Lebensjahr bzw. bis zum Ende der Stillzeit
- » Stärkung der Elternkompetenz und Unterstützung der Eltern-Kind-Bindung
- » Pflege- und Verhaltensberatung, z. B. Schlafverhalten des Kindes, Lebensstil- und Lebensberatung von Eltern sowie ggf. Familienmitgliedern
- » Aufklärung, Beratung und Information zu Kleidung, Schlafverhalten, Entwicklung, Erziehung und Ernährung, z. B. Beikost
- » Beratung zur Sicherstellung der Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen, z. B. kinderärztliche Untersuchungen
- » frühzeitige Vermittlung von Unterstützungsangeboten bzw. professioneller Hilfe, z. B. Frühe Hilfen

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheitsberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_pdf.pdf
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Hebamme.html>
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/therapie-beratung/hebamme>
- Österreichisches Hebammengremium <https://www.hebammen.at/>
 Indikationskatalog für Konsultation und Überweisung
<http://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2017/04/%C3%96sterreichischer-Hebammenindikationenkatalog-f%C3%BCr-Konsultation-und-%C3%9Cberweisung.pdf>
 Abbildung zur Hebammenbetreuung
<https://www.hebammen.at/neu-hebammenbetreuung-im-ueberblick/>
- Hebammen in der Primärversorgung <https://www.sv-primarversorgung.at/>
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- Bundesgesetz über den Hebammenberuf (Hebammengesetz – HebG)
- FH-Hebammenausbildungsverordnung (FH-Heb-AV)

5.2.4.6. Klinische Psychologie

Kurzbeschreibung Klinische Psychologie

Die Berufsausübung der Klinischen Psychologie bedingt den Einsatz klinisch-psychologischer Mittel auf der Grundlage der psychologischen Wissenschaft, von deren Erkenntnissen, Theorien, Methoden und Techniken sowie der erworbenen fachlichen Kompetenz im Sinne des Psychologengesetzes 2013. Dabei umfasst sind die klinisch-psychologische Untersuchung, Auslegung und Prognose des menschlichen Erlebens und Verhaltens sowie die gesundheitsbezogenen, störungsbedingten und störungsbedingenden Einflüsse darauf, weiters die klinisch-psychologische Behandlung von Verhaltensstörungen, psychischen Veränderungen und Leidenszuständen sowie die klinisch-psychologische Beratung. Diese Berufsgruppe kann als Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten tätig werden.



Abbildung 30: Elemente des Kompetenzprofils Klinische Psychologie

**Häufige Indikationen für klinisch-psychologische Maßnahmen
(u. a. entlang ICD-10 F-Diagnosen) sind u. a.:**

- » organische Störungen einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- » psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- » Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- » affektive Störungen
- » neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- » Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- » Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- » Intelligenzminderung
- » Entwicklungsstörungen
- » Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- » psychische Faktoren bei somatischen und neurologischen Krankheitsbildern
- » Belastungen und/oder Überforderung infolge lebensbedrohlicher oder chronischer körperlicher Erkrankungen
- » drohende oder bestehende Abhängigkeiten, z. B. Alkohol, Nikotin, Drogen, und verhaltensbezogene Süchte, z. B. Spielsucht
- » Suizidgedanken
- » schwierige Lebenssituationen und akute Krisen (Krisenintervention)

Mögliche Leistungen der Klinischen Psychologie in PVE umfassen u. a.:

- » klinisch-psychologische Diagnostik in Bezug auf gesundheitsbezogenes und gesundheitsbedingtes Verhalten und Erleben sowie auf Krankheitsbilder und deren Einfluss auf das menschliche Erleben und Verhalten, u. a.:
 - » Abklärung, ob eine psychische Erkrankung nach ICD-10 vorliegt
 - » Abklärung der Leistungsfähigkeit bei einer chronischen Erkrankung, z. B. Alzheimer
- » Erstellung von klinisch-psychologischen Befunden hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmale oder Verhaltensformen in Bezug auf psychische Störungen sowie in Bezug auf Krankheitsbilder, die das menschliche Erleben und Verhalten beeinflussen oder die durch menschliches Erleben und Verhalten beeinflusst werden
- » Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden bei Personen aller Altersstufen und Gruppen, aufbauend auf klinisch-psychologischer Diagnostik, u. a.:
 - » Entspannungstechniken und kognitive Verfahren zum Umgang mit krankheitsbezogenem Stress
 - » Unterstützung bei Krankheits- und Selbstmanagement
 - » Erlernen von Konfliktbewältigungsstrategien
 - » kognitive Umstrukturierung (unrealistische Ängste und Sorgen erkennen und hinterfragen, angstausslösende Gedankenmuster verändern)
 - » Biofeedback zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und Entspannung
 - » Erlernen von Stress- und Konfliktverarbeitungsstrategien
- » klinisch-psychologische Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisensituationen
- » klinisch-psychologische Beratung in Bezug auf verschiedene Aspekte gesundheitlicher Beeinträchtigungen, ihrer Bedingungen und Veränderungsmöglichkeiten
- » Sammlung gesundheitsrelevanter Daten und Durchführung klinischer Studien

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » Psychoedukation und Aufklärung zur Bewältigung von krankheitsbedingten Ängsten, zur Krankheitsverarbeitung sowie zur Bewältigung von Ängsten
- » Hilfestellungen zur Entscheidungsfindung im gesundheitlichen Kontext
- » Beratung zur Förderung der Adhärenz bzw. Compliance, der Krankheitsverarbeitung, der Krankheitsakzeptanz und gesunder Lebensgewohnheiten
- » Unterstützung bei Lebensstilmodifikation (Umsetzung von Ernährungsprogrammen, Gewichtsreduktion, Bewegung, Raucherentwöhnung)
- » Unterstützung bei der langfristigen Umsetzung von Verhaltensänderungen, z. B. Abbau von Vermeidungsverhalten
- » Umgang mit Stress zur Stressreduktion

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheits- und Sozialberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_pdf.pdf
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Klinische-Psychologin,-Klinischer-Psychologe.html>
- Österreichisches Gesundheitsportal
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/therapie-beratung/klinische-psychologie>
- Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie
 Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie – Statistik der Berufsgruppen 1991-2016 (goeg.at)
- Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP; Abbildung der „Kompetenzprofile Klinische Psychologie“)
https://www.boep.or.at/download/5f71bac93c15c83fef000008/Primaerversorgung_korr13_ES_WEB_1_.pdf
https://www.boep.or.at/download/55dc5bc3646135653a000002/Infoblatt_KliPsy_Behandlung_2015_07_15_end.pdf
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013)
- Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien (Universitätsgesetz 2002 – UG)
- Bundesgesetz über die Niederlassung und die Ausübung des freien Dienstleistungsverkehrs von klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Psychologengesetz)
- Verordnung über Ausgleichsmaßnahmen im Rahmen der Berufsanerkennung von Gesundheitspsychologen und Klinischen Psychologen aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Psychologenverordnung)

5.2.4.7. Logopädie

Kurzbeschreibung Logopädie

Kernaufgaben der Logopädie sind die Prävention, Beratung, Untersuchung, Diagnose, Therapie, Rehabilitation und wissenschaftliche Erforschung von Störungen und Behinderungen der Sprache, des Sprechens, der Atmung, der Stimme, der Mundfunktionen, des Schluckens, des Hörvermögens und der Wahrnehmung bei allen Altersgruppen. Dazu zählen u. a. Sprachentwicklungsverzögerung und -störungen, Artikulationsstörungen, Sprach-, Sprech-, Stimm- und Kommunikationsstörungen sowie Störungen des Schluckens und der Nahrungsaufnahme. Diese Berufsgruppe kann als Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten tätig werden.



Abbildung 31: Elemente des logopädischen Prozesses

Häufige Indikationen für logopädische Maßnahmen sind u. a.:

- » Störungen und Verzögerungen der Sprachentwicklung
- » Störungen im cranio-facio-oralen Bereich
- » Störungen der Sprache, des Sprechens und der Nahrungsaufnahme, z. B. aufgrund neurologischer Beeinträchtigungen
- » Störungen der Nahrungsaufnahme im Säuglings- und Kleinkindalter
- » Störungen der Kommunikation aufgrund kognitiver, (neuro-)psychologischer und (neuro-)psychiatrischer Beeinträchtigungen
- » Störungen der Atmung und/oder der Stimme
- » Störungen des Redeflusses (Stottern/Poltern)
- » Störungen des Lesens, Schreibens und/oder Rechnens
- » Störungen des Hörvermögens

Mögliche Leistungen der Logopädie in PVE umfassen u. a.:

- » Untersuchung und Beobachtung von (Grund-)Funktionen und Veränderungen des Sprechens, der Sprache, der Stimme, der Kommunikation, der Atmung, der Nahrungsaufnahme, des Lernens und des Hörens anhand spezifischer Verfahren
- » Anwendung spezifischer Untersuchungsverfahren und klinischer Beobachtungen – bei Bedarf unter interprofessioneller Kooperation – zur Ableitung des Behandlungskonzepts (Art, Dauer) sowie des Behandlungsplans, u. a.:
 - » Diagnostik der Sprachentwicklung (Aussprache, Wortschatz, Grammatik) mit standardisierten Tests
 - » Überprüfung der Muskulatur im Mund- und Gesichtsbereich
 - » Dysphagie-Diagnostik, -Evaluierung und -Management, z. B. zur Entscheidung über orale Nahrungsaufnahme nach Schlaganfall
 - » Stimm-, Atemdiagnostik
 - » Hörüberprüfungen
 - » Geschmacks- und Geruchsprüfungen
- » Anwendung von Sprachübungen, Sprech-, Stimm- und Schlucktechniken sowie von Atemübungen und motorischen Techniken

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » Routineuntersuchungen zur Früherkennung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Mundfunktion, der Stimme, der Atmung, des Redeflusses, der Kommunikation, der Nahrungsaufnahme und des Hörens und der Hörwahrnehmung bei Kindern und Erwachsenen
- » Beratung von Eltern, Pädagoginnen/Pädagogen sowie Ärztinnen/Ärzten zu Mundfunktionen, Nahrungsaufnahme, Sprache, Sprechen, Lesen, Schreiben, Mehrsprachigkeit, Hören und Stimme
- » Durchführung von Schulungen und Workshops, z. B. für Angehörige und Erziehungsberechtigte
- » Beratung und Schulung von Personen mit Sprechberufen zum richtigen Umgang mit der Stimme
- » Aufklärung der Öffentlichkeit, z. B. mittels Vorträgen
- » Erhalt und/oder Förderung der Kommunikationsfähigkeit zur sozialen Teilhabe (Pädiatrie, Geriatrie, Palliativmedizin)

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheitsberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_.pdf
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Logop%C3%A4din,-Logop%C3%A4de.html>
- Österreichisches Gesundheitsportal
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/therapie-beratung/logopaede>
- Berufsverband der österreichischen Logopäd_innen (logopädieaustria) <https://logopaedieaustria.at/>
- Logopädie in der Primärversorgung
<https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/load?contentid=10008.662913&version=1540400159>
<https://www.diehausaezte.at/images/Therapien/Logopaedie/Logopaedie.pdf>
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)
- FH-MTD-Ausbildungsverordnung (FH-MTD-AV)

5.2.4.8. Ordinationsassistentenz

Kurzbeschreibung Ordinationsassistentenz

Das Tätigkeitsprofil der Ordinationsassistentenz umfasst unter anderem die Assistenz bei medizinischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung und Aufsicht bzw. unter Aufsicht durch eine Angehörige/einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Neben der Betreuung der Patientinnen und Patienten fällt auch die Durchführung der für den Betrieb der Ordination erforderlichen organisatorischen und administrativen Tätigkeiten sowie Aufgaben im Bereich der Praxishygiene in den Tätigkeitsbereich der Ordinationsassistentenz. Diese Berufsgruppe ist Teil des Kernteams in Primärversorgungseinheiten.

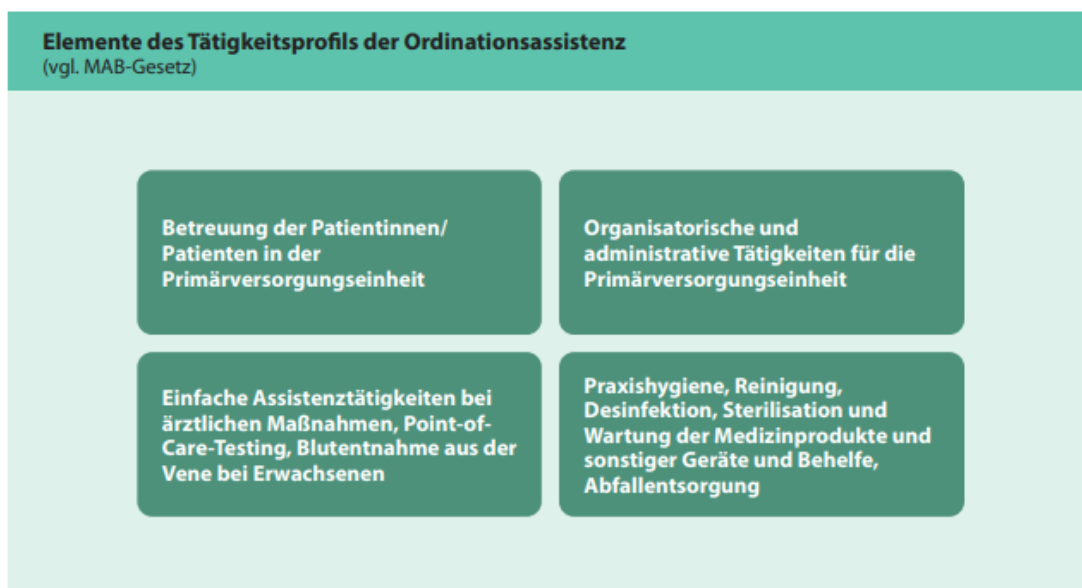


Abbildung 32: Elemente des Tätigkeitsprofils der Ordinationsassistentenz

Mögliche Leistungen der Ordinationsassistentenz in PVE umfassen u. a. (I. Patientenbetreuung):

- » organisatorisches Mitwirken bei standardisierten Behandlungsprogrammen, z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Substitutionsbehandlung
- » einfache Assistenz Tätigkeiten bei ärztlichen Maßnahmen
- » Durchführung von standardisierten diagnostischen Programmen und standardisierten Blut-, Sputum-, Harn- und Stuhluntersuchungen mittels Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Testing) sowie Blutentnahme aus den Kapillaren im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik, z. B. Blutdruck-, Puls- und Blutzuckermessung
- » Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern
- » Assistenz beim Anlegen einfacher Verbände, z. B. Pflasterverband, Schlauchverbände
- » Assistenz im Rahmen der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung, z. B. bei Injektionen und Infusionen, Desensibilisierungen, Ohrspülungen, EKG, Sauerstoffsättigung, Spirometrie
- » Durchführung von Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie Assistenz bei der erweiterten Ersten Hilfe

Mögliche Leistungen der Ordinationsassistenz in PVE umfassen u. a. (II. Ordinationsmanagement und Administration):

- » Entgegennahme der Telefonate sowie standardisierte Abfrage hinsichtlich Dringlichkeit und Infektiosität mit entsprechender Reihung
- » Anlegen der Patientenakten
- » versandgerechtes Aufbereiten sowie Versand von Gewebe- bzw. Untersuchungsmaterial, z. B. Blutproben, Gewebe
- » administratives Vorbereiten von z. B. Befunden, Verordnungen, Überweisungen, Rezepten
- » Organisation und Teilnahme an interdisziplinären/multiprofessionellen Team- und Fallbesprechungen
- » Durchführung Bestellwesen sowie Gebarung von Arzneimitteln und Medizinprodukten exkl. Suchtmitteln, z. B. Infusionslösungen, Wundauflagen, Nadeln und Kanülen
- » Wartung des Visiten- und Notfallkoffers
- » Vorbereitung und elektronische Durchführung der Leistungsabrechnung
- » Aufbereitung der Belege und Unterlagen bzgl. Buchhaltung und Personalverrechnung zur Übergabe an die Steuerberaterin/den Steuerberater
- » Durchführen des Terminmanagements sowie Koordination und Organisation der Patientenwege innerhalb sowie außerhalb der Ordination, z. B. Weiterleiten an Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, Organisation eines Transfers
- » Organisation von Gesundheits- und Sozialberufen sowie mobilen Diensten, z. B. mobiles Palliativteam, psychosozialer Dienst
- » Kommunikation mit anderen Dienstleisterinnen/Dienstleistern und elektronische Befundübermittlung
- » Praxishygiene, Reinigung, Desinfektion, Sterilisation und Wartung der Medizinprodukte und sonstiger Geräte und Behelfe sowie Abfallentsorgung

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » Verteilen und Vermittlung von in der Ordination aufliegendem Informationsmaterial zu spezifischen Themen der Gesundheitsförderung, Prävention und Förderung der Gesundheitskompetenz
- » Informieren von Patientinnen/Patienten über Schulungsangebote in der Primärversorgungseinheit
- » Verteilen bzw. Vermittlung von Informationsmaterial zu spezifischen Unterstützungsangeboten in der Region
- » organisatorisches Mitwirken bei Vorsorgeuntersuchungen und Impfprogrammen, z. B. Verwaltung der Erinnerungssysteme
- » Vor- und Nachbereiten patientenbezogener Formulare und ggf. Unterstützung beim Ausfüllen, z. B. Fragebogen zur Vorsorgeuntersuchung

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheitsberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_pdf.pdf
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Ordinationsassistentin,-Ordinationsassistent.html>
- Ordinationsassistent in der Primärversorgung – Berufsgruppen und Kompetenzprofile
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Primarversorgung---Berufsgruppen-und-Kompetenzprofile.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Primarversorgung---Berufsgruppen-und-Kompetenzprofile.html)
- Österreichisches Gesundheitsportal
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/assistent/ordinationsassistent>
- Berufsverband der ArztassistentInnen Österreich (BdA) <https://www.arztassistent.at/>
- Berufsverband der diplomierten medizinisch-technischen Fachkräfte und der medizinischen Assistenzberufe Österreichs (DMTF+MAB – Berufsverband)
<http://www.dmtf-mab.at/verband/>
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG)
- MAB-Ausbildungsverordnung (MAB-AV)

5.2.4.9. Physiotherapie

Kurzbeschreibung Physiotherapie

Physiotherapie zielt auf die Vermeidung von Funktionsstörungen des Bewegungssystems, den Erhalt, die Wiederherstellung, Entwicklung und Verbesserung der natürlichen Bewegungsabläufe sowie auf die Symptomverbesserung, -kontrolle und -begleitung ab, um der Patientin/dem Patienten eine optimale Bewegungs- und Schmerzfreiheit zu ermöglichen. Sie fördert zudem die Bewegungsfähigkeit, Koordination, Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit und optimiert die Körperwahrnehmung sowie körperliche Fähigkeiten. Bewegungsfähigkeit und körperliche Funktionalität sollen in jedem Alter erhalten bzw. bei Einschränkungen wiederhergestellt werden und so eine selbstständige Lebensführung und Lebensqualität bestmöglich unterstützen. Diese Berufsgruppe kann als Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten tätig werden.



Abbildung 33: Elemente des physiotherapeutischen Arbeitsprozesses

Häufige Indikationen für physiotherapeutische Maßnahmen sind u. a.:

- » zentrale Bewegungs- sowie neuromuskuläre Störungen
- » Fehlbildungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, z. B. Skoliose
- » Über- und Fehlbelastungserscheinungen am Bewegungsapparat
- » rheumatische Erkrankungen
- » Störungen des peripheren Nervensystems
- » Störungen des Herz-Kreislauf-Systems
- » Atemfunktions- und weitere Organsystemstörungen
- » Schmerzzustände, Körperwahrnehmungs- und Befindlichkeitsstörungen, die über das Bewegungssystem und durch Körperarbeit beeinflussbar sind, z. B. psychosomatische Belastungsstörung und psychiatrische Erkrankungen
- » Beeinträchtigung der Mobilität, Kraft, Ausdauer, Motorik und Koordination

Mögliche Leistungen der Physiotherapie in der PVE umfassen u. a.:

- » Bewegungstherapie und manuelle Therapie der Gelenke, z. B. zur Schmerzreduktion, Verbesserung der Beweglichkeit
- » individuelle funktions- und situationsorientierte Hilfsmittel-Beratung und Beratung bei notwendigen Anpassungen des Arbeits- und Wohnumfeldes
- » Leistungs-/Funktionstests, z. B. standardisierte kardiale Belastungstests bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (6-min walk test etc.)
- » Bewegungs- und Körperarbeit (Körperwahrnehmungsschulung, Atemübungen, Entspannungsübungen und -techniken, angepasstes Training etc.) mit Individuen und Gruppen
- » Mobilitäts- und Krafttraining, Osteoporoseprävention und -therapie
- » Therapie und Rehabilitation nach Arbeits-, Freizeit- und Sportunfällen, z. B. bei Kapsel- und Bandverletzungen
- » Atemschulung und Sekretmobilisation, z. B. bei Asthma und COPD
- » physikalische Entstauungstherapie inkl. Lymphdrainage
- » Beckenbodentraining bei Inkontinenz
- » Unterstützung des Erhalts elementarer Lebensfunktionen in der Palliativversorgung

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » Bewegungsförderung bei chronischen Erkrankungen, z. B. Diabetes, Asthma, COPD, Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- » Gesundheitsberatung und -erziehung
- » Angebot und Durchführung gesundheits- bzw. bewegungsfördernder Maßnahmen, Projekte im Sinne des Gemeinwesens, z. B. Walking-Gruppe
- » Maßnahmen zur Sturzprävention
- » Betreuung, Schulung und Beratung pflegender An- und Zugehöriger hinsichtlich adäquater, ergonomischer Bewegungsabläufe
- » betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen mit Fokus auf das Bewegungssystem
- » ergonomische Beratung im häuslichen Umfeld und am Arbeitsplatz, Arbeitsplatz-/Tätigkeitsanalyse
- » Rückenschulen, Haltungsprogramme und Bewegungsangebote mit Fokus auf eine physiologische motorische Entwicklung, z. B. in Schulen und Kindergärten

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheitsberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_pdf.pdf
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Physiotherapeutin,-Physiotherapeut.html>
- Österreichisches Gesundheitsportal
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/therapieberatung/physiotherapeut>
- Bundesverband der PhysiotherapeutInnen Österreichs (Physio Austria) <https://www.physioaustria.at/>
- Physiotherapie in der Primärversorgung <https://www.sv-primarversorgung.at/>
<https://www.diehausaezte.at/images/Therapien/Physiotherapie/Physiotherapie.pdf>
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)
- FH-MTD-Ausbildungsverordnung (FH-MTD-AV)

5.2.4.10. Psychotherapie

Kurzbeschreibung Psychotherapie

Psychotherapie ist ein eigenständiges Heilverfahren im Gesundheitsbereich für die Diagnostik und Behandlung von psychischen, psychosozialen oder auch psychosomatisch bedingten Leidenszuständen und krankheitswertigen Störungen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden. Zweck einer Psychotherapie ist es, seelisches Leid zu heilen oder zu lindern, in Lebenskrisen zu helfen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern oder die Reifung, persönliche Entwicklung und Gesundheit zu fördern. Diese Berufsgruppe kann als Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten tätig werden.



Abbildung 34: Prototypischer Ablauf einer Psychotherapie

Häufige Indikationen für psychotherapeutische Maßnahmen sind u. a.:

- » Ängste, die die Lebensqualität einschränken
- » belastende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen
- » somatopsychische und chronische Erkrankungen
- » psychosomatische Erkrankungen
- » belastende Lebenssituationen und Lebenskrisen bzw. Traumata
- » Suchterkrankungen

weitere Indikationen entlang ICD-10-F-Diagnosen, u. a.:

- » organische Störungen einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- » psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- » Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- » affektive Störungen
- » neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- » Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- » Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Mögliche Leistungen der Psychotherapie in PVE umfassen u. a. (Schwerpunkte variieren je nach Problemlage und Psychotherapieverfahren):

- » psychotherapeutische diagnostische Leistungen
- » Unterstützung bei der Bewältigung einer akuten belastenden Umbruchsituation,
z. B. schwere Krankheit, Tod nahestehender Menschen, Arbeitslosigkeit, Trennung, Unfälle, mittels psychotherapeutischer Methoden
- » Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Therapieadhärenz
mittels psychotherapeutischer Methoden
- » Mediation von Konflikten in unterschiedlichen Settings
- » Akutmaßnahmen der Krisenintervention
- » Entlastungsgespräche, z. B. für pflegende Angehörige
- » Aufzeigen möglicher weiterer Behandlungspfade, z. B. psychosoziale Reha

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » Unterstützung bei Persönlichkeitsentfaltung und -entwicklung
- » Anwendung psychotherapeutischer Methoden zur Steigerung von
Selbstwertgefühl und Lebensfreude
- » Coaching, z. B. im beruflichen Umfeld: Reflexion und Erweiterung beruflicher Kompetenzen und
Rollen, Unterstützung bei der Verbesserung des Arbeitsklimas, Unterstützung eines adäquaten
Umgangs mit Stressquellen und Belastungen in der Arbeit, Burn-out-Prävention
- » Psychoedukation für Patientinnen/Patienten und deren An- und Zugehörige

Weiterführende Informationen/Quellen

- Gesundheits- und Sozialberufe in Österreich
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_pdf.pdf
- Sozialministerium – Gesundheitsberufe
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/ Psychotherapeutin,-Psychotherapeut.html>
- Österreichisches Gesundheitsportal
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/therapie-beratung/psychotherapeut>
- „Psychotherapie – Wenn die Seele Hilfe braucht“
<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=563>
- Konzept gesamthafte Lösung psychologische und psychotherapeutische Versorgung https://goeg.at/gesamthafte_Loesung_PSY_PTH
- Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie
Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie – Statistik der Berufsgruppen 1991-2016 (goeg.at)
- Österreichischer Berufsverband für Psychotherapie (ÖBVP) <https://www.psychotherapie.at/>
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>
- Klientinnen-/Klienteninformation „Beipackzettel“ für Ihre Psychotherapie
https://www.diehausaezte.at/images/Therapien/Psychotherapie/Erklaerung_Psychotherapie_Sonja_und_Karin.pdf
- Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz)
- Bundesgesetz über die Niederlassung und die Ausübung des freien Dienstleistungsverkehrs von Psychotherapeuten aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Psychotherapiegesetz)
- Verordnung über Ausgleichsmaßnahmen im Rahmen der Berufsankennung von Psychotherapeuten aus dem Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Psychotherapieverordnung)

4.2.4.11. Sozialarbeit

Kurzbeschreibung Sozialarbeit

Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern können, dabei bindet sie Strukturen ein. Sozialarbeit begegnet Patientinnen/ Patienten im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit und arbeitet methodisch mit Einzelnen, mit Gruppen, mit bzw. in Gemeinwesen und Sozialräumen, setzt dabei auf bestehende Ressourcen und kooperiert laufend mit den verschiedenen Systemebenen. Diese Berufsgruppe kann als Teil des erweiterten Teams in Primärversorgungseinheiten tätig werden.

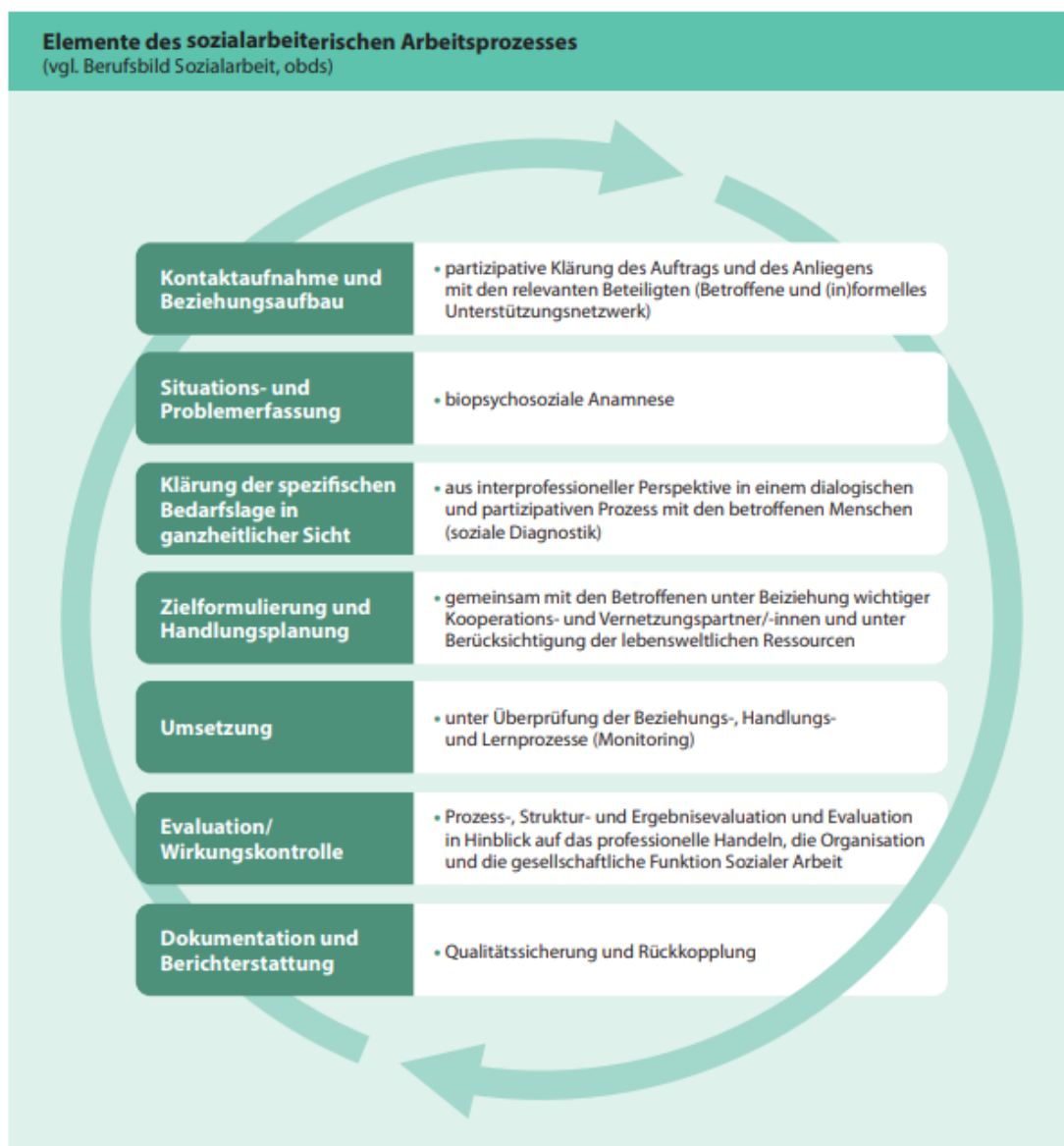


Abbildung 35: Elemente des sozialarbeiterischen Arbeitsprozesses

Elemente des sozialarbeiterischen Arbeitsprozesses (vgl. Berufsbild Sozialarbeit, obds)

Sozialarbeiter/-innen wählen ihre methodischen Zugänge, Vorgehensweisen und Tätigkeiten differenziert, je nach Situation, Sachlage und nach individuellen Gegebenheiten aus berufsspezifischen Tätigkeiten unter Einbeziehung der Betroffenen und nach deren Mandatserteilung. Längere Beratungsprozesse in der Einzelfallhilfe oder Fallbearbeitung im Rahmen von Case-Management laufen häufig prozessual, zirkulär und kooperativ ab und können unter anderem die in Abbildung 31 angeführten Elemente („Elemente des sozialarbeiterischen Arbeitsprozesses“) beinhalten.

Häufige Indikationen für Maßnahmen der Sozialen Arbeit sind u. a.:

- » Bedarf an Information oder Begleitung in Hinblick auf soziale Hilfesysteme bzw. Unterstützungsleistungen
 - und/oder Unterstützung bei der Geltendmachung von Ansprüchen (materielle Grundsicherung), z. B. rechtliche und finanzielle Ansprüche, Beihilfen, Sozialleistungen für Betroffene und Angehörige
- » psychosoziale Krisen, z. B. Arbeitslosigkeit, Krankheit, Überlastungssituationen, Suchterkrankungen, Gewalterfahrungen, nach Unfällen, Trennung, Trauer, finanzielle Problemlagen
- » Schwierigkeiten in Hinblick auf die Wohnsituation oder im sozialen Umfeld, z. B. fehlendes soziales Netzwerk
- » Verlust der Entscheidungsfähigkeit (Indikation einer Erwachsenenvertretung)

Mögliche Leistungen der Sozialarbeit in PVE umfassen u. a.:

- » psychosoziale Betreuung von Patientinnen/Patienten und Betroffenen in Krisensituationen und bei langandauernden Belastungen
- » Erfassung, Coaching, Beratung und Hausbesuche bei Familien und Personen mit hohem psychosozialen Risiko
- » (sozial-)rechtliche Beratung, z. B. Beendigung des Dienstverhältnisses, Überlastungssituationen im beruflichen Kontext, Krankenstand und Urlaub im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit
- » Beratung zu Unterstützung und Betreuung für Personen mit Pflegebedarf (mobile Dienste, Heimaufenthalt, 24-Stunden-Betreuung) und Beratung für Menschen mit Behinderung
- » Unterstützung bei Belastungs- sowie Überlastungssituationen von Menschen mit Pflegeaufgaben unter Einbeziehung des familiären und weiteren sozialen Netzwerks
- » Erkennen von möglichen Kindeswohlgefährdungen und Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe zur Gewährleistung des Kinderschutzes
- » Hilfestellung bei Verwahrlosungstendenzen (Kontaktaufnahme mit Sozialberatungsstellen, Wohnungslosen- und Obdachloseneinrichtungen, Genossenschaften usw.)
- » Beratung bei häuslicher Gewalt
- » Begleitung bei Behördengängen und zu weiterführenden psychosozialen Angeboten (Erstgespräche, Kontaktaufbau)
- » Beratung in Bezug auf Erwerbstätigkeit, z. B. Wiedereinstieg inkl. Teilzeitmöglichkeit, Bildungsteilzeit/-karenz, Pfl egeteilzeit/-karenz, Arbeitsunfähigkeit, zweiter Arbeitsmarkt
- » regionale Vernetzung und ggf. Weitervermittlung von Patientinnen/Patienten an (soziale) Organisationen in der Region

Mögliche Leistungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der Gesundheitskompetenz als wesentliche Basisaufgaben in PVE umfassen u. a.:

- » Mitwirkung an der Identifikation von Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assozierten Risiken zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit und Inklusion
- » Coaching, Beratung und Empowerment bei Lebensstil- bzw. Lebensumfeld-assozierten Risiken, z. B. bei Suchterkrankungen
- » Unterstützung bei Be-/Überlastungssituationen im beruflichen Kontext oder in der Ausbildung, z. B. Burnout-Prävention
- » Information und Hilfestellung zur Beantragung von öffentlichen Unterstützungsleistungen, z. B. Anträge für Reha-/Kur-/Erholungsaufenthalte, Pflegegeld, Unterstützungsfonds, Förderungen und Zuschüsse, sowie von Angeboten durch Institutionen und Einrichtungen, z. B. Frühe Hilfen
- » Unterstützung und Begleitung von Menschen mit Erkrankungen, um Folgeschäden, wie Verlust des Arbeitsplatzes oder der Wohnung, zu vermeiden
- » Planung präventiver und/oder gesundheitsfördernder Maßnahmen und Projekte, z. B. im Gemeinwesen
- » Initiieren und Begleiten von Gruppenangeboten, z. B. Selbsthilfegruppen

Weiterführende Informationen/Quellen

- Internationale Definition Soziale Arbeit
https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/definition_soziale_arbeit_-_obds_final.pdf
- Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Case Management“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa) https://ogsa.at/wp-content/uploads/2020/07/OGSA-Positionspapier-Case-Management_RZ.pdf
- Sozialarbeit in der Primärversorgung
<https://www.diehausaezte.at/images/Therapien/Sozialarbeit/FlyerEnns.pdf>
- Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz (inkl. Gesprächsqualität) in der Primärversorgungseinheit: Info-Mappe
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.746765&version=1619434739>

5.2.5. PVE-Managerin/PVE-Manager

Neben Ärztinnen/Ärzten sowie weiteren Gesundheits- und Sozialberufen kann es, je nach Größe und Bedarf, eine/einen PVE-Managerin/PVE-Manager geben. Die PVE-Managerin/der PVE-Manager unterstützt die Gesellschafterinnen/Gesellschafter im Gründungsprozess und stellt den laufenden Betrieb der PVE durch ein funktionales Management sicher. Die Finanzierung einer PVE-Managerin/eines PVE-Managers ist im Gründungsprozess mit dem jeweiligen zuständigen Finanzierungsträger zu vereinbaren.

Um den PVE-Gründerinnen/-Gründern einen Überblick über die möglichen und erwartbaren Aufgaben von PVE-Managerinnen/PVE-Managern in Primärversorgungseinheiten (PVE) zu geben, wurde basierend auf Erfahrungen aus der PVE-Gründungsinitiative ein Factsheet entwickelt, das eine exemplarische Auswahl wesentlicher Leistungen in den unterschiedlichen Phasen von Erstkonzeption der PVE über Inbetriebnahme bis hin zum laufenden Betrieb, aufzeigt.

Die Informationen sollen einen Einblick in das Tätigkeitsprofil der PVE-Managerinnen/PVE-Manager geben. Es wird dabei nicht der Anspruch erhoben, das Leistungsspektrum von PVE-Managerinnen/PVE-Managern vollumfänglich abzubilden. Andererseits werden auch nicht zwingend alle angeführten Leistungen von der PVE-Managerin/dem PVE-Manager in PVE erbracht. Bei den abgebildeten Leistungen werden zudem keine Aussagen über Abrechnungsmodalitäten in der PVE getroffen. Das konkrete Leistungsspektrum in PVE wird vertraglich mit den Finanzierungsträgern vereinbart.



Webtipp: Auf der Plattform Primärversorgung finden Sie das Factsheet PVE-Managerin / PVE-Manager zum Download: www.primaerversorgung.gv.at

Kurzbeschreibung

Die PVE-Managerin/der PVE-Manager unterstützt im Gründungsprozess und stellt den laufenden Betrieb der PVE durch ein funktionales Management sicher.

Mögliche Leistungen der PVE-Managerin/des PVE-Managers im Rahmen der Gründung bzw. der Startphase der PVE (von der Projektentwicklung bis zum Ende des ersten Quartals in Betrieb)

Schwerpunkt: Projektmanagement in der Gründungsphase

Phase der Vorbereitung und Konzeption

- » Unterstützung u. a. in folgenden Bereichen:
 - » Vorbereitung zu den Verhandlungen mit den SystempartnerInnen
 - » grobe Finanzplanung
 - » Planung der räumlichen und technischen Ausstattung der PVE
 - » Entwicklung des Versorgungskonzeptes (inkl. Aufbau-/Ablauforganisation, Prozessentwicklung PatientInnenmanagement, Leistungsangebot ...)
 - » Vorbereitung der notwendigen Verträge
 - » Organisation von Räumlichkeiten, IT, Infrastruktur
 - » Firmengründung, Vereinsgründung
 - » Finaler Abschluss der Verhandlungen mit den SystempartnerInnen
 - » Bildung des (erweiterten) Teams

Phase der Inbetriebnahme

- » Unterstützung u. a. in folgenden Bereichen:
 - » Beschaffung der Gebrauchs- und Verbrauchsgüter
 - » Vertragsunterzeichnung und behördliche Meldungen
 - » Aufbau und Vorgabe der Aufbau- und Ablauforganisation (u. a. Organigramm, Stellen- und Rollenbeschreibungen, Prozesse, SOPs, Kommunikationsstrukturen)
 - » Personalsuche, -auswahl, -anstellung
 - » Teamaufbau, Einschulung, Diensterteilung
 - » Finanz-, Personal- u. sonst. Administration
 - » Öffentlichkeitsarbeit und Organisation der Eröffnung
 - » Vernetzung mit SystempartnerInnen/anderen PVE
 - » Organisation einer allfälligen Übersiedlung
 - » Gesamte Inbetriebnahme (Koordination der Abläufe, Teamkultur, IT, Website etc.)
 - » Ggf. Einschulung und Übergabe an operatives PVE-Management (PVE-Manager/PVE-Managerin) im laufenden Betrieb der PVE

Mögliche Leistungen der PVE-Managerin/des PVE-Managers im laufenden Betrieb der PVE

Schwerpunkte der Unterstützung liegen in der Koordination und Administration:

- » Durchführung der Finanz- und Budgetplanung und Budgetkontrolle
- » Vorbereitung und elektronische Durchführung der Leistungsabrechnung
- » Laufende Personalplanung
- » Dienstplanführung, -kontrolle und -abrechnung sowie Urlaubsplanung
- » Durchführung der Vorbereitungsarbeiten für Steuerberatung und Personalverrechnung
- » Sicherstellung der Kommunikation mit Steuerberatung
- » Planung, Organisation von Teambesprechungen und aktive Teilnahme an Teambesprechungen sowie Sicherstellung der internen Kommunikation
- » Organisation und Koordination des Bestellwesens und des Facility Managements
- » Organisation der IT
- » Organisation der Kommunikation nach außen (Website, Öffentlichkeitsarbeit etc.)
- » Organisation der Einhaltung rechtlicher Auflagen (Hygiene, Medizinprodukte, Berufsgesetze, Datenschutz etc.) und des Arbeitnehmerinnen-/Arbeitnehmerschutzes
- » Organisation und Koordination der Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
- » Einführung und Sicherstellung eines internen Qualitäts- und Fehlermanagementsystems
- » Weiterentwicklung der Aufbau- und Ablauforganisation (u. a. Organigramm, Stellen- und Rollenbeschreibungen, Prozesse, SOPs, Kommunikationsstrukturen)
- » Vorantreiben der Umsetzung des Versorgungskonzeptes
- » Förderung der aktiven Vernetzung und Anbahnung von Zukunftsprojekten
- » Ansprechpartner für Vertragspartner und Berufsstandesvertretungen
- » Sicherstellung der Umsetzung von Programmen zur Gesundheitsförderung
- » Tätigkeiten als Sicherheitsvertrauensperson und Datenschutzbeauftragte/r

5.2.6. Öffnungszeiten

Zur Verbesserung der zeitlichen Zugänglichkeit haben PVE bedarfsgerechte Öffnungszeiten unter ärztlicher Anwesenheit jedenfalls von Montag bis Freitag, einschließlich der Tagesrandzeiten (z. B. von 7:00 bis 9:00 Uhr früh und von 18:00 bis 21:00 Uhr abends), anzubieten. Unter dem Aspekt der Kundenorientierung ist auch eine Öffnungszeiten an Samstagen in Betracht zu ziehen. Für Akutfälle außerhalb der Öffnungszeiten ist die Erreichbarkeit in Absprache und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und gegebenenfalls unter Einbindung von Bereitschaftsdiensten zu organisieren.

5.2.7. Versorgungskonzept als Grundlage der Leistungserbringung

Mit dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG), das die rechtliche Grundlage für die Primärversorgungseinheiten (PVE) darstellt, wurden einige wesentliche Neuerungen eingeführt. Eine dieser Neuerungen ist das Versorgungskonzept, das eine der Grundlagen für die Arbeit in einer Primärversorgungseinheit darstellt.

5.2.7.1. Was ist ein Versorgungskonzept?

Das Versorgungskonzept stellt die Grundlage für die verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit der an einer Primärversorgungseinheit teilnehmenden Personen dar. Dabei sollen Ziele, Leistungen, Organisationsstruktur und Aufgabenverteilung in einer Primärversorgungseinheit in Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet geregelt werden.

5.2.7.2. Welche Inhalte müssen in einem Versorgungskonzept abgedeckt werden?

In einem Versorgungskonzept müssen einerseits hinsichtlich der Leistungen

- » die Versorgungsziele des Primärversorgungsteams,
- » die Beschreibung des verbindlich zu erbringenden Leistungsspektrums sowie
- » Regelungen zur Sicherstellung der Kontinuität der Betreuung chronisch und multimorbid Erkrankter enthalten sein.

Andererseits sind in Hinblick auf die Organisation der PVE Regelungen

- » zur Aufbau- und Ablauforganisation im Primärversorgungsteam und in der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsbereichen sowie
- » zur Arbeits- und Aufgabenverteilung und
- » zur Zusammenarbeit im Primärversorgungsteam,
- » zur aufeinander abgestimmten zeitlichen Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtlichen Erreichbarkeit, insbesondere bei mehreren Standorten,
- » zum gemeinsamen Auftritt nach außen zu schaffen.

5.2.7.3. Zu welchem Zweck ist ein Versorgungskonzept zu erstellen?

Die Erstellung eines Versorgungskonzepts ist eine Voraussetzung für die Gründung einer Primärversorgungseinheit und soll das zukünftige Primärversorgungsteam dabei unterstützen, sich optimal auf die Anforderungen am geplanten Standort und auf die anstehenden Aufgaben im Primärversorgungsbereich vorzubereiten. Das Versorgungskonzept hilft Ihnen somit dabei, sich vor der Gründung und im Gründungsprozess mit der Organisation und den zu erbringenden Leistungen einer Primärversorgungseinheit auseinanderzusetzen und die regionalen Anforderungen am geplanten Standort bestmöglich zu berücksichtigen. Hierfür stehen Ihnen folgende Dokumente zur Verfügung:

- » ein Musterversorgungskonzept, das die wesentlichen Inhalte der Bereiche Leistungen und Organisation umfasst, sowie ein Manual, das Sie bei der Erstellung des Versorgungskonzepts unterstützt;
- » regionale Versorgungsprofile, die Ihnen ein grundlegendes Bild von dem Einzugsgebiet Ihrer geplanten Primärversorgungseinheit vermitteln, indem sie die dafür wesentlichen Daten (insbesondere demografische, sozioökonomische und epidemiologische Merkmale der Bevölkerung sowie bestehende Anbieterinnen/Anbieter im Gesundheits- und Sozialbereich) für die jeweiligen Einzugsgebiete in praxisorientierter Weise darstellen.



Webtipp: Sie finden ein Musterversorgungskonzept und das dazugehörige Manual zum Download auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at

Es empfiehlt sich somit, ausreichend Zeit für die Entwicklung und Erstellung eines Versorgungskonzepts einzuplanen und dabei Unterstützung durch Expertinnen/Experten in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus ist das Versorgungskonzept auch Auswahlkriterium bei der Invertragnahme.

5.2.7.4. Wie ist bei nachträglichen Änderungen des Versorgungskonzepts vorzugehen?

Kommt es nach positivem Ausgang eines Auswahlverfahrens und Abschluss eines Primärversorgungsvertrages zu Änderungen, ist folgendermaßen vorzugehen: Grundsätzlich sind gemäß § 6 Abs. 2 PrimVG wesentliche Änderungen, die nicht ohnedies vertraglich zu vereinbaren sind, den jeweils zuständigen Krankenversicherungsträgern anzuzeigen.

5.3. Aufbauorganisation

Die Aufbauorganisation unterstützt die Zusammenarbeit in der PVE und deren Steuerung mit dem Fokus, die Ziele der PVE bestmöglich umzusetzen. Bereits im Versorgungskonzept muss sich das Gründungsteam mit diesem Thema auseinandersetzen und erste Überlegungen dazu darlegen. Die praktische Erfahrung zeigt, dass es sinnvoll ist, diesem Thema kontinuierlich Aufmerksamkeit zu schenken. Denn im Gegensatz zu einer Einzelordination arbeiten in einer PVE deutlich mehr Personen, die zudem unterschiedliche professionelle Hintergründe und Kompetenzen haben. Diese höhere Komplexität verlangt ein erhöhtes Maß an Organisation als Basis für eine gute persönliche und professionelle Zusammenarbeit. Klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, die sich auch in den definierten Prozessen (siehe Kapitel 5.3) wiederfinden, wirken dabei unterstützend.

In der Aufbauorganisation werden alle wesentlichen Aufgaben thematisch gebündelt und Hauptverantwortlichen zugeordnet. Gerade in kleineren Unternehmungen werden häufig mehrere Aufgaben in sogenannter Personalunion von einer Person übernommen. Es empfiehlt sich eine klare Definition der Leitungsfunktion einschließlich Benennung der Personen, die diese ausführen.

Zum Spektrum der wahrzunehmenden Leitungsaufgaben zählen üblicherweise:

- » die Festlegung der Arbeitsziele, Aufgaben und Prioritäten des PVE-Teams,
- » die Verteilung der Aufgaben auf die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter,
- » die Sicherstellung des Informationsflusses,
- » die fachliche Anleitung und Aufsicht,
- » die Koordination und Kontrolle der Aufgabenerledigung,
- » die Organisation der Zusammenarbeit in der PVE und mit externen Partnern,
- » die Personalführung
 - » Mitarbeitergespräche führen und Beurteilungen erstellen,
 - » Entwicklung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter fördern (z. B. Fortbildungen veranlassen).

Die Leitungsaufgaben werden zwischen fachlichen und disziplinären Aufgaben unterschieden und müssen nicht zwingend von derselben Person wahrgenommen und verantwortet werden. Beispielsweise könnte die PVE-Managerin/der PVE-Manager die DGKP disziplinär führen, während diese fachlich einer leitenden/einem leitenden DGKP aus dem Team unterstellt sind.

Der Umfang und der Detaillierungsgrad der Aufbauorganisation sind individuell nach Größe und Organisationsform Ihrer PVE anzupassen. Die genannten Beispiele sollen bei Ihren Überlegungen unterstützen, die für Sie passende Ausprägung zu finden.

Der interne Aufbau einer Organisation kann über ein Organigramm veranschaulicht werden, indem definierte Verantwortungsbereiche bestimmten Personen zugewiesen werden. Verantwortlichkeiten, Entscheidungsbefugnisse und -kompetenzen und Zuständigkeiten werden so transparent und übersichtlich dargestellt. Ein Organigramm stellt eine gute Ausgangsbasis für die Aufgabenverteilung in einer Organisation und für die Entwicklung von Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofilen dar.

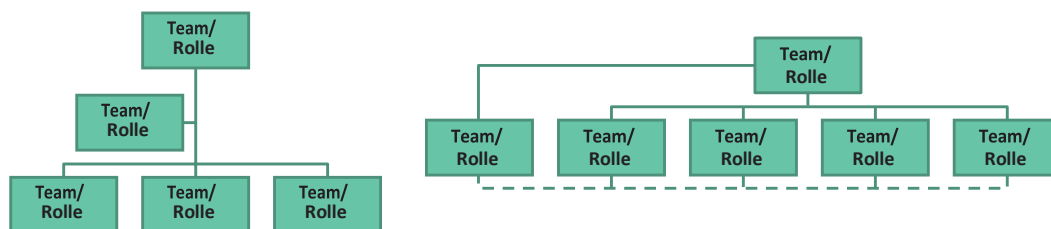


Abbildung 36: Beispiel für Organigramme

Ergänzend zum Organigramm kann als Bindeglied zur Ablauforganisation eine sogenannte DEMI-Matrix entwickelt werden. In dieser Matrix wird beschrieben, welche Rolle für welche Aktivitäten verantwortlich ist, und welche Rollen zu beteiligen sind. So kann man zu einer klaren Beschreibung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten gelangen.

D = Durchführungsverantwortung: Zuständig für die eigentliche Durchführung.

E = Entscheidung: Im Sinne von „Genehmigung“ oder „Unterschrift“. Die Person, die im rechtlichen oder kaufmännischen Sinne die Verantwortung trägt.

M = Mitarbeit: Eine Person, die vielleicht nicht direkt an der Umsetzung beteiligt ist, aber relevante Informationen für die Umsetzung hat und deshalb befragt werden soll oder muss bzw. mitarbeitet.

I = Informationsrecht: Eine Person, die Informationen über den Verlauf bzw. das Ergebnis der Tätigkeit erhält.

In der Regel sollte pro Aufgabe nur eine Person bzw. Rolle durchführungsverantwortlich (D) sein und entscheiden (E) können.

Die Entwicklung einer DEMI-Matrix empfiehlt sich insbesondere für die Steuerungs- und Administrationsaufgaben einer PVE. Dabei handelt es sich z. B. um Dienstplanung, Bestellwesen, Aktualisierung der Website etc. und keine patientenbezogenen Aufgabenfelder.

PVE xy	Ärztinnen/ GesellschafterInnen	PVE-ManagerIn	DGKP	Ordinations- assistentInnen
Dienstplanung	E	D	I	I
Bestellwesen medizinisches Verbrauchsmaterial	I	D, E	M	I
Bestellwesen nicht-medizinisches Verbrauchsmaterial	I	D, E	–	I
Aktualisierung Website	E	D	M	M
...				

Legende:
D = Durchführung
E = Entscheidung
M = Mitarbeit
I = Information

Abbildung 37: Beispiel für DEMI-Matrix

5.3.1. Aufgabenverteilung und Regelung von Kompetenzen

Abgeleitet aus dem Leistungsangebot im Versorgungskonzept, der Aufbauorganisation und entsprechend den berufsrechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere jenen aus

- » § 2 Ärztegesetz
- » §§ 14, 15, 16 GuKG, gehobener Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege
- » § 9 Ordinationsassistenten, MAB-Gesetz
- » MTD-Gesetz

sind die in der PVE zu erbringenden Aufgaben zur Versorgung der Patientinnen und Patienten nach Qualifikationen und Kompetenzen zu definieren und in den jeweiligen Stellenbeschreibungen festzuhalten. Darüber hinaus wird es als wichtig erachtet, die konkrete Ausprägung der Rolle der PVE-Managerin/des PVE-Managers ausgehend von der Aufbauorganisation (z. B. Organigramm) zu definieren. Als Managementaufgaben werden in der Organisationstheorie Planung, Organisation, Steuerung und Kontrolle angeführt.

Ein besonderes Augenmerk ist auf den Zusammenschluss unterschiedlicher Organisationen (z. B. bestehende Einzelordinationen schließen sich zu einer PVE zusammen) zu legen.

Worum geht's?

- » Formalisierung
- » Standardisierung
- » Spezialisierung

Einzelordinationen sind aufgrund der geringen Anzahl an (oft langjährigen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern häufig loser organisiert. Durch die komplexere Organisation einer PVE bekommt Formalisierung einen größeren Stellenwert.

Mit dem Zusammenschluss von mehreren Ordinationen einhergehend, fließen unterschiedliche (bisher gewohnte) Arbeitsweisen und Unternehmenskulturen ein. Die Festlegung einer gemeinsamen Ablauforganisation (Prozesse) ist unabdingbar, eine gewisse Standardisierung somit erforderlich.

In einer Einzelordination sind oft ein bis zwei Personen „für alles“ zuständig. Es wird ein generalistischer Ansatz vertreten. Durch die verschiedenen Rollen in einer PVE und die unterschiedlichen Ausbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können die einzelnen Aufgaben jedoch auf Basis der entsprechenden vorhandenen Kompetenzen und Verantwortungen verteilt werden. Dadurch erfolgt im Rahmen der Aufgabenerbringung eine Fokussierung bzw. Spezialisierung.

Unabhängig davon, ob verschiedene bestehende Teams mit unterschiedlichen Unternehmenskulturen und Arbeitsweisen zu einem gemeinsamen PVE-Team zusammengeführt werden oder ob die PVE gänzlich neu gegründet wird, ist von Beginn an ein besonderes Augenmerk auf Teamentwicklung zu legen.

5.3.1.1. Stellenbeschreibungen, Anforderungsprofile

Die Eigenschaften einer Stelle sind in der Regel in einer Stellenbeschreibung und einem Anforderungsprofil abgebildet. Eine Stellenbeschreibung soll die Stelle neutral – unabhängig von der individuellen Mitarbeiterin/ von dem individuellen Mitarbeiter – beschreiben und die zu erreichenden Ziele bzw. zu erledigenden Aufgaben genau definieren. Dadurch wird einer Stelle Klarheit verschafft. In der Erstellung einer Stellenbeschreibung soll auf Verständlichkeit und Übersichtlichkeit (ca. 2 Seiten) geachtet werden. Individuelle Regelungen für eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter oder individuelle zusätzliche Aufgaben können z. B. als Anhang zur Stellenbeschreibung festgehalten werden. Auf Basis einer Stellenbeschreibung wird das Anforderungsprofil erstellt, welches die für die Stelle erforderlichen Qualifikationen und Fähigkeiten umfasst. Dies wiederum dient als Grundlage für die Personalauswahl.



Webtipp: Sie finden eine beispielhafte Stellenbeschreibung zum Download auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at

5.4. Ablauforganisation

Die Ablauforganisation betrachtet die Durchführung der Aufgaben in der PVE, also welche Leistungen von wem, wann, wie und wo erbracht werden. Dies kann am besten in einer Prozesslandkarte und in Prozessbeschreibungen abgebildet werden. Diese Darstellungen unterstützen bei der reibungslosen Aufgabenerledigung zwischen allen beteiligten Bereichen der PVE.

5.4.1. Prozessmanagement

Das (Geschäfts-)Prozessmanagement fasst planerische, organisatorische und überwachende Maßnahmen zusammen, um die PVE zielgerecht zu steuern. Hierbei werden Aspekte wie Zielsetzungen, Kosten, Zeit, Qualität und Kundenzufriedenheit einbezogen.

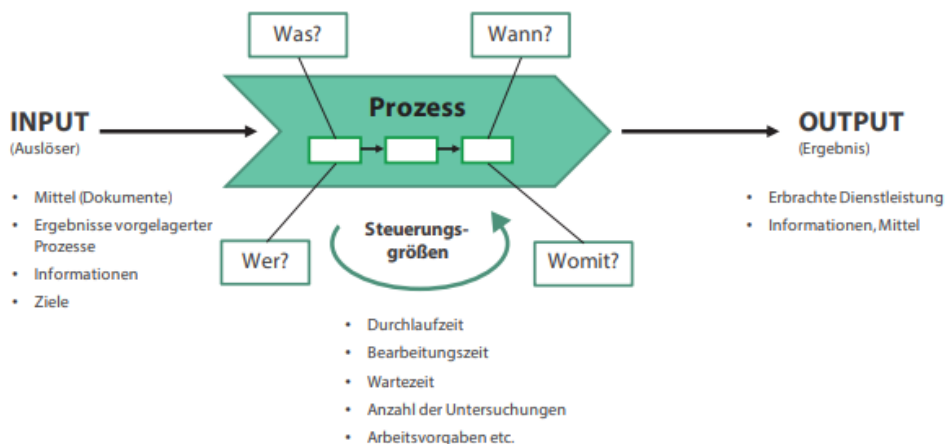


Abbildung 38: Elemente eines Prozesses

Der erste Schritt im Prozessmanagement einer PVE ist die Zusammenstellung aller wesentlichen Abläufe bzw. Prozesse. Diese sind unterschiedlicher Natur und stehen auch in Wechselbeziehungen zueinander. Sie lassen sich grundsätzlich den nachfolgenden Kategorien zuordnen:

- » **Führungs-/Managementprozesse** geben strategische Zielsetzungen vor und setzen Rahmenbedingungen, die sich auf die übrigen Prozesse auswirken. Hierzu gehören z. B. Planung, Steuerung und Qualitätsmanagement.
- » Der Begriff **Kernprozess** beschreibt alle Abläufe, die direkt der Erfüllung der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und damit der Wertschöpfung dienen. In einer PVE ist dies z. B. Patienten Anmeldung, Diagnostik und Therapie, Koordination und Organisation von Folgeterminen u. a.
- » **Unterstützungs-/Supportprozesse** sind Prozesse zur Unterstützung der Kernprozesse, um eine reibungslose Leistungserbringung zu gewährleisten (z. B. Informationstechnik, Reinigung, Buchhaltung etc.). Diese können bei Bedarf auch von außerhalb bezogen werden (z. B. durch eine Reinigungsfirma).

Sind alle wesentlichen Prozesse der Organisation erkannt, werden diese in einer Prozesslandkarte (siehe folgendes Beispiel einer PVE-Prozesslandkarte) festgehalten.

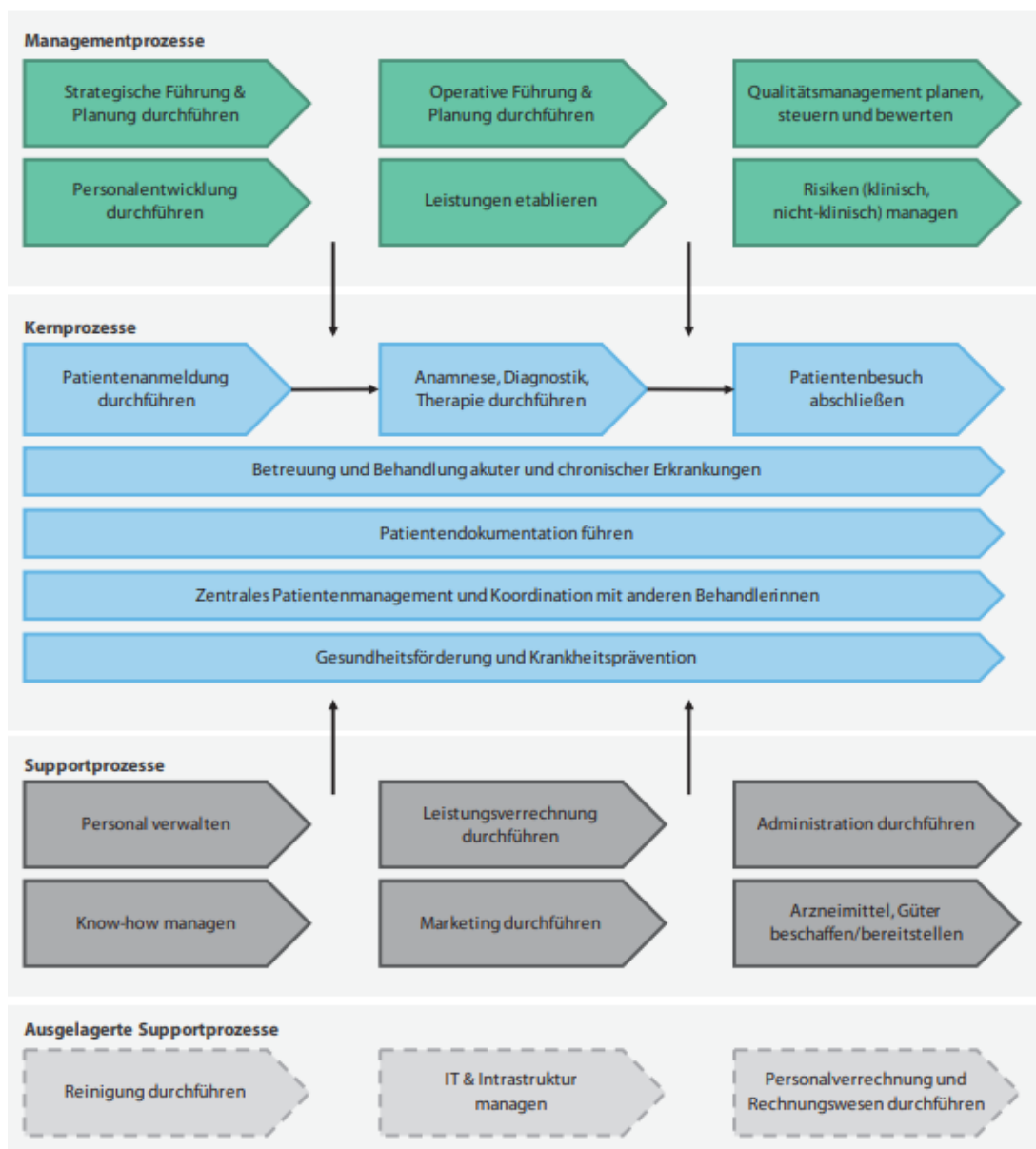


Abbildung 39: Beispielhafte Prozesslandkarte einer PVE

In einem nächsten Schritt werden für die identifizierten Prozesse die jeweiligen notwendigen Aufgaben bzw.

Abläufe in der PVE im Detail erhoben und dokumentiert (Ist-Erhebung). Hierbei können verfügbare allgemein gültige medizinische, pflegerische und therapeutische Standards unterstützen und den Aufwand reduzieren.



Webtipp: Sie finden auf der Plattform Primärversorgung

www.primaerversorgung.gv.at

Informationen und Mustervorlagen:

- » Leitfaden für das Mitarbeitergespräch
- » Überblick über gängige Lernformen am Beispiel

Ordinationsassistenten

» Personalentwicklungsprozess am Beispiel

Ordinationsassistenten

Um die in Ihrer PVE wichtigen Prozesse gut steuern zu können, empfiehlt es sich, Prozessverantwortliche festzulegen. Diese sorgen dafür, dass der jeweilige Prozess wie geplant gelebt wird und auch Verbesserungsmöglichkeiten erkannt und umgesetzt werden. In PVE werden wahrscheinlich viele dieser Aufgaben von den Gründerinnen/Gründern, also der PVE-Leitung, wahrgenommen und untereinander aufgeteilt werden.

5.4.1.1. Prozessoptimierung

Ein wesentlicher Vorteil, alle relevanten Prozesse in der PVE aufbereitet zu haben (Prozesslandkarte, Prozessabläufe), liegt in der Möglichkeit, die Abläufe in der PVE bei Bedarf strukturiert weiterzuentwickeln und damit zu verbessern. Die Prozessoptimierung beginnt mit den Phasen der Ist-Analyse und der Soll-

Konzeption. Im Anschluss daran folgt die Umsetzung, also die tatsächliche Implementierung der optimierten Prozesse im alltäglichen praktischen Betrieb der PVE. Eine nachfolgende Evaluierung zeigt, ob die Zielsetzung tatsächlich erreicht wurde und wo gegebenenfalls weitere Verbesserungspotenziale bestehen.



Webtipp: Sie finden zur Unterstützung in den einzelnen Schritten auf der Plattform

Primärversorgung (www.primaerversorgung.gv.at)

eine Checkliste mit Fragestellungen für die IST-Analyse

5.4.2. Patientenmanagement

Das Patientenmanagement widmet sich der patientenorientierten Planung, Organisation und Steuerung der Abläufe in der PVE. Die wesentlichen Themenstellungen liegen in der Terminvergabe, dem Umgang mit ungeplanten „akuten“ PVE-Konsultationen, den Abläufen rund um die Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung sowie in der Gesamtkoordination mit anderen Behandlerinnen/Behandlern (z. B. Spitäler, Fachärztinnen/Fachärzte), Partnern (z. B. Institute für klinische Laborchemie und bildgebende Verfahren, Apotheke etc.) und Betreuungsteams (z. B. mobile Pflege, Palliativteam etc.). Somit stützt das Patientenmanagement der PVE auch ganz wesentlich die Kontinuität der Versorgung.

Das Patientenmanagement wird vom (Kern-)Team einer PVE gemeinsam durchgeführt und getragen. Voraussetzung für ein funktionierendes zentrales Patientenmanagement ist eine passende EDV-Unterstützung (Terminplanungsprogramm, Dienstplanungsprogramm, elektronische Patientenakte/Patienteninformationssystem/ELGA, Schnittstellen zu externen Partnern etc.). Details dazu finden sie im Kapitel zu den IT-Aspekten.

5.4.2.1. Beispielhafter Ablauf in einer PVE

Der Kernprozess einer PVE beginnt bei der – oftmals telefonischen – Terminvereinbarung bzw. Anmeldung (Erfassung Stammdaten) der Patientin/des Patienten in der PVE. Während elektive Besuche über eine kalendergestützte Planung leicht steuerbar sind, stellen dringliche bzw. nicht geplante Patientinnen/Patienten eine schwerer einzuplanende Größe im Tagesablauf dar.

Im Rahmen der Terminplanung ist auch die Zuteilung der Patientinnen/Patienten zu den Räumen und ggf. spezialisierten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zu berücksichtigen. Eine auf den Dienstplan des PVE-Teams abgestimmte Terminplanung stellt sicher, dass die notwendigen Qualifikationen (z. B. Fachtherapeuten) für die Patientinnen/Patienten tatsächlich verfügbar sind. Bei Überweisungen an externe Partner sind die vereinbarten Öffnungszeiten zu berücksichtigen.

Alle im Prozess einbezogenen PVE-Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie externe Partnerinnen/Partner haben die jeweils notwendigen Informationen zur Verfügung. Bestenfalls wird in einem zentralen, PVE-weit genutzten (elektronischen) Patientenakt der Patientenbesuch (Anamnese, Diagnostik, Therapien etc.) dokumentiert und entsprechend eines festgelegten Benutzer- und Rollenmanagements (siehe Kapitel 7.5) allen Behandlerinnen/Behandlern zur Verfügung gestellt. Alternativ werden die nötigen Informationen mittels Zu- und Überweisungen geteilt. Sind weitere diagnostische bzw. fachärztliche Abklärungen nötig, wird die Kontaktaufnahme bzw. Terminvereinbarung durch die PVE durchgeführt. Dadurch wird sichergestellt, dass der externe Partner bereits vorab über die Patientin/den Patienten und relevante Fragestellungen Bescheid weiß. Sollten Folgetermine in der PVE notwendig sein, werden diese entsprechend geplant und organisiert.

Für eine Qualitätskontrolle kann der Patientin/dem Patienten nach dem Besuch der PVE ein Fragebogen mitgegeben werden. In diesem Fragebogen werden Aspekte der Behandlung sowie auch weitere Aspekte wie Patienteninformation, Kontinuität der Betreuung, Wartezeiten, individuelle Anliegen etc. abgefragt. Diese Fragebögen werden zentral ausgewertet. Ergebnisse werden dem Team als Qualitätsfeedback zurückgemeldet und fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess der PVE ein.

5.4.2.2. Herausforderungen in Krisenzeiten (z. B. Epidemie, Pandemie)

Besondere Herausforderungen ergeben sich im Management von Patientinnen und Patienten im Rahmen von Epidemien und Pandemien. Dazu wäre es hilfreich, entsprechende Informationen und Verhaltensrichtlinien zu entwickeln und zu kommunizieren.

Bereits bei der Anmeldung bedarf es in diesem Fall angepasster Vorgehensweisen. Hier sollten die Patientinnen und Patienten darauf hingewiesen werden, nicht direkt in die PVE zu kommen, sondern bevorzugt telefonisch bzw. virtuell den Erstkontakt aufzunehmen. Im Rahmen dieser Kontaktaufnahme kann gemeinsam mit der Patientin/dem Patienten das geeignete weitere Vorgehen festgelegt werden.

Ist ein persönlicher Besuch in der PVE erforderlich, sollten entsprechende Schutzvorkehrungen getroffen werden. Beispiele hierfür wären das Tragen von Mund- und Nasenschutz, getrennte Eingänge (nach baulicher Gegebenheit), die Vermeidung des allgemeinen Wartebereichs und die direkte Weiterleitung in einen gesonderten Behandlungsbereich. Die Aufenthaltsdauer in der PVE einschließlich der Wartezeiten sollte auf das Notwendigste reduziert werden.



Webtipp: Weitere Informationen am Beispiel COVID-19 finden Sie auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at

5.4.3. Qualitäts- und Risikomanagement (QM/RM)

Der Grundgedanke von QM und RM ist eine für alle im Gesundheitswesen tätigen Menschen selbstverständliche und grundeigene Zielsetzung, nämlich die optimale und sichere Behandlung und Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten. Die strukturierte Auseinandersetzung mit den Themen Qualität und Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen hat über die letzten Jahrzehnte stetig zugenommen. Auch in Österreich beschäftigen sich alle Systempartner (Gesundheitsministerium, Sozialversicherung, Länder, Ärztekammer) mit diesen Inhalten und haben für PVE nutzbare Grundlagen geschaffen. Ziel ist es, die Patientensicherheit und das Outcome von Behandlungen zu verbessern – auch unter Einbezug internationaler Erkenntnisse und „good-practice“-Beispielen.

In Österreich finden sich Rahmen- und Zielvorgaben zur Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen im Gesundheitsqualitätsgesetz¹⁴, in der Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen¹⁵, in der sogenannten 15a-Vereinbarung^{16 17}, im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)¹⁸ sowie in der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie Gruppenpraxen¹⁹. Darüber hinaus wurden Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme erarbeitet²⁰.

In sämtlichen Rechtsgrundlagen wie auch in allen gängigen Qualitätsmanagementsystemen werden im Wesentlichen folgende drei Qualitätsaspekte betrachtet:

- » Strukturqualität (z. B. qualifiziertes Personal, Geräteausstattung etc.)
- » Prozessqualität (z. B. leitlinienkonforme Behandlungsprozesse)
- » Ergebnisqualität (z. B. nosokomiale Infektionen, Heilungsraten, Komplikationsraten, Ergebnisse von Patientinnen-Befragungen etc.)

14 <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883>

15 https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:9d4e86b4-fed4-4528-baa4-7498a8265569/Qualit%C3%A4tsstrategie_%C3%96sterrGW_V2.1_2022_bf.pdf

16 Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20001137>

17 Zielsteuerung Gesundheit:

http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_97/BGBLA_2017_I_97.html

18 https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2017_-_Textband%2C_Stand_01.10.2021.pdf

19 <https://www.aerztekammer.at/rechtsgrundlagen/->

[/asset_publisher/mSoZmBTN2OCC/content/qualitatssicherungsverordnung](#)

20 https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:96d7b82a-8773-4d45-a038-6fc4727bed4a/Mindestanforderungen_QM_Systeme.pdf

Der Leitgedanke bei allen Qualitätsmanagementsystemen ist der sogenannte PDCA-Zyklus. Dieser steht für den Kreislauf von vier Aktivitäten: Plan (Planen), Do (Durchführen), Check (Überprüfen) und Act (Reagieren). Dieses Vorgehen kann Sie bei allen Verbesserungsvorhaben in Ihrer PVE unterstützen.

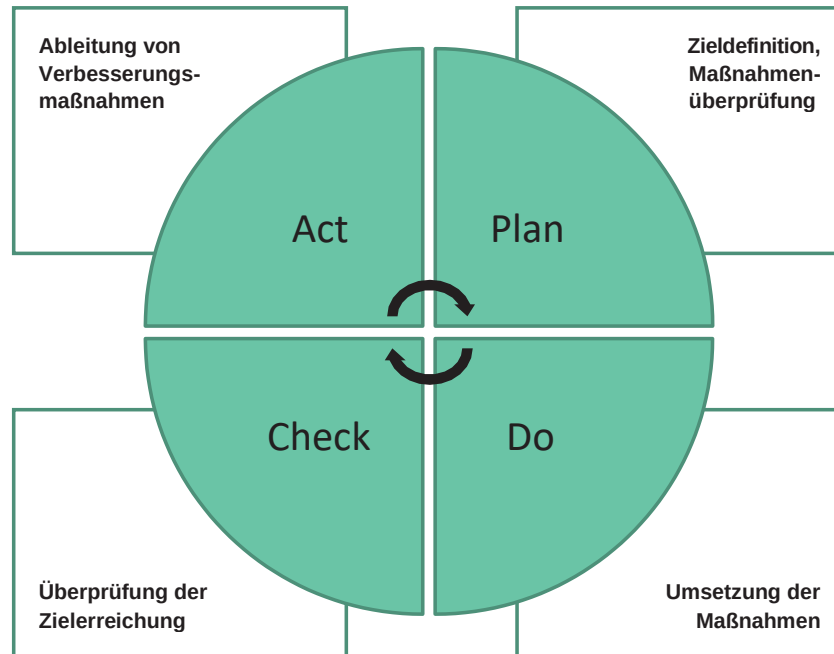


Abbildung 40: PDCA-Zyklus

Ein weiterer grundlegender Ansatz im Qualitäts- und Risikomanagement ist, – bei Auftreten von unerwünschten Ereignissen oder Behandlungsergebnissen – eine systemorientierte Betrachtung der Ursachen an Stelle einer individuellen Fehlersuche durchzuführen. Die Auseinandersetzung mit der Frage „Was (z. B. Abläufe, Strukturen, Kommunikation) hat dazu beigetragen, dass wir nicht das erwünschte Ergebnis erreicht haben?“ schafft deutlich nachhaltigere Lösungen als die Suche nach dem „Schuldigen“ in Person.

Eine wesentliche Stütze im Aufbau eines internen Qualitäts- und Risikomanagements in einer PVE sind die identifizierten Abläufe, wie beim Prozessmanagement beschrieben. Verbunden mit der Erhebung und Analyse von Kennzahlen (siehe Beispiele bei den drei Qualitätsaspekten) sowie Elementen aus dem Risikomanagement, kann sehr gut ein PVE-eigenes funktionales System der Qualitätssicherung und -verbesserung aufgebaut werden. Das klinische Risikomanagement ist ein wichtiger Teil des Qualitätsmanagements. Der Fokus liegt auf medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken. Im Risikomanagementprozess werden Risiken im Rahmen der Patientenversorgung identifiziert, analysiert, bewertet und bewältigt, sprich bestenfalls durch Präventionsmaßnahmen vermieden oder zumindest minimiert.

Periodische Selbstbewertungen, d. h. die PVE-Leitung und/oder beauftragte Teammitglieder überprüfen die eigene Einrichtung zu vorab festgelegten Qualitäts- und Risiko-Themen, helfen dabei, das angestrebte Qualitätsniveau zu halten. Möchte man – auf rein freiwilliger Basis – seinen Qualitätsanspruch und die Erfüllung von Mindestanforderungen auch „nach außen“ (z. B. Bevölkerung und Entscheidungsträger im Einzugsgebiet der PVE) darlegen, bietet sich eine Fremdevaluierung durch Expertinnen und Experten aus dem Themenbereich an.

5.5. Personalmanagement

Im Primärversorgungsvertrag verpflichtet sich die PVE zur Erbringung von Primärversorgungsleistungen in einem bestimmten Ausmaß. Um dieses Leistungsspektrum erfüllen zu können, benötigt eine PVE auch ausreichend Personal. Um die Mitarbeit des Personals in der PVE zu regeln, steht ein breites Spektrum an arbeitsrechtlichen Verträgen zur Verfügung (siehe Kapitel 4.4).

5.5.1. Personalbedarfsplanung

Mit der Personalbedarfsplanung wird eruiert, wie viele Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit welcher Qualifikation zu welcher Zeit und an welchem Ort benötigt werden, um das Leistungsspektrum bewältigen zu können.

Der Personalbedarf wird primär vom entwickelten Versorgungskonzept bestimmt. Grundlage dafür ist der identifizierte regionale Bedarf, z. B. ob im Einzugsgebiet ein überdurchschnittlicher Anteil an Kindern gegeben ist, ob ein Alten- und Pflegeheim in der Nähe ist, ob ein hoher Anteil an sozial schwächeren Personen dort lebt und ob u. U. ein spezifisches Angebot (z. B. Ergotherapie für Schlaganfall-Patienten) benötigt wird. Es muss somit feststehen, welche Aufgaben zu erledigen sind und welche qualitativen und quantitativen Voraussetzungen für die Erfüllung dieser Aufgaben erforderlich sind. Bei der Personalbedarfsplanung wird unterschieden zwischen:

- » qualitativer Personalbedarfsermittlung (legt ein Qualifikationsprofil für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zur Deckung des Kompetenzbedarfs fest) und
- » quantitativer Personalbedarfsermittlung (legt ein Mengengerüst an Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zur Deckung des kurz-, mittel- und langfristigen Kapazitätsbedarfs fest).

Bei der qualitativen Personalbedarfsermittlung steht die Definition der Arbeitsaufgabe im Vordergrund. Durch die Bestimmung von Art und Umfang der Tätigkeiten ergeben sich die fachlichen, körperlichen und geistigen Anforderungen an das Personal, die in den jeweiligen Anforderungsprofilen und Stellenbeschreibungen festgehalten werden.

Bei der quantitativen Personalbedarfsermittlung wird bestimmt, wie viele Personen für die Erfüllung eines geplanten Leistungsspektrums in einem definierten Zeitraum benötigt werden und ob über das Kernteam hinaus weitere Berufsgruppen im Primärversorgungsteam angestellt werden.

Exkurs: Bei der Rechtsform der Gruppenpraxen-GmbH oder -OG gilt es zu beachten, dass eine Anstellung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe nur in einem begrenzten Ausmaß zulässig ist. Die Grenze der Zulässigkeit soll dort liegen, wo die Regelung in einer Anstaltsordnung erforderlich wird. Nach den Bestimmungen des ÄrzteG wird bei einem Übersteigen des Verhältnisses zwischen den Gesellschaftern und den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe (VZÄ) – ausgenommen Ordinationsassistenten – von 1:5 oder bei einem Übersteigen von 30 angestellten (VZÄ) Angehörigen anderer Gesundheitsberufe das Vorliegen eines selbstständigen Ambulatoriums vermutet.

5.5.2. Personalauswahl

Die Personalauswahl orientiert sich an den Anforderungen des Leistungsspektrums der PVE und somit an der erfolgten Definition des Personalbedarfs. Der Aufbau von geeigneten Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern ist ein wesentlicher und erfolgskritischer Aspekt für eine PVE. Nehmen Sie sich daher die entsprechende Zeit für diese Aufgabe. Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sind dafür verantwortlich, dass die Arbeit gut und richtig erledigt wird. Darüber hinaus bestimmen deren fachliche und soziale Kompetenzen, ob sich der Gesundheitszustand von Patientinnen/Patienten bessert („Outcome“), ob Patientinnen/Patienten sich gut betreut fühlen, wiederkommen und entsprechende Weiterempfehlungen tätigen.

In der Regel umfasst der Prozess der Personalsuche und -auswahl folgende 10 Schritte:

1. Personalbedarf klären und festlegen
2. Konkrete Anforderungsprofile inkl. Angebot und Rahmenbedingungen erstellen
3. Suchweg festlegen
4. Inserat erstellen
5. Bewerbungsunterlagen sichten
6. Kontaktaufnahme durchführen
7. Persönliche Gespräche führen
8. Entscheidung treffen
9. Personaladministration durchführen
10. Einstellung und Einführung durchführen



Webtipp: Sie finden auf der Plattform Primärversorgung (www.primaerversorgung.gv.at) im Downloadbereich folgende vertiefende Informationen und Mustervorlagen:

- » Checkliste 10 Schritte der Personalauswahl und -suche
- » Mustervorlage für ein Anforderungsprofil Ordinationsassistenten
- » Mustervorlage für ein Anforderungsprofil DGKP
- » Muster-Interviewleitfaden für ein Bewerbungsgespräch
- » Einarbeitungsplan für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter am Beispiel DGKP

5.5.3. Personaleinsatzplanung

Die Aufgabe der Personaleinsatzplanung ist die Besetzung eines Arbeitsplatzes mit einem bestimmten Anforderungsprofil durch eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter, dessen Fähigkeitsprofil diesen Anforderungen entspricht. Die Kernfrage in der Personaleinsatzplanung ist somit: Welche Berufsgruppe (ggf. mit welcher Qualifikation/Kompetenz) brauche ich an welchem Tag zu welcher Uhrzeit in welcher Anzahl? Damit werden die personelle Abdeckung während den Öffnungszeiten und die kontinuierliche Versorgung im Sinne des Patientenmanagements sichergestellt. Grundsätzlich hat sich die Personaleinsatzplanung an den Leistungsfällen und an einem auslastungsgerechten Arbeitseinsatz zu orientieren. Um die Attraktivität des Arbeitsplatzes zu erhöhen, soll im Rahmen der Personaleinsatzplanung auf eine ausgewogene Work-Life-Balance und eine dementsprechende Flexibilität geachtet werden. Nicht produktive Leerzeiten sind in der Personaleinsatzplanung generell zu vermeiden. Bei der operativen Gestaltung von Dienstplänen sind darüber hinaus arbeits- und sozialrechtliche sowie berufsrechtliche Bestimmungen zu berücksichtigen. Dazu zählen insbesondere:

- » Arbeitszeitgesetz
- » Arbeitsruhegesetz
- » Urlaubsgesetz
- » Arbeitnehmerschutzgesetz
- » Arbeitskräfteüberlassungsgesetz
- » Ärztegesetz
- » Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
- » Medizinische Assistenzberufe Gesetz

Die Erstellung der Dienstpläne soll für einen Monat im Voraus multiprofessionell erfolgen. Es empfiehlt sich, den Personaleinsatz durch eine Person zentral planen zu lassen. Zeitliche Interessen der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sind nach Maßgabe des Betriebes in der Planung zu berücksichtigen (z. B. durch das Auflegen eines Freiwunsch-Heftes). Für die Dienstenteilung empfiehlt sich, je Berufsgruppe/Qualifikation standardisierte Dienstformen zu definieren, beispielsweise:

A1 = Ärztin/Arzt lang von 07:00 bis 12:00 Uhr und von 13:00 bis 18 Uhr

P2 = DGKP spät von 13:00 bis 20:00 Uhr

O3 = Ordinationsassistenz früh von 07:00 bis 13:00 Uhr.

Die Dienstplanung kann handschriftlich oder empfohlenerweise mit Unterstützung passender Software erfolgen. Diese soll jedenfalls über eine Schnittstelle zu den Personalstammdaten und in weiterer Folge zur Personalverrechnung verfügen. Für die Anbieterauswahl sind vorab die Anforderungen an das Programm zu spezifizieren, wie Anzahl und Ausgestaltung der Dienstformen, arbeitszeitrechtliche Aspekte, Mindestbesetzungen, abrechnungsrelevante Anforderungen etc.

5.5.4. Personalentwicklung

Wurden die ausgewählten Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter eingestellt, gilt es, die optimale Zusammenarbeit im Team zu sichern, gute Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter im Team zu halten und gleichzeitig notwendige Weiterentwicklungen von Qualifikationen zu planen und die Umsetzung sicherzustellen. Diese Themen werden mit dem Begriff Personalentwicklung zusammengefasst und liegen in der Verantwortung der Führungskräfte.

Abgeleitet vom aktuellen und geplanten Leistungsangebot der PVE sowie den budgetären Mitteln muss festgelegt werden, in welche Richtung sich einzelne Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter entwickeln sollen. Die zentralen Fragen dabei sind:

- » Welche Leistungen soll die PVE in den kommenden 2 Jahren erbringen und welche Qualifikationen benötigen Sie dafür?
- » Wie viele Personen benötigen welche Skills?
- » Über welche Qualifikationen verfügt Ihr aktuelles Team und nutzen Sie diese bereits optimal aus?

Dabei sind nicht nur fachliche Qualifikationen, sondern auch fachübergreifende Skills, wie z. B. Serviceorientierung gegenüber den Patientinnen/Patienten, zu berücksichtigen. Sobald das Qualifikationsportfolio und das Delta zum aktuellen Stand bestimmt wurden, ist entlang eines Zeitstrahls festzulegen, wann genau welche Skills vorhanden sein müssen und welche zeitlichen und finanziellen Ressourcen dazu erforderlich sind.

Wichtige Nebenbedingungen der Personalentwicklung sind gesetzlich vorgeschriebene Weiterbildungen sowie im Arbeitsalltag festgestellte Defizite, die ausgeglichen werden müssen, bzw. gezeigte Stärken einzelner Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, die weiter ausgebaut werden sollten. Dabei gilt es, die Bedürfnisse und Notwendigkeiten im Sinne des Unternehmens, wie spezifische Arbeitsschwerpunkte, Qualifikationsansprüche, Grundhaltungen im Umgang mit Patientinnen/Patienten, und die Bedürfnisse und Ansprüche der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, wie spezifische Interessenschwerpunkte, Arbeitszeitrestriktionen, Entwicklungsvorstellungen, Arbeitszeitmodelle und persönliche Stärken und Schwächen, mit zeitlichen und finanziellen Ressourcen unter einen Hut zu bekommen.

Wichtiger Input hierfür ist ein laufender, offener Austausch darüber, wie beide Seiten (Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber und Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter) die aktuelle Situation wahrnehmen (z. B. Zufriedenheit mit der Arbeit, Feedback zur Leistung, Feedback zur Zusammenarbeit im Team etc.) und auch welche Themenstellungen sich für die Zukunft ergeben (z. B. Veränderungen in Arbeitsschwerpunkt, Arbeitszeit, angestrebte oder notwendige Ausbildungen, erwartete Änderungen im Verhalten, z. B. gegenüber den Patientinnen/Patienten oder innerhalb des Teams).

Für das Team ist zu kommunizieren, in welchem Rahmen und in welcher Form Feedback gegeben wird (unmittelbar, direkt, verhaltensbezogen, wertschätzend etc.). Zentrale Elemente für Austausch und Feedback sind regelmäßig stattfindende persönliche Gespräche, Teambesprechungen und strukturierte Mitarbeitergespräche. Für die Settings Teambesprechung und Mitarbeitergespräche gilt es festzulegen, was genau besprochen wird, wer diese Gespräche leitet und wer dafür sorgt, dass getroffene Vereinbarungen umgesetzt werden.

Weiterbildung ist grundsätzlich eine geteilte Verantwortung zwischen Führungskraft und Mitarbeiterin/Mitarbeiter. So muss geklärt werden, wann Weiterbildung stattfindet (während der Arbeitszeit oder in der Freizeit), wer gegebenenfalls Vertretungen in der Dienstzeit übernehmen kann und wer für die Weiterbildung bezahlt (ev. auch mit Rückzahlungsvereinbarungen im Falle einer Auflösung des Dienstverhältnisses).

Grundsätzlich gibt es viele Lernformen, die nicht unbedingt mit finanziellen Mitteln verbunden sein müssen. Investment von Zeit ist in jedem Fall nötig. Gewöhnlich findet das Lernen zu 90% informell – über Erfahrungs- und soziales Lernen – statt.

5.6. Ausbildung

PVE können als lehrende Organisationen die Möglichkeit für Ausbildungen und Praktika anbieten. Insbesondere gilt dies für Mediziner im Rahmen der Lehrpraxis. Dazu ist im Gesamtvertrag festgehalten, dass jede PVE die erforderlichen Voraussetzungen für eine Lehrpraxis zu erfüllen und ggf. zumindest einen Ausbildungsplatz zur Verfügung zu halten hat. Für die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in Ausbildung gilt die in der PVE etablierte Aufbau- und Ablauforganisation.

5.7. Außenauftritt

Um nach außen als Einheit aufzutreten, als solche wahrgenommen zu werden und dementsprechend Bekanntheit zu erlangen, empfehlen sich die Gestaltung eines Logos, Geschäftsdrucksorten, die Entwicklung eines Marketing- und Kommunikationskonzepts und einer kundenorientierten Homepage. Für eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung sollten Expertinnen/Experten aus dem Bereich Marketing/PR bzw. Grafikagenturen hinzugezogen werden. Bezüglich Bezeichnung der PVE sowie Werbung und Vorgaben zur Anbringung von Schildern verweisen wir auf die rechtlichen Aspekte (siehe Kapitel 4.6.5).

Webtipp: Zur einfacheren Gestaltung Ihres professionellen Webauftritts finden Sie im Download- Bereich auf www.primaerversorgung.gv.at eine Vorlage für eine Muster-Website. Auf Basis dieses Templates können Sie die finalen Inhalte an das Angebot und die Anforderungen Ihrer PVE anpassen.

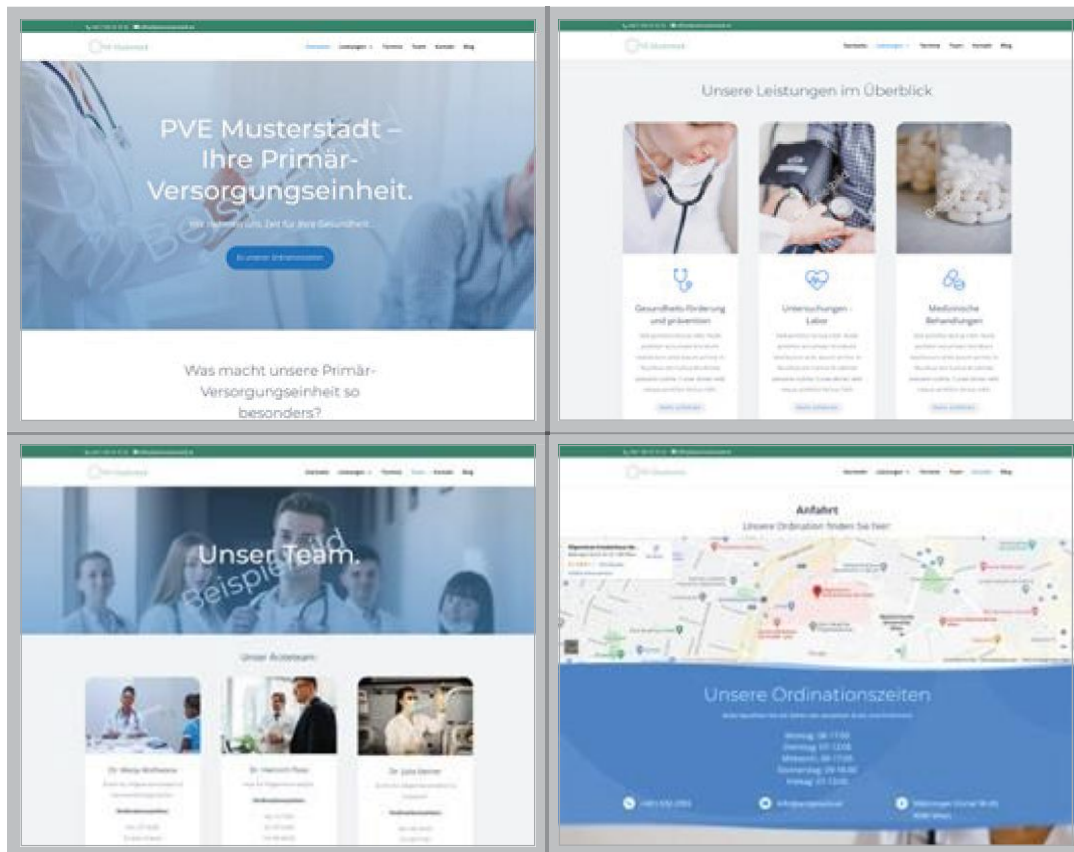


Abbildung 41: Einige Seiten des Website-Templates



—
Standortwahl
und Raumbedarf
—

6. Standortwahl und Raumbedarf

6.1. Einleitung

Ziel dieses Kapitels ist es, die Gründerinnen/Gründer einer Primärversorgungseinheit bestmöglich bei der Standortwahl und der Abschätzung des Raum- und Ausstattungsbedarfs zu unterstützen.

Für die Wahl eines geeigneten Standorts sind in erster Linie die Planungsvorgaben im RSG bzw. die Konkretisierung im Stellenplan von Bedeutung. Das genaue Auswahlverfahren ist in §§ 14 ff PrimVG beschrieben. Des Weiteren orientiert sich die Auswahl eines geeigneten Standorts an der gewählten Organisationsform und an den Rahmenbedingungen sowie an den Anforderungen an die PVE und das erforderliche Leistungsspektrum, die dem Auswahlverfahren zugrunde liegen und im Versorgungskonzept zu beschreiben sind. Ebenso sind spezifische Standortkriterien relevant, die in diesem Kapitel näher beschrieben werden. Der Raumbedarf ist von der gewählten Organisationsform und insbesondere von der Personalausstattung der Primärversorgungseinheit abhängig.

6.2. Akteurinnen/Akteure im Umfeld der Errichtung und des Betriebs von Primärversorgungseinheiten

Zum besseren Verständnis finden Sie einleitend eine kurze Beschreibung der unterschiedlichen Akteurinnen/Akteure, die bei der Gründung und dem Betrieb einer PVE eine Rolle spielen. Als Akteurinnen/Akteure im Sinne der Projektmanagementnorm DIN 69901-5 werden alle Projektteilnehmerinnen/Projektteilnehmer und -betroffenen, deren Interessen durch den Verlauf oder durch das Ergebnis des Projekts direkt oder indirekt berührt sind, bezeichnet.

Die relevanten Akteurinnen/Akteure lassen sich fünf unterschiedlichen Gruppen zuordnen.

- » PVE-Gründer/-Betreiber (als Mieter oder Eigentümer der Liegenschaft)
- » Akteurinnen/Akteure im Bereich der Immobilienwirtschaft (Projektentwickler und Investoren)
- » Akteurinnen/Akteure im Bereich der Bauwirtschaft (Bauunternehmen, Fachunternehmen/-planer, Lieferanten, Architekten etc.)
- » Dienstleister im Lebenszyklus einer Liegenschaft (Makler, Juristen, Projektmanager, Facility Manager etc.)
- » Sonstige Akteurinnen/Akteure (Gemeinden, Länder, Sozialversicherung, Patientinnen/Patienten, Kooperationspartnerinnen/Kooperationspartner, Nachbarinnen/Nachbarn, Allgemeine Öffentlichkeit, Medien, Politik etc.)

6.2.1. Gründung/Betrieb einer Primärversorgungseinheit

Die Gründerin/Betreiberin/der Gründer/Betreiber einer PVE kann entweder Räumlichkeiten gegen ein Entgelt mieten oder selbst als Eigentümerin/Eigentümer welche errichten bzw. betreiben, um die geplanten Leistungen erbringen zu können. Folgende Ziele stehen in diesem Zusammenhang dabei im Vordergrund:

- » Ausreichender Raum- und Flächenbedarf für die Erbringung des geplanten Leistungsangebots und ggf. die spätere Möglichkeit einer Vergrößerung vorsehen
- » Raumanordnung entspricht den betriebsorganisatorischen Abläufen
- » Gute verkehrstechnische Erreichbarkeit (Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr und ausreichend Parkplätze für den Individualverkehr)
- » Attraktive Lage innerhalb der Gemeinde
- » Barrierefreiheit
- » Möglichst niedrige Nutzungskosten
- » Nachhaltige und energieeffiziente Bauweise

Die Gründerin/Betreiberin/der Gründer/Betreiber kann zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Rollen in den Lebenszyklus einer Immobilie eintreten. Zu Beginn in der Initiierungs- und Projektentwicklungsphase oder durch die strategische Entscheidung als Investorin/Investor und Auftraggeberin/Auftraggeber, zu einem späteren Zeitpunkt während der Entwicklung, Planung, Realisierung oder sogar erst während der Nutzung über einen Mietvertrag. Je früher man in den Lebenszyklus eintritt, desto besser kann man die Planung beeinflussen und die Räumlichkeiten entsprechend seinen Anforderungen mitgestalten.

6.2.2. Akteurinnen/Akteure im Bereich der Immobilienwirtschaft

Die Projektentwicklerin/der Projektentwickler ist von der Begleitung einer Projektidee bis hin zur Realisierung in den Lebenszyklus einer Immobilie eingebunden. Sie/er trägt in Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteurinnen/Akteuren der Bauwirtschaft die Verantwortung für Entwicklung, Planung, Realisierung und Vermarktung des Projektes am Vermietungs- als auch am Investorenmarkt. Nach einer erfolgten Vermietung oder einem Verkauf der realisierten Immobilie endet das Engagement der Projektentwicklerin/des Projektentwicklers.

Zu Investorinnen/Investoren zählen Akteurinnen/Akteure, die das Kapital für die Immobilieninvestition aus eigenen Mitteln oder aus Fremdmitteln zur Verfügung stellen. Als mögliche Motive für das Investment sind entweder die Eigennutzung als Gründerin/Gründer oder Betreiberin/Betreiber oder die Nutzung der Immobilie als Anlageobjekt im Rahmen einer definierten Anlagestrategie (z. B. Investmentfonds, Banken) zu nennen.

6.2.3. Akteurinnen/Akteure im Bereich der Bauwirtschaft

Akteurinnen/Akteure im Bereich der Bauwirtschaft erbringen Leistungen im Zuge der Planung bzw. Realisierung von Bauprojekten. Architektinnen/Architekten sind oft bei Bauprojekten die ersten Kontaktpersonen. Sie können ab der Initiierung mit der Konzeption, dem Entwurf und anschließend der Ausführungsplanung beauftragt werden.

Architektinnen/Architekten übernehmen einerseits selbst die Rolle als Planerin/Planer und andererseits bei einzelnen Fachplanerinnen/Fachplanern die Rolle als Koordinatorinnen/Koordinatoren. Wird eine Architektin/ein Architekt für alle Planungsleistungen beauftragt, übernimmt sie/er die Rolle als Generalplanerin/Generalplaner. Nach Abschluss der Planung können Architektinnen/Architekten bei weiteren Schritten wie z. B. bei der Vorbereitung und Mitwirkung der Vergabe, der Bauüberwachung bzw. Bauleitung mitwirken.

Die Fachplanerinnen/Fachplaner erbringen Planungsleistungen für einen speziellen Bereich. Sie haben keine Verantwortung im Sinne einer Generalplanung. Folgende Bereiche werden oft an Fachplanerin/Fachplaner vergeben: Tragwerksplanung, Technische Gebäudeausrüstung (wie Abwasser-, Wasser- und Gasanlagen, Wärmeversorgungsanlagen, lufttechnische Anlagen, Starkstromanlagen, fernmelde- und informationstechnische Anlagen), Bauphysik, Baugrundgutachten und Landschaftsplanung.

Das Bauunternehmen wird von einer Investorin/einem Investor oder einer Projektentwicklerin/einem Projektentwickler beauftragt und verantwortet die Realisierung des Bauprojektes. Die Erbringung der Leistung kann in Eigenleistung oder durch Weitervergabe an Subunternehmen erfolgen.

6.2.4. Dienstleistungen im Lebenszyklus einer Liegenschaft

Die Gründerin/Betreiberin/der Gründer/Betreiber, Projektentwicklerin/Projektentwickler oder Investorin/ Investor einer PVE kann während der Planung und Realisierung des Bauvorhabens eine Projektmanagerin/einen Projektmanager beziehen. Diese/dieser ist meist für die Qualitätssicherung und Kontrolle von Kosten und Terminen verantwortlich. Der Leistungsumfang kann je nach Bauvorhabengröße variieren.

Maklerinnen/Makler übernehmen die Rolle der Mittlerin/des Mittlers zwischen Projektentwicklern, Investoren und den Gründerinnen/Betreiberinnen/Gründern/Betreibern bei Veräußerungen bzw. Vermietungen von Liegenschaften.

Das Facility Management ist für das technische und infrastrukturelle Gebäudemanagement verantwortlich. Weitere mögliche Dienstleistungen im Zusammenhang mit Immobilien können Juristinnen/Juristen bei Vertragsverhandlungen oder Banken/Kreditinstitute bei der Bereitstellung von Fremdkapital sein.

6.3. Prozess und Standortkriterien für die Standortwahl

6.3.1. Prozess der Standortwahl

Der Prozess der Standortwahl beginnt mit dem Vorhaben, eine PVE gründen zu wollen und dem im RSG bzw. Stellenplan festgelegten Bedarf (Planungsvorgaben). Die Entscheidung kann somit einerseits eher wohnortgetrieben („ich will in der Nähe meines Wohnorts eine PVE gründen“) und andererseits eher bedarfsorientiert („ich will dort, wo ein besonderer Bedarf gegeben ist, eine PVE gründen“) sein.

Nach der erfolgreichen Bewerbung für eine ausgeschriebene PVE-Stelle beginnt die tatsächliche Standortwahl. Relevante Anforderungen an den Standort ergeben sich jedenfalls durch die Wahl der Organisationsform (PVZ oder PVN) und aus den Anforderungen an die PVE selbst und dem erforderlichen Leistungsumfang.

Der erforderliche Raumbedarf ist ausschlaggebend für die Größe eines geeigneten Standorts und lässt sich anhand des Leistungsangebots aus dem Versorgungskonzept und der daraus resultierenden Personalausstattung ableiten. Im Anschluss können auf Basis von individuell festgelegten Standortkriterien unterschiedliche infrage kommende Standorte ausgewählt werden. Diese Standortkriterien können gleichzeitig als Bewertungssystem für die Standort-Entscheidung herangezogen werden.

In der folgenden Abbildung ist ein idealtypischer Prozess der Standortwahl schrittweise dargestellt und nachfolgend beschrieben.



Abbildung 42: Idealtypischer Prozess für Standortwahl

Basis für eine Standortwahl sind die Planungsvorgaben lt. RSG und der dort definierte Bedarf für eine PVE in einer bestimmten Region sowie die Festlegung im Stellenplan. Nach der erfolgreichen Bewerbung für eine ausgeschriebene PVE-Stelle beginnt die tatsächliche Standortbestimmung.

1. Der Prozess startet mit der Definition des Projektvorhabens und der gleichzeitigen Festlegung, ob die PVE als Zentrum oder Netzwerk geführt wird (siehe auch Kapitel 5.2.1).
2. Anschließend sind Standortkriterien für den Makrostandort der geplanten PVE zu definieren und ggf. zu gewichten. Die Auswahl und insbesondere die Gewichtung der Kriterien ist von Projekt zu Projekt unterschiedlich und individuell festzulegen. Sie finden mögliche Standortkriterien auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at.
3. In einem nächsten Schritt sollen die Projektrahmenbedingungen mit dem Versorgungskonzept abgeglichen und vertieft werden. Im Versorgungskonzept sind Ziele, Leistungen und Organisationsstruktur in einer PVE im Hinblick auf die Versorgung der Bevölkerung in einem definierten Einzugsgebiet geregelt (siehe Kapitel 5.2.7.). Darauf aufbauend wird auf Basis der ausgewählten und bewerteten Standortkriterien ein Makrostandort im Sinne einer bestimmten Region für ein PVN oder einer konkreten Gemeinde für ein PVZ festgelegt.
4. Abgeleitet vom Versorgungskonzept und dem daraus resultierenden Personalbedarf für die PVE wird der erforderliche Flächen- und Raumbedarf ermittelt. Aus dem Ergebnis des Flächen- und Raumbedarfs kann eine Mindestgröße von potenziellen Grundstücken oder Liegenschaften abgeleitet werden.
5. In einem weiteren Schritt müssen auf Basis der vorhandenen Rahmenbedingungen Grundsatzentscheidungen für die Standortsuche getroffen werden. Die Gründerin/der Gründer muss darüber entscheiden, ob die PVE „auf der grünen Wiese“ neu errichtet oder bereits bestehende Räumlichkeiten genutzt und ggf. umgebaut werden sollen. Weiters muss die Entscheidung getroffen werden, ob die geplante Liegenschaft gekauft oder gemietet werden soll. Auf Basis der getroffenen Entscheidungen ergeben sich die grundlegenden Auswahl- bzw. Ausschlusskriterien für die möglichen Mikrostandorte innerhalb der Region bzw. Gemeinde.
6. Um den konkreten Standort der PVE auswählen zu können, werden die Standortkriterien erneut herangezogen und die Dimension und Gewichtung an die Mikrostandort-Auswahl angepasst.
7. Anschließend können geeignete Standorte ausgewählt und im Rahmen einer Besichtigung auf Basis der Standortkriterien bewertet werden. Die Standortsuche kann durch Herbeiziehen einer Maklerin/ eines Maklers oder Kontaktaufnahme mit der jeweiligen Gemeinde unterstützt werden.
8. Nach den erfolgten Besichtigungen und den Bewertungsergebnissen der Standortkriterien kann die Gründerin/der Gründer die Entscheidung über den tatsächlichen PVE-Standort (Objektstandort) treffen und den Prozess der Standortwahl abschließen.

6.4. Ermittlung des Flächen- und Raumbedarfs für ausgewählte Typen von Primärversorgungseinheiten²¹

Größe und Leistungsangebot eines Primärversorgungszentrums (PVZ) oder eines Primärversorgungsnetzwerks (PVN) sind auf die jeweiligen Bedürfnisse der Versorgungsregion abzustimmen. In diesem Kapitel wird – ausgehend von einer Typologie („große vs. mittlere Einrichtung“) einer PVE – der Flächenbedarf für unterschiedliche Größen von PVE in Form von Richt-Raumprogrammen ermittelt.

Ein Modell, welches eine individuelle Eingabe der Raumanzahl und Größe zulässt, finden Sie auf der Plattform Primärversorgung www.primaerversorgung.gv.at. Beispielhafte Auszüge aus diesem Modell zu Raum- und Funktionsprogramm, Grundstücksflächenbedarf, Kostenschätzung bei Neubau und Kostenrichtwerte bei Umbau sind nachfolgend zu den jeweiligen Punkten ersichtlich. Durch die Differenzierung „Anzahl Ärztinnen/Ärzte“ und „Anzahl Ordinationsräume“ wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in der Praxis unterschiedliche Raummodelle je Vertragsärztin/Vertragsarzt vorkommen. Häufig sind einer Ärztin/einem Arzt zwei Ordinationsräume zugeordnet, um einen effizienten Arbeitsablauf sicherzustellen (z. B. in einem Raum wird eine Patientin/ein Patient untersucht/behandelt, im zweiten Raum bereitet die Pflege eine Behandlung vor).

Grundsätzlich ist bei der Planung von PVE auf die Möglichkeit des Room-Sharings zu achten. Beispielsweise können für die unterschiedlichen therapeutischen Angebote die jeweiligen Räume gemeinsam genutzt werden, da die Besetzung in der Regel nicht gleichzeitig erfolgt. In diesem Zusammenhang ist in der Planung von Room-Sharing-Konzepten auf ausreichend Lagerflächen zu achten. Die multiprofessionelle Nutzung von Räumen kann durch das Einbauen von Nischen und/oder optischen Lösungen für das „Verstecken“ von im Raum fix montierten Ausstattungen ansprechender gestaltet und somit gefördert werden.

In der Anordnung von Räumlichkeiten ist auf gewisse Abhängigkeiten zu achten. Insbesondere ist hierbei die Ablauforganisation – sowohl aus der Sicht der Patientin/des Patienten als auch aus Sicht des PVE-Teams – bereits während der Planung bestmöglich zu berücksichtigen. Beispielsweise sollen prozessunterstützende kurze Wege (eine funktionale Verbindung zwischen den einzelnen Räumen), mehrere dezentrale Wartebereiche für unterschiedliche Funktionen, eine Unterteilung in Ruhezeiten für Therapiebereiche und Verkehrszonen (insb. Gänge) sowie die Sicherstellung der Wahrung von Intimsphäre und Datenschutz (insbesondere bei der Rezeption und Anmeldung) in die Planung einfließen.

Die Ausstattung einer PVE insbesondere im Bereich Medizintechnik bezieht sich auf das jeweilige Leistungsangebot und ist dementsprechend individuell zu planen.

²¹ Quelle: SOLVE Consulting, Arch. Zesch

6.4.1. Richt-Raumprogramme für beispielhafte Typen von Primärversorgungseinheiten

6.4.1.1. Raum- und Funktionsprogramm Beispiel Typ 1 – „Große Einrichtung“

Der Typ 1 deckt den Versorgungsbedarf einer urbanen Region mit über 15.000 Einwohnerinnen/Einwohnern und umfasst ein dementsprechendes Leistungsangebot. Für den Typ 1 wurden folgende Annahmen getroffen:

- » 6 ärztliche Ordinationen, jede Ordination mit jeweils 2 Untersuchungs-/Behandlungsräumen, wobei sowohl ein Ordinationssharing als auch eine vorübergehende Nutzung freier Räume durch andere Gesundheits- und Sozialberufe möglich sind (Annahme 2 Ordinationsräume pro Ärztin/Arzt = 12 Ordinationsräume gesamt)
- » Arbeitsplätze für die Pflege (integriert in den Ordinationen sowie eigener Arbeitsraum Pflege)
- » Räume für andere Gesundheits- und Sozialberufe im Room-Sharing
 - » Physiotherapie
 - » Ergotherapie
 - » Logopädie
 - » Psychologie
 - » Hebammen
 - » Diätologie
 - » Sozialarbeit
- » Angebot für Therapie- und Selbsthilfegruppen
- » kleiner kaufmännischer Bereich (Leitung, Verwaltung)

Auf Basis dieser Annahmen werden folgend die Nutzflächen je Raumart für den PVE-Typ 1 beschrieben und die Bruttogeschoßfläche mit einem Faktor hochgerechnet. Dieser Faktor berücksichtigt den Aufschlag von Verkehrsflächen, Technikflächen und Tara-Flächen (Flächenanteile für Konstruktion) auf die Nutzfläche.

Raum- und Funktionsprogramm PVE Typ 1					
Raum- bezeichnung	Anzahl Räume	Nutzfläche je Raum m ²	Nutzfläche je Raumart m ²	Summe Nutzfläche m ²	Anmerkungen
Raumzone Kernbereich				278	
Erstuntersuchungen/ Blutabnahme/ Labor	1	20	20		inkl. Quick-Tests; Handling Probenabnahmen (Versand)
Ordination, Patientinnengespräch	6	18	108		mit Besprechungseinheit und Liege
Ordination, Behandlung	6	18	108		in direkter Verbindung mit Erst-Ordinationsraum; Liege
Behandlung/Ruheraum/Infusionen	3	12	36		Kojen à 2 Plätze mit 6 m ² ; gemeinsame Nutzung von Ordinationen, davon 1 Koje für Wundbehandlung
WC, Vorraum mit Durchreiche	1	6	6		für Damen und Herren
Raumzone weitere Gesundheitsberufe				156	
U/B-/Arbeitsraum Pflege	1	20	20		in räumlicher Nähe zur Infusionstherapie; inkl. pflegerische Beratungsgespräche; inkl. Arbeitszone rein, Lagerung und Aufbereitung von Medikamenten, Infusionen
Elektrotherapie	1	24	24		3 Plätze à 6 m ² zusätzlich Vorzone und Lager
Einzeltherapieraum multiprofessionell	2	16	32		kombinierte Nutzung
Einzeltherapieraum multiprofessionell	1	16	16		kombinierte Nutzung
Einzeltherapieraum multiprofessionell	1	16	16		kombinierte Nutzung
Einzeltherapieraum multiprofessionell	1	18	18		mit Liege
Spielecke	1	0	0		integriert in Wartebereich
Multifunktionsraum	1	30	30		für Gruppentherapien, Selbsthilfegruppen
Raumzone Anmeldung, Verwaltung, Sozialräume				191	
Anmeldung, Backoffice Adm.	1	24	24		2-3 Anmeldeschalter Frontoffice für Ordinationsgehilfen
Leitung	1	12	12		
Büro Verwaltung	1	16	16		1-2 Arbeitsplätze
IT-Serverraum	1	6	6		
Sozialraum	1	20	20		multiprofessionelle Nutzung durch das Personal
Wartezonen	1	39	39		für 15 gleichzeitig wartende Patientinnen/Patienten zuzügl. 50% Begleitpersonen (1,5 m ² je Person)
Subwartezonen	1	12	12		entwurfsabhängig, z.B. kleine Kinderwartezone, dezentrale Warteplätze
Personal-WC	4	4	16		
Kunden-WC	4	4	16		
Behinderten-WC	1	5	5		inkl. Wickelmöglichkeit
Umkleide-D mit Dusche	1	15	15		Personalgarderobe, rund 15 Kästchen
Umkleide-H mit Dusche	1	10	10		Personalgarderobe, rund 10 Kästchen
Raumzone Ver- und Entsorgung				60	
Reinigungsstützpunkt	2	6	12		
Entsorgung/Arbeitsraum unrein	2	8	16		
Lager	1	20	20		
Müllraum	1	12	12		
Summe an erforderlicher Nutzfläche (NF) in m²				685	
Summe an erforderlicher Bruttogeschossfläche (BGF) in m²				1.075	Faktor 1,625 BGF/NF, BGF inkludiert Verkehrsflächen, Technikflächen, Flächenanteile für Konstruktion (Tara)

Tab. 25: Raum- und Funktionsprogramm PVE Typ 1

6.4.1.2. Raum- und Funktionsprogramm Beispiel Typ 2 – „Mittlere Einrichtung“

Der Typ 2 orientiert sich hinsichtlich Auslegung und Leistungsangebot an ländliche Regionen (weniger als 10.000 Einwohnerinnen/Einwohner) und hat gegenüber Typ 1 aufgrund des unterschiedlichen regionalen Bedarfs quantitativ ein geringeres Leistungsangebot. Für den Typ 2 wurden folgende grundsätzliche Annahmen getroffen:

- » 3 ärztliche Ordinationen, jede Ordination mit jeweils 2 Untersuchungs-/Behandlungsräumen, wobei sowohl ein Ordinationssharing als auch eine vorübergehende Nutzung freier Räume durch andere Gesundheits- und Sozialberufe möglich sind
- » Arbeitsplätze für die Pflege (integriert in den Ordinationen sowie eigener Arbeitsraum Pflege)
- » zentrale Anmeldung/Terminvergabe
- » Räume für andere Gesundheits- und Sozialberufe im Room-Sharing
 - » Physiotherapie
 - » Ergotherapie
 - » Elektrotherapie
 - » Logopädie
 - » Psychologie
 - » Sozialarbeit
- » Angebot für Gruppentherapien und Selbsthilfegruppen
- » kleiner kaufmännischer Bereich

Raum- und Funktionsprogramm PVE Typ 2					
Raum- bezeichnung	Anzahl Räume	Nutzfläche je Raum m ²	Nutzfläche je Raumart m ²	Summe Nutzfläche m ²	Anmerkungen
Raumzone Kernbereich				144	
Erstuntersuchungen/ Blutabnahme/ Labor	1	18	18		inkl. Quick-Tests; Handling Probenabnahmen (Versand)
Ordination, Patientinnengespräch	3	18	54		mit Besprechungseinheit und Liege
Ordination, Behandlung	3	16	48		in direkter Verbindung mit Erst-Ordinationsraum; Liege; auch für Nutzung durch andere Gesundheitsberufe, z.B. Hebammen, Therapeuten
Behandlung/Ruheraum/Infusionen	1	18	18		3 Kojen à 6 m ² ; gemeinsame Nutzung von Ordinationen, davon 1 Koje für Wundbehandlung
WC, Vorraum mit Durchreiche	1	6	6		für Damen und Herren
Raumzone weitere Gesundheitsberufe				100	
U/B-/Arbeitsraum Pflege	1	18	18		in räumlicher Nähe zur Infusionstherapie; inkl. pflegerische Beratungsgespräche; inkl. Arbeitszone rein, Lagerung und Aufbereitung von Medikamenten, Infusionen
Elektrotherapie	1	12	12		2 Plätze à 6 m ² zusätzlich Vorzone und Lager
Einzeltherapieraum multiprofessionell	2	16	32		kombinierte Nutzung
Einzeltherapieraum multiprofessionell	1	16	16		kombinierte Nutzung
Spielecke	1	0	0		integriert in Wartebereich
Multifunktionsraum	1	22	22		für Gruppentherapien, Selbsthilfegruppen
Raumzone Anmeldung, Verwaltung, Sozialräume				119	
Anmeldung, Backoffice Adm.	1	20	20		2 Anmeldeschalter Frontoffice für Ordinationsgehilfen, Backoffice für Administration
Büro Verwaltung / Leitung	1	12	12		1 Arbeitsplatz
IT-Serverraum	1	6	6		
Sozialraum	1	15	15		multiprofessionelle Nutzung durch das Personal
Wartezonen	1	20	20		für 8 gleichzeitig wartende Patientinnen/Patienten zuzügl. 50 % Begleitpersonen (1,5 m ² je Person)
Subwartezonen	1	8	8		entwurfsabhängig, z.B. kleine Kinderwartezone, dezentrale Wartepplätze
Personal-WC	2	4	8		
Kunden-WC	2	4	8		
Behinderten-WC	1	5	5		inkl. Wickelmöglichkeit
Umkleide-D mit Dusche	1	10	10		Personalgarderobe, rund 10 Kästchen
Umkleide-H mit Dusche	1	7	7		Personalgarderobe, rund 6 Kästchen
Raumzone Ver- und Entsorgung				37	
Reinigungsstützpunkt	1	6	6		
Entsorgung/Arbeitsraum unrein	1	8	8		
Lager	1	15	15		
Müllraum	1	8	8		
Summe an erforderlicher Nutzfläche (NF) in m²				400	
Summe an erforderlicher Bruttogeschossfläche (BGF) in m²				650	Faktor 1,625 BGF/NF, BGF inkludiert Verkehrsflächen, Technikflächen, Flächenanteile für Konstruktion (Tara)

Tab. 26: Raum- und Funktionsprogramm PVE Typ 2

6.4.2. Flächen-/Grundstücksbedarf für beispielhafte Typen von Primärversorgungseinheiten

Auf Basis der beiden Raumprogramme kann anhand von Richtwerten der Grundstücksbedarf je PVE-Typ ermittelt werden. Aus betriebsorganisatorischen Gründen wird empfohlen, eine PVE auf einer Ebene zu errichten. Im Grundstücksbedarf sind zusätzlich Stellflächen für PKW sowie Fahrräder für Kunden und Personal zu berücksichtigen.

Grundstücksbedarf PVE Typ 1				
	Anzahl	Fläche in m ²	Fläche gesamt in m ²	Anmerkungen
Gebäude	1	1.075	1.075	Mögliche Abmessungen des Gebäudes ca. 50 m x 21 m
Abstandsflächen			568	Annahme freistehendes Gebäude (3–5 m Abstand auf jeder Seite)
PKW Stellplätze Personal	12	25	300	Annahme nach Bedarf, unabhängig von gesetzlichen Vorgaben
PKW Stellplätze Kunden	20	25	500	Pflichtstellplätze
sonstige Stellplätze für Fahrräder, ...				sind in den Abstandsflächen enthalten
Summe an erforderlicher Grundstücksfläche in m²			2.443	

Tab. 27: Grundstücksflächenbedarf Beispiel Typ 1 – „Große Einrichtung“

Grundstücksbedarf PVE Typ 2				
	Anzahl	Fläche in m ²	Fläche gesamt in m ²	Anmerkungen
Gebäude	1	650	650	Mögliche Abmessungen des Gebäudes ca. 30 m x 22 m
Abstandsflächen			416	Annahme freistehendes Gebäude (3–5 m Abstand auf jeder Seite)
PKW Stellplätze Personal	8	25	200	Annahme nach Bedarf, unabhängig von gesetzlichen Vorgaben
PKW Stellplätze Kunden	12	25	300	Pflichtstellplätze
sonstige Stellplätze für Fahrräder, ...				sind in den Abstandsflächen enthalten
Summe an erforderlicher Grundstücksfläche in m²			1.566	

Tab. 28: Grundstücksflächenbedarf Beispiel Typ 2 – „Mittlere Einrichtung“

6.5. Grobe Abschätzung der Investitionskosten von Primärversorgungseinheiten

Für die Abschätzung der Investitionskosten ist zu Beginn zwischen einem Neubau auf der „grünen Wiese“ und einem Umbau einer bestehenden Liegenschaft zu unterscheiden.

6.5.1. Investitionskostenschätzung für einen Neubau einer PVE

Eine Kostenschätzung für die Variante des Neubaus wurde auf Basis der Bruttogeschossfläche der beiden Richt-Raumprogramme für Typ1 und Typ 2 entsprechend der Systematik der ÖNORM B 1801-1 erstellt. Die Errichtungskosten umfassen folgende Kostenkategorien:

- » Kosten für die Aufschließung des Grundstückes
- » die Bauwerkskosten unterteilt in Rohbau, Technik und Ausbau
- » die Kosten für die medizinische und nicht medizinische Einrichtung inkl. Kosten für die IT-Infrastruktur
- » Kosten für Außenanlagen
- » Honorare, Nebenkosten und eine 10%ige Reserve

In den Gesamtkosten der Kostenschätzung sind die Kosten für den Grund mitberücksichtigt. Da sich jedoch eine deutliche Spreizung (Bandbreite) auf Grundlage der Grundstückskriterien (Topographie, Grundstücksbeschaffenheit, Lage, öffentliche Verkehrsanbindung, Form des Baukörpers/Anzahl der Geschosse, Anbindung für den Individualverkehr etc.). der Grundstückskosten ergibt, sind diese Kosten für jedes Projekt separat zu erheben und in die Gesamtkosten miteinzuberechnen. Da die Kostenschätzung auf vielen getroffenen Annahmen beruht und die tatsächlichen Kosten je nach regionalen Gegebenheiten stark variieren können, muss hier von einem Genauigkeitsgrad von +/-25 % ausgegangen werden. Die Richtwerte für einen Neubau betragen 1.900 EUR je m² Bruttogeschossfläche für die Bauwerkskosten und 2.900 EUR je m² Bruttogeschossfläche für die Gesamtkosten ohne Grundstück (Anmerkung: Richtwerte Stand 2018).

In folgenden Tabellen sind die Kostenschätzungen der beiden für Typ 1 und Typ 2 dargestellt.

Kostenbereiche nach ÖNORM B 1801-1 PVE Typ 1					
Bruttogeschossfläche (BGF) lt. Raum- und Funktionsprogramm 1.075 m ²					
Ausstattung einfach	1.550 € netto je m ² BGF zuzüglich gesetzl. MwSt.				
» Ausstattung zweckmäßig	1.700 € netto je m² BGF zuzüglich gesetzl. MwSt. (gewählte Ausstattung für die Kostenschätzung)				
Ausstattung gehoben	2.150 € netto je m ² BGF zuzüglich gesetzl. MwSt.				
Kostenbereiche nach ÖNORM B 1801-1	Bauwerkskosten – BWK EUR	Baukosten – BAK EUR	Errichtungskosten – ERK EUR	Gesamtkosten – GSK EUR	Anmerkungen
0 - Grund, standortabhängig					Annahme: 100 € – 1.850 €/m ²
1 - Aufschließung		70.000	70.000	70.000	abhängig von Grundstück und Lage
2 - Bauwerk Rohbau	590.000	590.000	590.000	590.000	abhängig von gewählter Ausstattung
3 - Bauwerk Technik	640.000	640.000	640.000	640.000	abhängig von gewählter Ausstattung
4 - Bauwerk Ausbau	600.000	600.000	600.000	600.000	abhängig von gewählter Ausstattung
5 - Einrichtung (inkl. IT und MT)		330.000	330.000	330.000	allg. Einr. (38%), MT (36%), IT (26%)
6 - Außenanlagen		160.000	160.000	160.000	Stellplätze im Freien
7 - Honorare 19,5% von BAK			466.050	466.050	
8 - Nebenkosten 5% von BWK			91.500	91.500	
9 - Reserven 10% von BWK			183.000	183.000	
Kostenbereich netto (gerundet)	1.830.000	2.390.000	3.130.600	3.130.600	Kostenschätzung +/- 25 %
Kosten/m² BGF (gerundet)	1.700	2.220	2.910	2.910	exklusive Kosten für Grund

Stand 05/2018

Tab. 29: Kostenschätzung Beispiel Typ 1 – „Große Einrichtung“

Kostenbereiche nach ÖNORM B 1801-1 PVE Typ 2

Bruttogeschossfläche (BGF) lt. Raum- und Funktionsprogramm 650 m²

Ausstattung einfach 1.550 € netto je m² BGF zuzüglich gesetzl. MwSt.

» **Ausstattung zweckmäßig 1.700 € netto je m² BGF zuzüglich gesetzl. MwSt.** (gewählte Ausstattung für die Kostenschätzung)

Ausstattung gehoben 2.150 € netto je m² BGF zuzüglich gesetzl. MwSt.

Kostenbereiche nach ÖNORM B 1801-1	Bauwerkskosten – BWK EUR	Baukosten – BAK EUR	Errichtungskosten – ERK EUR	Gesamtkosten – GSK EUR	Anmerkungen
0 - Grund, standortabhängig					Annahme: 100 € – 1.850 €/m ²
1 - Aufschließung		55.000	55.000	55.000	abhängig von Grundstück und Lage
2 - Bauwerk Rohbau	355.000	355.000	355.000	355.000	abhängig von gewählter Ausstattung
3 - Bauwerk Technik	390.000	390.000	390.000	390.000	abhängig von gewählter Ausstattung
4 - Bauwerk Ausbau	360.000	360.000	360.000	360.000	abhängig von gewählter Ausstattung
5 - Einrichtung (inkl. IT und MT)		185.000	185.000	185.000	allg. Einr. (38 %), MT (36 %), IT (26 %)
6 - Außenanlagen		100.000	100.000	100.000	Stellplätze im Freien
7 - Honorare 19,5 % von BAK			281.775	281.775	
8 - Nebenkosten 5 % von BWK			55.250	55.250	
9 - Reserven 10 % von BWK			110.500	110.500	
Kostenbereich netto (gerundet)	1.105.000	1.445.000	1.892.500	1.892.500	Kostenschätzung +/- 25 %
Kosten/m² BGF (gerundet)	1.700	2.220	2.910	2.910	exklusive Kosten für Grund

Tab. 30: Kostenschätzung Beispiel Typ 2 – „Mittlere Einrichtung“

Stand 05/2018

6.5.2. Investitionskostenschätzung für einen Umbau einer bestehenden Räumlichkeit zu einer Primärversorgungseinheit

Entscheidet sich die Gründerin/der Gründer nicht für einen Neubau einer PVE sondern die Nutzung einer bestehenden Räumlichkeit – beispielsweise als Nachnutzungen von bestehenden Objekten bzw. über Einmietungen –, so ist in diesen Fällen meist mit entsprechenden Adaptierungsarbeiten zu rechnen. Dafür ist eine objektbezogene Kostenschätzung zu erstellen.

Nachfolgende Tabelle weist die in Ansatz gebrachten Kosten für Umbauten (nach drei Kostengruppen in Abhängigkeit von Umbauumfang und Umbauaufwand) aus:

Kostenrichtwerte für Umbautätigkeiten		
Umbau einfach	» Es werden bestehende Raumaufteilungen genutzt, Oberflächen (Bodenbelag, Wand, Decke) sind ggf. zu erneuern. » Elektro- und Sanitärinstallation sind vorhanden und werden bedarfsgerecht angepasst. » Grundinstallation (Heizungsanlage, E-Sicherungen, Sanitäranlagen) sind vorhanden. » keine Änderung von Fassaden, Fensterteilung etc.	900 EUR/m ² Bauwerkskosten 1.300 EUR/m ² Gesamtkosten (exkl. Grundstück)
Umbau komplett	» Raumaufteilung weitgehend vorhanden bzw. leicht anpassbar (Trockenbau) » Umbauten ohne aufwendige statische Maßnahmen » Installationen und Sanitäranlagen werden erneuert/ergänzt	1.300 EUR/m ² Bauwerkskosten 1.900 EUR/m ² Gesamtkosten (exkl. Grundstück)
Umbau komplett mit zusätzlichen statischen Maßnahmen	» statische Maßnahmen erforderlich, z.T. Änderung bei tragenden Wänden » Anpassung von barrierefreien Zugängen erforderlich	1.700 EUR/m ² Bauwerkskosten 2.400 EUR/m ² Gesamtkosten (exkl. Grundstück)

Tab. 31: Kostenrichtwerte für Umbautätigkeiten (Stand 2018)



IT-Aspekte

7. IT-Aspekte

7.1. Einleitung

EDV-Unterstützung (IT) ist im Gesundheitswesen ein alltäglicher und wichtiger Bestandteil in der Arbeit aller beteiligten Berufsgruppen geworden. Sie soll die Arbeit in den komplexen Prozessen in der Behandlung und Betreuung von Patientinnen/Patienten stützen. Gerade in einer Struktur, wo mehrere Teammitglieder zusammenwirken, bedarf es einer angepassten elektronischen Kommunikation und Verwaltung von relevanten Daten und Informationen. Daher ist eine an den Bedarf angepasste IT für die unterschiedlichen Formen einer PVE ein wesentlicher Schlüssel für eine effiziente Arbeit.

Wir betrachten mögliche EDV-Lösungen nach den im Kapitel Organisation dargestellten grundlegenden Organisationsformen einer PVE, nämlich der Vernetzungsvariante (PVN) und der zentraleren Form eines Primärversorgungszentrums (PVZ). Aus IT-Sicht gibt es hier keine scharfe Trennung, sondern es sollte eher auf Basis der gewünschten Nähe der Zusammenarbeit und der gemeinsam genutzten Infrastruktur ein individuell passendes Modell gewählt werden.

7.2. Modellarchitekturen

Primärversorgungseinheiten (PVE) können prinzipiell in zwei unterschiedlichen Organisationsformen konzipiert sein (siehe auch Kapitel 5.2.1)

- » Primärversorgungsnetzwerk (PVN)
- » Primärversorgungszentrum (PVZ)

Zur einfacheren Darstellung wird nachfolgend angenommen, dass in einem PVZ eine gemeinsame EDV-Lösung eingesetzt wird, während in der Netzwerkvariante (PVN) in den Ordinationen unterschiedliche Ordinationssoftware verwendet wird. Mischformen sind möglich, also z. B. können auch Eigenschaften des PVN-Modells (z. B. Einsatz unterschiedlicher Software in den beteiligten Ordinationen) in einem PVZ vorkommen.

7.2.1. Ausprägung als PVN

Für den Typ „PVN“ wird angenommen, dass jede Ordination/Praxis²² ihre eigene IT-Infrastruktur betreibt. Es kommen herkömmliche, heute übliche Ordinationssoftwarelösungen zum Einsatz.

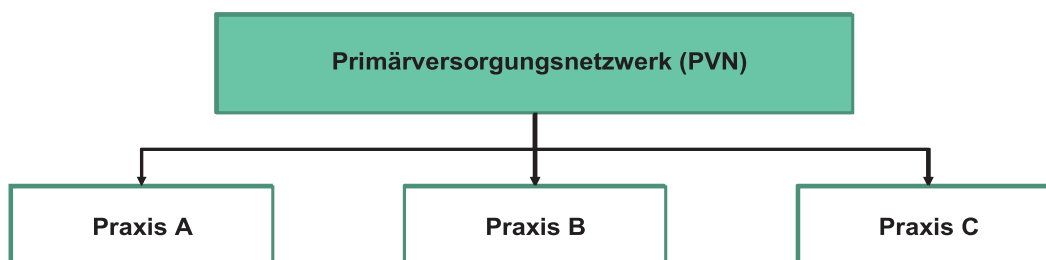


Abbildung 43: Primärversorgungsnetzwerk (PVN)

Es gibt grundsätzlich keinen gemeinsamen Patientenakt. Über herkömmliche Methoden (ELGA oder gerichtete Kommunikation²³) werden typischerweise nur Befunde, Medikation und etwaige Bilddaten geteilt. Eine gemeinsame Arbeit (über die Einzelordinationsgrenzen hinaus) am Dekurs bzw. eine direkte Übergabe der relevanten Informationen in elektronischer Form während der Behandlung ist nicht oder nur mit erhöhtem organisatorischen Aufwand möglich. Diese Informationsschnittstellen weisen auch eine erhöhte Fehleranfälligkeit auf.

Bestehende Kalender und Terminplanungen können nicht ohne weiteres geteilt oder gemeinsam verwendet werden, es sei denn, man einigt sich für bestimmte elektronische Dienste auf eine gemeinsame Infrastruktur. Hier ist darauf zu achten, dass derart genutzte Kalender z. B. medizinische Daten enthalten können und daher eine höhere Sicherheit und Sorgfaltspflicht besteht (siehe auch Kapitel 7.5).

Gemeinsames Personal im PVN, welches in mehreren Praxen im EDV-System arbeitet, muss auch mehrfach angelegt werden. Ist eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter in Ordination A im System eingebucht, so ist ein Zugriff auf Daten aus Ordination B nicht ohne weiteres möglich, was auch erwünscht sein kann.

Die PVN-Ausprägung ermöglicht eine große Autonomie der einzelnen Ordinationen und garantiert im Allgemeinen klar definierte Übergangspunkte zwischen den beteiligten Praxen. Das betrifft sowohl die IT-Aspekte als auch die betriebswirtschaftlichen Aspekte. Es ist möglich, stufenweise eine PVE-weite gemeinsame Infrastruktur zu implementieren und beispielsweise mit einem gemeinsamen Planungskalender für Patientinnen/Patienten und für das PVE-Team zu beginnen. Auch eine gemeinsame abgestimmte Berechtigungs- und Identitätsverwaltung der Mitglieder des PVE-Teams kann organisatorisch große Vorteile ergeben.

7.2.2. Ausprägung als PVZ

Für die vereinfachte Darstellung wird für den Typ „PVZ“ angenommen, dass eine gemeinsame IT-Infrastruktur genutzt wird. Diese kann in unterschiedlichen Ausprägungen die beteiligten Gesundheitsdienstleister (GDA) voneinander separieren:

²² Die Begriffe Ordination und Praxis kommen gleichbedeutend zum Einsatz.

²³ Datenaustausch zwischen zwei definierten Beteiligten (Punkt zu Punkt) wie z. B. Entlassungsschreiben („Arztbrief“) zwischen Krankenhaus und Ordination; von ungerichteter Kommunikation spricht man dann, wenn der Empfänger bei Datenablage noch nicht festgelegt ist, wie z. B. CT-Befunde, die im Rahmen einer Folgebehandlung/Verlaufskontrolle zu einem späteren Zeitpunkt von weiteren Behandlern abgerufen und genutzt werden.

7.2.2.1. Mandantenfähiges Ordinationssystem

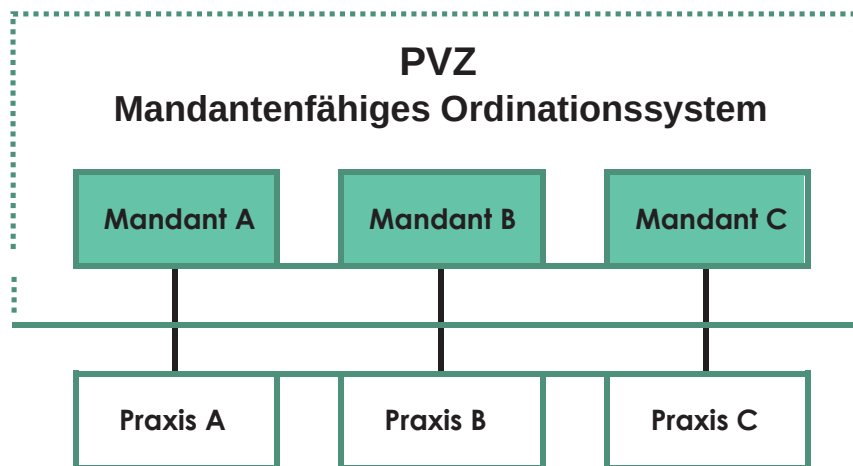


Abbildung 44: PVZ – Mandantenfähiges Ordinationssystem

Mandantenfähig bedeutet, dass alle teilnehmenden GDA zwar im selben EDV-System arbeiten, aber keinen gegenseitigen Einblick auf ihre Daten und Einstellungen haben. Es ist hier so, als würden alle Mandanten auf völlig getrennten Computersystemen arbeiten – allerdings mit dem Vorteil einer zentralen EDV-Wartung. Damit ergibt sich eine hohe Bandbreite sowohl von Separation als auch diverse Möglichkeiten der Integration:

- » komplett separierte Systeme wie im PVN-Modell
- » Einzelne Komponenten des Systems werden gemeinsam genutzt. Hier bietet sich an:
 - » Kalender und Verbuchungen von Ressourcen (Räume, Gerätschaften, PVE-Team-Mitglieder) und Patientinnen/Patienten
 - » gemeinsame Personalverwaltung
 - » Beschaffung und Inventarisierung
- » Nutzung eines gemeinsamen Patientenakts. Damit verbleibt der Dekurs in Hoheit der einzelnen Mandantin/des einzelnen Mandanten, der Befund ist aber von allen GDA der PVE direkt abrufbar. Dieses Befundarchiv entspricht auch dem lokalen ELGA-Speicher (Local Repository).

In diesem Modell erreicht man vermutlich die höchste Flexibilität aller hier vorgestellten Modelle. Allerdings ist auch die Komplexität am höchsten hinsichtlich technischer und IT-organisationsseitiger Aufwände.

e-Card-Transaktionen zur Abrechnung und Konsultationsverwaltung können sowohl auf Basis einer Einzelpraxis-Vereinbarung implementiert werden als auch in einem „Krankenhaus-Ambulanz“-ähnlichen System.

7.2.2.2. Gemeinsame Ordinationssoftware

Alle teilnehmenden GDA arbeiten in einem gemeinsamen EDV-System. Die unterschiedlichen GDA werden in der Software wie Ambulanzen oder Abteilungen einer Organisation behandelt. Sofern es die Ordinationssoftware ermöglicht, können die Abteilungen auch als eigene Kostenstellen (Cost-Center) definiert werden. Das erlaubt dann eine Aufspaltung in der Abrechnung für die einzelnen GDA in diesem gemeinsamen System.

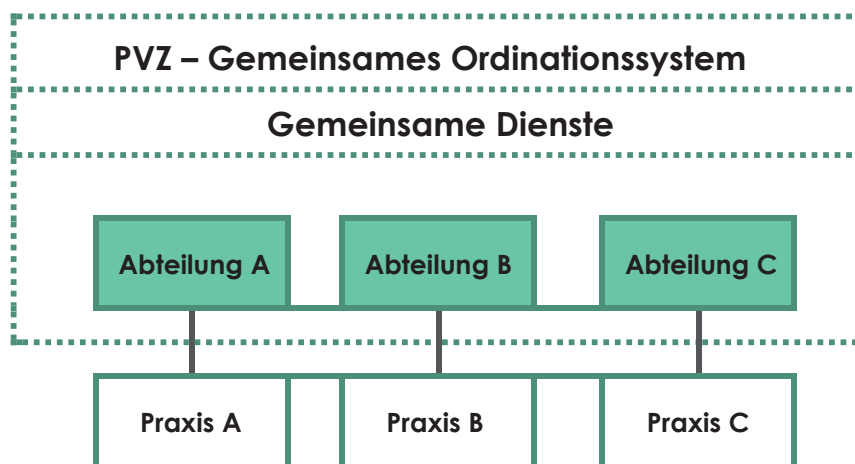


Abbildung 45: PVZ – Gemeinsames Ordinationssystem

Dieses Modell ist dann sinnvoll, wenn ein zentralistischer Ansatz für die Patientenadministration gewählt wurde und die GDA sehr eng zusammenarbeiten. Wählt man den Ansatz einer gemeinsamen Ordinationssoftware, sollten alle Kataloge, Leistungen, der Umgang mit Kalendern und Ressourcen sowie die Prozesse untereinander abgestimmt behandelt werden. Das bedeutet, dass über alle GDA gesehen ein gemeinsamer organisatorischer Konsens gefunden werden muss.

Aus Patientensicht ist die Nutzung einer gemeinsamen Ordinationssoftware am komfortabelsten, da es für die Patientin/den Patienten PVE-weit nur eine administrative Anmeldung („Single Point of Administration“) gibt und der Patientenakt ohne gesonderte Überleitung bei jedem GDA zu jeder Zeit zur Verfügung steht.

Auch aus Sicherheits- und Verfügbarkeitsüberlegung ist der Ansatz einer gemeinsamen Ordinationssoftware ideal, da Berechtigungen als Rollen und Profile in einem zentralen EDV-System abgewickelt werden können.

7.2.3. Cloudfähigkeit der Systeme

Eine Cloud oder korrekter formuliert eine „Cloud Computing Plattform“²⁴ bezeichnet für den betrachteten Fall eine Serverinfrastruktur, die in einem zentralen Rechenzentrum durch einen externen Dienstleister für die PVE erbracht wird. Dabei ist in der PVE selbst weder eine räumliche Infrastruktur für Server noch die EDV betreuendes Personal notwendig.

Anbieter von Cloud-Lösungen können die Leistungen für den Betrieb derartiger Infrastrukturen meist deutlich effizienter und günstiger anbieten, da sie die Dienste in nahezu gleicher Form mehreren Kunden (PVE oder GDA) zur Verfügung stellen. Daher reduzieren sich im Allgemeinen die Kosten und der Aufwand in der EDV. Eine individuelle Betrachtung und Kostenkalkulation ist jedoch jedenfalls notwendig und empfehlenswert.

Alle genannten EDV-Systeme könnten auch in einer Cloud-Infrastruktur betrieben werden. Das bedeutet:

- » Ein Service-Provider betreibt in einem entsprechend hoch abgesicherten Rechenzentrum die zentralen Komponenten einer IT für die PVE.
- » Der Patientenakt wird zentral betrieben und gespeichert. Das betrifft auch die zentralisierbaren Teile der ELGA- und e-Card-Anbindung sowie die Kommunikation mit anderen GDA oder Serviceeinrichtungen.

- » Die Arbeitsplätze (PCs und Medizingeräte) verbleiben in den Praxen oder Abteilungen der PVE.
- » Kataloge und Prozesse werden zentral bereitgestellt.
- » Das System ist mandantenfähig.
- » Die Anbindung der PVE findet über verschlüsselte, abgesicherte Verbindungen statt. Hierbei muss auch auf die Authentizität der Benutzer besondere Rücksicht genommen werden. Dabei sollte der Remote-Zugang aber mit entsprechenden Maßnahmen zur Benutzerauthentifizierung²⁵ abgesichert werden. Empfohlen wird hier ein System mit Wissen und Besitz (Benutzername und Passwort entsprechen dem Wissen, eine SMS, ein Einmaltoken oder ähnliche Maßnahmen dem Besitz²⁶).

7.3. Erforderliche Komponenten eines IT-Systems für eine PVE

Nachfolgend finden Sie eine Auflistung wesentlicher IT-Komponenten, die in einer PVE zur Anwendung kommen. Dabei sind die Anbindungen an das e-Card-System oder ELGA unabdingbar elektronisch zu implementieren. Alle anderen Komponenten sind theoretisch auch ohne IT-Unterstützung in einer PVE implementierbar. Die Bandbreite einer EDV-Implementierung ist bei den einzelnen Kapiteln – sofern sinnvoll – angemerkt.

7.3.1. Administrative Patientenverwaltung

Diese Komponente dient der Erfassung und Bearbeitung aller nichtmedizinischen Daten einer Patientin/eines Patienten wie z. B.:

- » Persönliche Daten
- » Versicherungsverhältnisse
- » Ggf. vereinbarte Termine
- » Allgemeine Informationen
- » Zusätzliche Kontaktmöglichkeiten wie Angehörige

7.3.2. Patientenakt (DMS)

Der Patientenakt ist aus IT-Sicht ein sogenanntes Dokumenten-Management-System (DMS). Hier geht es um die strukturierte Ablage von Befundungen aller Art, welche indiziert werden und idealerweise mit Volltext und strukturiert nach ELGA-Vorgaben gespeichert werden. Als Mindestinhalt sind alle für die Behandlung benötigten und in der PVE erfassten Befunde anzusehen. Der Patientenakt kann aber auch den Dekurs und Arbeitsdokumente der verschiedenen GDA enthalten. Dies schafft Grundlage für eine rasche Orientierung aller an der Behandlung Beteiligten des PVE-Teams zu den Patientinnen/Patienten.

Ideal ist eine Anbindung an Medizingeräte, da damit Untersuchungsergebnisse sofort und ohne Übertragungsfehler allen Behandlerinnen/Behandlern zur Verfügung stehen. Ist eine Überleitung von Laborbefunden implementiert, können auch direkt historische Vergleichswerte betrachtet werden.

²⁴ Siehe auch https://de.wikipedia.org/wiki/Cloud_Computing

²⁵ Gesundheitstelematikgesetz 2012: § 4 Abs 4 Nachweis und Prüfung der eindeutigen Identität von GDA und § 5 Abs 1 Nachweis und Prüfung der Rolle von Gesundheitsdiensteanbietern
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120>

²⁶ Siehe auch https://www.onlinesicherheit.gv.at/praevention/konten_und_passwoerter/mehrfaktor-authentifizierung/249584.html

7.3.3. Anamnese und Dekurs

Erhobene Daten der Patientinnen/Patienten sollten möglichst strukturiert abgelegt werden und auch im Patientenakt für alle im PVE-Behandlungsteam entsprechend ihren Berechtigungen zugänglich gemacht werden. Wird ein gemeinsames EDV-System verwendet, kann man den Zugriff auf diese Informationen über definierte Rollen freigeben oder nach Notwendigkeit auch beschränken (z. B. bei psychologischen, psychosozialen oder bestimmten neurologisch-psychiatrischen Daten).

7.3.4. Medikation und Rezepte

Hier sind Funktionalitäten wie der Online-Zugriff auf den Austria Codex und Rezeptdruck mit Verlinkung auf den Patientenakt von Bedeutung. Rezepte müssen den Patientinnen/Patienten zugeordnet werden. Dabei ist idealerweise auch das Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) zu konsultieren. Mit ABS können Verordnerinnen/Verordner Heilmittel, die chefarztpflichtig sind, auf elektronischem Wege vom chef- und kontrollärztlichen Dienst bewilligen lassen. Auf Gruppierung von Rezepten und Wiederholung ist zu achten. Sollte im PVE eine Hausapotheke geführt werden, ist auch eine Verbindung von Rezeptwesen/Hausapotheke oder eine Verlinkung untereinander sinnvoll. Es ist auf die entstehende e-Medikation oder die e-Rezepte nach ELGA zu achten.

7.3.5. Leistungs- und Referenzkataloge

Für eine PVE relevante Kataloge sollten entsprechend den gegebenen Verträgen, Tarifen und spezifischen Angeboten des PVE-Teams standardisiert hinterlegt werden. Sie unterstützen in vielen administrativen/dokumentarischen Prozessen die effiziente Abwicklung in der Dokumentation.

- » Allgemeine Kataloge des medizinischen Bereichs (siehe www.primaerversorgung.gv.at)
- » Leistungen des eigenen GDA, von angebundenen GDA oder Abteilungen
- » Abrechnungskataloge

7.3.6. Laborbuch

Im Laborbuch werden strukturiert die Laborwerte für die Patientin/den Patienten gespeichert. Idealerweise ist das Laborbuch auch im Patientenakt abgelegt. Es ist aber auch eine Verlinkung aus dem Patientenakt in das Laborbuch üblich. Interessant in der Betreuung und Behandlung von Patientinnen/Patienten ist auch der Verlauf von Laborwerten. Hier ist aus IT-Sicht der Hinweis wichtig, dass auf eine saubere Standardisierung aller erfassten Werte geachtet wird um eine Vergleichbarkeit der Laborwerte zu garantieren.

7.3.7. Terminverwaltung

In einer Organisationsstruktur, wo viele verschiedene GDA zusammenarbeiten und auch Ressourcen (Räume, Gerätschaften, Fachpersonal) PVE-weit gemeinsam genutzt werden, sollte eine zentrale (elektronische) Terminverwaltung zur Anwendung kommen. Diese schafft Vorteile in verschiedenen Planungsaspekten:

- » Patientinnen/Patienten (Terminvergabe und -verwaltung)
- » PVE-Team-Mitglieder inkl. Assistenzen (Zuordnung zu geplanten Untersuchungen und Therapien)
- » Untersuchungs- und Behandlungsräume (Buchung durch PVE-Team entsprechend seiner Anwesenheit und Patiententerminen)
- » Medizintechnische Geräte

Weiterhin sollten auch Berechtigungen (bzw. Rollen) im Kalender abbildbar sein. Das kann bis in die Funktionalität eines Online-Patientenkalenders mit Terminwünschen gehen. Hier ist beispielsweise darauf zu achten, dass in der Rolle GDA gewisse Kommentarfelder in einem Termineintrag für eine Visitation sicht- und bearbeitbar sind, während aus Gründen des Datenschutzes den Ordinationsassistenten diese Einträge in der Terminverwaltung der PVE nicht angezeigt werden.

Sollten PVE-Kalender sensitive Informationen (siehe auch Kapitel 7.5) enthalten, muss eine allfällige Synchronisation mit mobilen Geräten entweder massiv eingeschränkt (z. B. werden Patientendaten gar nicht synchronisiert) oder ein Management zur Verlässlichkeit dieser Geräte implementiert werden (Mobile Device Management oder Zertifikatsmanagement der Geräte), um die bestehenden Regulative zur Datensicherheit einhalten zu können.

7.3.8. Formulare und Formblätter

Formulare und Formblätter aller Art sollten jederzeit ausdrückbar sein. Ideal wäre auch eine zumindest teilweise automatische Vorbefüllung mit Patienten- oder Behandlungsdaten, da dies sowohl die effiziente Abwicklung stützt als auch Fehlerquellen (Übertragung) minimiert.

7.3.9. Abrechnung mit Krankenkassen

Die Übermittlung der Abrechnung mit den Kassen geschieht typischerweise über ELDA (Elektronischer Datenaustausch). Bei Abrechnungen über ELDA ist zu beachten, dass nicht alle Sozialversicherungsträger eine automatische Übermittlung unterstützen und in jedem Fall eine Vertragspartnernummer erforderlich ist.

7.3.10. Anbindungen

Zusätzlich zur Ordinationssoftware, die den reibungslosen Betrieb der PVE unterstützt, sind noch einige weitere Anbindungen an externe Systeme zu implementieren:

- » e-Card
- » ELGA
- » ELDA²⁷ (Elektronischer Datenaustausch mit Sozialversicherungsträgern)
- » Gerichtete Befundkommunikation wie z. B. medical.net oder DaMe
- » Unter Umständen elektronische Abrechnung mit Partnern/Anbietern außerhalb der PVE
 - » Versicherungen
 - » Service-Dienstleister
 - » Lieferanten

7.3.10.1. Abwicklung von Meldepflichten

Es gibt Meldepflichten für unterschiedliche Fälle:

- » Anzeige übertragbarer Krankheiten: PVE können die Meldung elektronisch über das e-card-Netz (Epidemiologisches Meldesystem EMS) durchführen.
- » Statistische Daten (österreichische Sozialversicherung/HVB)
 - Übermittlung via Dokumentationsblattannahme-Service (DBAS)



Webtipp: Weitere Information bezüglich Meldewesen finden Sie auch auf der Plattform Primärversorgung: www.primaerversorgung.gv.at

²⁷ <https://www.elda.at/>

7.3.10.2. Anbindung von Medizingeräten

Medizingeräte lassen sich direkt an ein Ordinationssystem anbinden. Der Vorteil ist die direkte und damit auch fehlerfreie Übernahme von Messergebnissen oder Bildern/Videos in den Patientenakt. Anschließend kann entschieden werden, welche dieser Daten in einen Befund eingearbeitet werden, welche nur im Dekurs zur Patientin/zum Patienten verbleiben bzw. als redundant oder fehlerhaft gelöscht werden.

Für die Anbindung von Medizingeräten kann man grob 3 Kategorien unterscheiden:

- » **Einfache Geräte:** Hier erfolgt eine Übertragung der Werte entweder über USB, Bluetooth oder WLAN. Die Anbindungen sind nicht standardisiert. Es muss die Geräte-/Softwarekombination unterstützt werden. Oft ist auch eine Wertübernahme mit „Copy & Paste“ möglich. Beispiele hierfür wären:
 - » Blutdruck
 - » Herzfrequenz
 - » Körpergewicht
 - » Körpertemperatur
- » **Mittlere Komplexität:** In der mittleren Komplexitätsebene werden Wertereihen oder Bilder übertragen. Bei einigen Anbindungen dieser Art ist es optional möglich, die Patientendaten in den Datensatz vor der Übertragung zu übernehmen (üblich bei Ultraschallgeräten oder Spezialkameras für die Wunddokumentation). Das kann sinnvoll sein, wenn es keinen direkten Ablauf der Übernahme dieser Daten in den Patientenakt gibt. Die Verwechslungsgefahr bei späterer Übertragung in den Patientenakt wird damit stark reduziert. Allerdings müssen Daten am Untersuchungsgerät erfasst werden oder aus Fremdsystemen importiert werden.
 - » Bildtransfer (Ultraschall)
 - » Scans (EKG)
 - » Fotos für z. B. Wunddokumentation
- » **Komplexe Anbindungen:** Komplexe Anwendungen arbeiten mit standardisierten Protokollen (IHE, DICOM, HL7), um einen reibungslosen Datenaustausch zwischen unterschiedlichen Geräten zu gewährleisten. Hier findet typischerweise eine bidirektionale Kommunikation mit dem Verwaltungssystem statt: Daten vom Ordinationssystem werden an das Untersuchungsgerät gesendet (Patientin/Patient, Art der Untersuchung) > Untersuchung findet statt > Metadaten werden in die Untersuchungsergebnisse kopiert > Ergebnis mit Metadaten gehen zurück zum auslösenden System. Beispiele hierfür wären:
 - » Bildgebende Verfahren (Radiologie)
 - » Komplexe Messverfahren z. B. im Bereich der Ophthalmologie

7.3.10.3. Anbindung an das e-Card-System

Das e-Card-System stellt in Österreich eine zentrale Infrastruktur für unterschiedliche Services zur Verfügung:

- » Authentifizierung & Autorisierung des GDA (das inkludiert auch die Berechtigungen, um als GDA im zentralen ELGA-System zu arbeiten); Identifikation der Patientin/des Patienten
- » Sicherstellung der Verrechnungsfähigkeit gegenüber dem SV-Träger
- » Selektion des SV-Trägers
- » Weitere höherwertige Dienste wie z. B. ABS (Arzneimittelbewilligungsservice) oder die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung (eAUM).

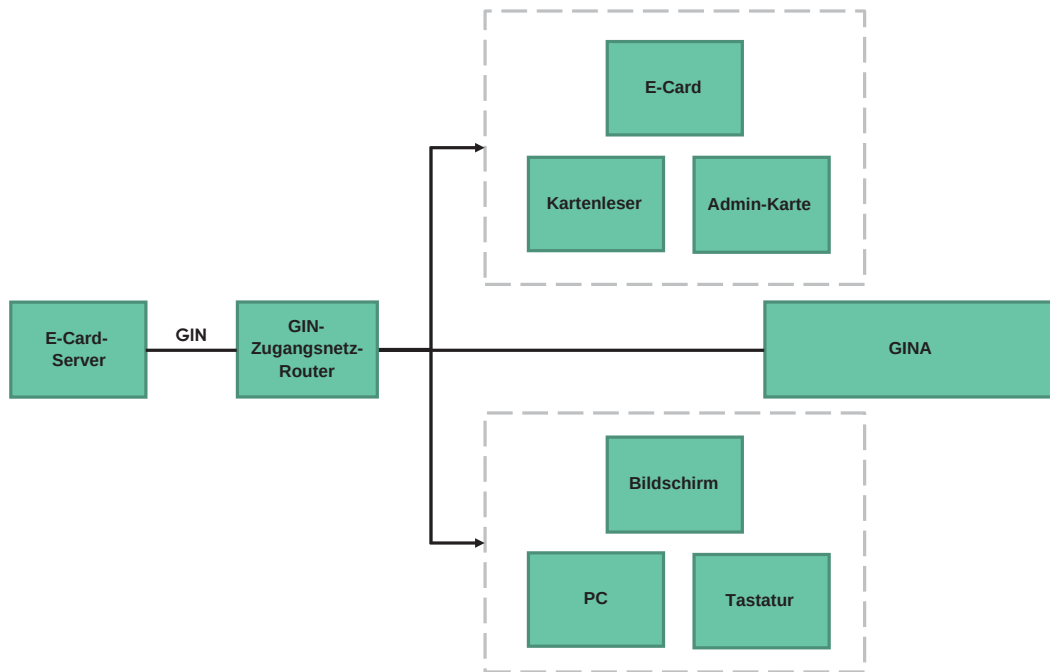


Abbildung 46: e-Card-System (Grafik angelehnt an SVC e-card HB Allgemeiner Teil)

7.3.10.4. Anbindung an ELGA

Die Anbindung an ELGA erfolgt prinzipiell immer in zwei Richtungen:

- » GDA können/sollen Daten aus ELGA beziehen:
 - » Krankenhausentlassungsbriefe ärztlich
 - » Krankenhausentlassungsbriefe pflegerisch
 - » Laborbefunde
 - » Radiologiebefunde
 - » Andere relevante Befunde und Informationen
- » GDA sollen/können Daten an ELGA senden und dort speichern:
 - » e-Befunde wahlweise
 - » Labor- und radiologische Befunde wahlweise
 - » e-Medikation soweit schon im Geltungsbereich ausgerollt

Prinzipiell können Befunde und Daten aus ELGA in den lokalen Patientenakt übernommen werden, sofern sie von Relevanz sind. Diese werden dann wie durch die Patientin/den Patienten beigebrachte externe Befunde behandelt und sind als Kopie im Patientenakt verfügbar. Die korrekte Indizierung und Deklaration eines Befundes (Art, Fachgebiet) ist sowohl bei der Ablage im Patientenakt als auch bei der Übertragung in Richtung ELGA wichtig, da dies die Suche und den Überblick im Akt stark erleichtert bzw. überhaupt erst möglich macht. Der Aufbau einer Aktenstruktur erfolgt im Allgemeinen gemeinsam mit dem Anbieter der Software für die PVE.

7.3.10.5. Personalplanung & Verrechnung

Details zum Thema Personalplanung finden Sie im Kapitel Organisationsaspekte/Personalmanagement. Hier geht es darum, das Personalwesen in elektronischer Ausprägung an die PVE-IT-Lösung anzubinden. Die Personalplanung und -verrechnung innerhalb einer PVE unterscheidet sich nicht stark von der eines klassischen mittleren Betriebs.

Es ist allerdings zusätzlich zu beachten:

- » Operative Personaleinsatzplanung (siehe Kapitel 5.5.3)
- » Personalstammdatenverwaltung (Berechtigungen im med. Bereich, Dosimeter, ...)
- » Beruflich erforderliche und nachzuweisende Fortbildung
- » Spezielle Ausbildungen und damit einhergehende Befugnisse
- » Berufsspezifische Berechtigungen

7.4. Nicht medizinisch spezifische IT-Infrastruktur

Außerhalb des spezifisch medizinischen Bereiches sind nachfolgende Themenstellungen im Kontext von IT-Infrastruktur zu beachten.

7.4.1. Arbeitsplätze

IT-Arbeitsplätze sollten über eine vernünftige Positionierung gegenüber natürlichen und künstlichen Lichtquellen verfügen. Ein Abstand von zumindest einem Meter zu Behandlungsplätzen ist erforderlich, sofern nicht der IT-Arbeitsplatz direkt mit dem Behandlungsgerät verbunden ist. Bei der Beschaffung von Arbeitsplatz-PCs sollte man auf geringe Geräuscentwicklung achten und, dass Peripheriegeräte wie Tastaturen und Mäuse leicht zu reinigen sind.

7.4.1.1. Drucken und Scannen

Drucker sollten über eine ausreichende Dimensionierung und Leistungsfähigkeit verfügen. Außerdem ist in vielen Bereichen die Notwendigkeit unterschiedliche Formate zu drucken wichtig (Rezepte). Scanner dienen oft als elektronischer Eingang für beigebrachte Befunde. Daher sollten sie:

- » schnell sein (hoher Durchsatz)
- » doppelseitig scannen (Reduktion von Fehlern)
- » ein eingebautes OCR-System haben oder im Treiber OCR beherrschen (automatische Texterkennung)
- » Einfache Flachbett-Heimscanner sind im Allgemeinen nicht geeignet für einen Praxisbetrieb

7.4.1.2. Termin-, E-Mail- und Aufgabenmanagement

Es sollte ein für das gesamte PVE-Team zugängliches Termin-, E-Mail- und Aufgabenmanagement (PIM: Personal Information Manager) etabliert werden. Dabei ist – abgesehen von leichter Bedienbarkeit und hoher Verfügbarkeit – noch von folgenden zusätzlichen Gegebenheiten auszugehen:

- » Erhöhte Sicherheitsanforderungen, da mit gegebener Wahrscheinlichkeit auch sensible Daten²⁸ von Patientinnen/Patienten sowohl in E-Mails als auch in Kalender- oder Aufgaben-Einträgen auftauchen können.
- » Idealerweise Anbindung an das medizinische PVE-System zumindest aber Einbindung von Kalenderdaten aus dem PVE-System wie z. B. Ordinationszeiten, Dienstzeiten oder Termine mit Patientinnen/ Patienten.

7.4.1.3. Internet-Anbindung

Die Internet-Anbindung sollte für eine PVE im Businessbereich und redundant erfolgen. Redundant bedeutet, dass zwei parallele Internetverbindungen bestehen und bei Leitungsausfall der einen Verbindung automatisch die zweite Verbindung aktiv wird und die PVE damit weiterhin eine Netzverbindung nutzen kann. Konkret könnte man beispielsweise parallel eine Kabelleitung und eine Mobilfunklösung (LTE) nutzen („Hybrid“). Eine weitere Möglichkeit, die Ausfallsicherheit zu erhöhen, wäre es, zwei unterschiedliche Internetprovider zu nutzen. Dies ist keinesfalls zwingend notwendig und hängt auch von den Verfügbarkeitsanforderungen an die Internet-Verbindung ab.

Die Verbindung zum e-Card-System sollte nicht oder nur als Ausfallslösung für den normalen Internetverkehr verwendet werden. Sollte man seinen Patientinnen/Patienten in den Räumen der PVE (z. B. im Wartebereich) ein „Gästeinternet“ (WLAN) anbieten wollen, so sollte dieses aus Sicherheitsgründen strikt von der internen LAN- oder WLAN-Infrastruktur getrennt sein. Die Internet-Anbindung sollte auf jeden Fall mit einer dedizierten Firewall vom Internet abgeschiedet sein. Das entbindet aber nicht von der Absicherung sämtlicher Geräte innerhalb des internen Netzes (gilt auch für Netzwerkdrucker und Scanner).

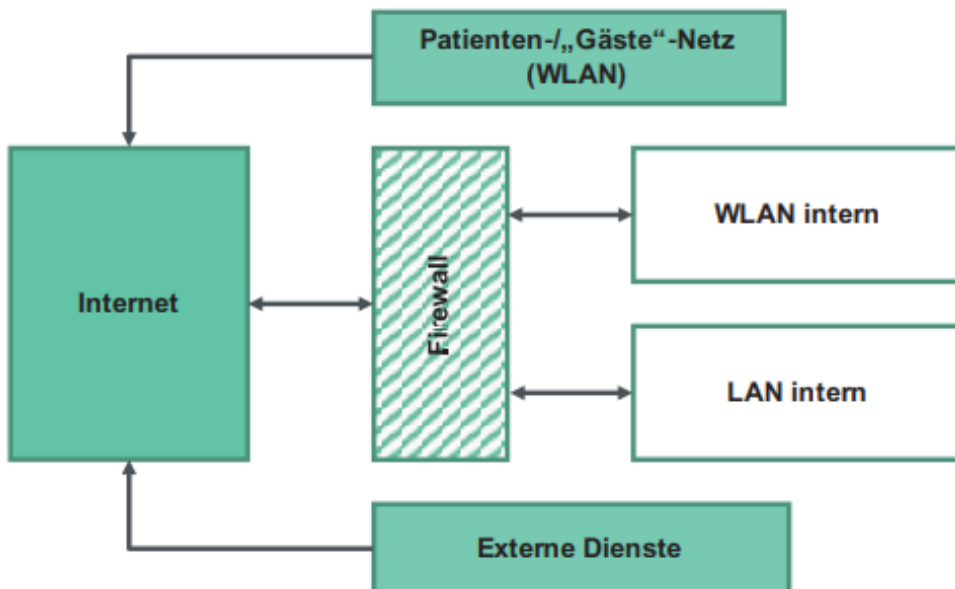


Abbildung 47: Schema Internet-Anbindung

28 DSGVO (35) Personenbezogene Gesundheitsdaten

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=de>

7.4.2. PVE-Homepage und -Domain

Da Patientinnen/Patienten zunehmend auch das Internet für die Kommunikation und das Auffinden von Services verwenden, ist ein eigener Internetauftritt der PVE nahezu unabdingbar. Hier gilt es Folgendes zu beachten:

- » Eine eigene Domain beschaffen (idealerweise mit Endung „.at“)
- » Homepage gestalten
 - » einfach: statische Homepage mit Kurzbeschreibung, Leistungen und Verfügbarkeit
 - » ideal: elektronische Anfragen/Terminreservierungen/News
- » Ein SSL-Zertifikat (SSL: Secure Sockets Layer) für die eigene Domain sollte beschafft und installiert werden. Die Daten Ihrer Website werden damit verschlüsselt übertragen. Besonders für Eingaben von Patientinnen/Patienten, wie zum Beispiel bei Formularen, ist das eine wichtige Sicherheitsmaßnahme und schafft Vertrauen.

Interaktive Dienste wie die elektronische Terminreservierung, die gesicherte Befundabfrage mit Benutzernamen/Passwort und Einmalcode sowie das Anbieten von Mail-Verteilern fallen unter mehrere restriktiveren gesetzlichen Regelungen:

- » Anbieten von Newsletter per Mail und Verschicken von Informationen benötigt die explizite Zustimmung der Empfängerin/des Empfängers²⁹ (siehe auch Kapitel 4.5) Will man Patientinnen/Patienten mit E-Mail-Informationen beschicken, bedarf dieses ihrer expliziten Zustimmung. Diese Zustimmung liegt nicht automatisch mit einer Inanspruchnahme einer PVE vor. Es muss auch für die Patientin/den Patienten eine einfache Möglichkeit geben, sich jederzeit von diesen PVE-Mailings abzumelden.
- » Bei einer elektronischen Terminreservierung sollte darauf geachtet werden, dass keine medizinisch relevanten Daten abgefragt werden (medizinische Daten sind immer sensible Daten nach DSGVO bzw. DSG). Dies kann durch Teamschulungen gestützt werden, es sollten aber auch die elektronischen Formulare durch Erläuterungen bzw. nicht bearbeitbare Felder entsprechend aufbereitet werden.
- » Die Abfrage von Befunddaten von Patientinnen/Patienten sollte immer in stark abgesicherter Form erfolgen:
 - » verschlüsselter Kanal durch korrekte SSL-Verbindung
 - » Benutzername/Passwort und ein Einmalcode oder eine dynamisch generierte URL
- » Es ist nicht zulässig, medizinische Daten per E-Mail zu verschicken, ohne spezielle Schutzmechanismen hoher Qualität etabliert zu haben (verschlüsseltes Dokument/Versenden eines Links auf ein gesichertes Archiv.)

7.4.3. Datensicherheit und Integrität

Datensicherheit und Integrität beschreibt die Absicherung von IT-Infrastruktur in einer PVE und die Methoden, die Dienste hoch verfügbar zu halten.

²⁹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=de>

7.4.3.1. Systemsicherheit

Um die Systemsicherheit zu gewährleisten, sind regelmäßige Updates eingesetzter Programme und Systeme durchzuführen, ebenso regelmäßige Überprüfungen auf Systemunsicherheiten (dies wird normalerweise durch den Softwareanbieter bereitgestellt) und Patches. Es empfiehlt sich zumindest eine wöchentliche Überprüfung, sofern der Anbieter der Softwarekomponenten nicht ein kürzeres Intervall oder automatische Updates und Korrekturen anbietet.

Neben den technischen Updates sind initiale wie auch periodische Teamschulungen zum Thema System- und Datensicherheit wesentlich. Diese fokussieren auf:

- » Umgang mit sensiblen Daten
- » Umgang mit verdächtigen Daten (Viren, Mail-SPAM ...)
- » Verwendung von dienstlicher Infrastruktur
- » Sinnvolle Verwendung von IT-Ausrüstung (Ablageorte, Tipps zur Verwendung)

Die internen Netze müssen mit dedizierten Firewalls abgesichert werden. Zusätzliche Firewalls zur Absicherung der individuellen sind für stationäre PCs (Workstation) empfohlen, für Notebooks und Mobilgeräten, die sich auch in Fremdnetze einbuchten können, sind diese Firewalls als verpflichtend anzusehen.

Aktuelle Virens Scanner sowohl am Arbeitsplatz als auch in der System-Firewall und den Servern sowie SPAM- und Fraud-Prevention-Lösungen für E-Mail ergänzen das Systemsicherheits-Konzept. Eine abgestimmte und effektive Lösung für die Systemsicherheit sollte von einer entsprechenden Fachfrau/einem entsprechenden Fachmann eingerichtet und dimensioniert bzw. zumindest in der Funktionalität und Sinnhaftigkeit validiert werden.

7.4.3.2. Verfügbarkeit der IT

Die Verfügbarkeit der IT ist im Gesundheitswesen allgemein und damit auch in einer PVE ein ganz wesentlicher Punkt, dem hohe Aufmerksamkeit zu schenken ist. Dabei ist auch der Aspekt der Wirtschaftlichkeit zu betrachten. Folgende Vorkehrungen sorgen für einen möglichst ausfallsicheren IT-Betrieb einer PVE:

- » Einsatz aktueller Hardware – idealerweise mit Servicevertrag (Service Level Agreement „SLA“) durch den Anbieter von Hard- und/oder Software.
- » Vorhalten von Ersatzgeräten und wesentlichen Ersatzteile vor Ort, wo notwendig oder sinnvoll wie z. B. Ersatzkabel, Tastaturen, Mäuse (lagernde Ersatztastaturen und Mäuse kosten weniger als der Verdienstausschlag, der durch ein defektes Peripheriegerät dieser Preisklasse produziert wird).
- » Wichtige Geräte in der PVE durch unterbrechungsfreie Stromversorgung (USV) und Netzfilter absichern.
- » Wichtige zentrale Datenbestände immer redundant abspeichern. Dies lässt sich recht einfach durch Einrichten eines NAS (Network Attached Storage Systeme) gewährleisten.

Ein weiterer wichtiger Punkt für die IT- und Daten-Verfügbarkeit ist die regelmäßige Sicherung sämtlicher Daten. Dabei ist nicht nur eine Sicherung von zentraler Wichtigkeit, auch die Verifikation des Wiedereinspiels von Daten muss regelmäßig erfolgen (d. h. Daten aus einer Sicherung wieder einspielen und stichprobenweise überprüfen).

Folgende Regeln werden für die besondere Schutzbedürftigkeit der Daten in einer PVE empfohlen:

- » Backups in mehreren Generationen und Tiefen anlegen. Z. B.: tägliche Sicherung in 4 Generationen, wöchentliche Sicherung in 10 Generationen (= Datenträger).
- » Regelmäßig bestimmte markierte Sicherungen disloziert, das heißt außerhalb der PVE, ablegen (z. B. Schließfach in einer Bank).
- » Zumindest halbjährlich sollte routinemäßig versucht werden, Backups wieder einzuspielen. Um das Hauptsystem damit nicht zu belasten, ist es ideal, ein (kleines) Zweitsystem zum sogenannten Restore-Test vorzuhalten.
- » Der Erfolg (oder Misserfolg) einer Sicherung sollte eine Benachrichtigung auslösen, die auch von den Verantwortlichen der PVE gelesen wird.

7.5. Datenschutz

In einer PVE werden gesundheitsrelevante Daten verarbeitet. Diese unterliegen allesamt der Klassifizierung für sensible Daten und sind daher basierend auf geltenden Datenschutzverordnungen mit besonderer Aufmerksamkeit abzusichern. Die EDV-technischen Anforderungen werden von Ihrem IT-Dienstleister umzusetzen sein – nachfolgende Ausführungen unterstützen Sie bei der Festlegung von Leistungsanforderungen an Ihren EDV-Partner.

7.5.1. Interner Datenschutz

Alle Netzzugänge zu den Daten sind entsprechend zu sichern und idealerweise ist der komplette Netzwerkverkehr sicher zu verschlüsseln (über SSL oder eine VPN-Verbindung). Das ist auch im internen Bereich der PVE sinnvoll, aber nicht bei jedem Softwareprodukt möglich. Daher sind alle Netzzugänge abzusichern und es ist sicherzugehen, dass auch der physische Zugang zu den internen Netzen abgesichert ist:

- » Interne WLAN-Verbindungen stark verschlüsseln, mit Passwort oder Zertifikaten absichern und verbergen.
- » LAN-Anschlüsse nicht in öffentlichen Bereichen frei zugänglich machen.

Es sind alle Maßnahmen zu treffen, dass nur autorisiertes Personal Zugang zu den Daten erhält. Das bedeutet, dass ein Benutzer- und Rollenmanagement zu etablieren ist:

- » Definition von Benutzerinnen/Benutzern und deren Rollen in der Organisation (z. B. Frau Dr. Müller ist Ärztin für Allgemeinmedizin, Herr Meier ist Physiotherapeut).
- » Jeder berechtigten Person sollte dabei genau ein definierter Benutzer zugewiesen werden und Berechtigungen möglichst nur an Rollen (z. B. Ärztin, Therapeut) vergeben werden und nicht an einzelne Benutzer.
- » Es müssen sinnvolle und vollständige Rollen bzw. Gruppen in den Anwendungen geschaffen werden, die eine sinnvolle und schnelle Zuordnung von Berechtigungen erlaubt. Aber auch der Entzug der Berechtigungen oder von Teilen von Berechtigungen muss schnell und problemlos möglich sein.
- » Es sollte jederzeit einfach möglich sein, einen Berechtigungs- und Rollenüberblick über Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zu bekommen.
- » Alle Benutzerdaten und Passwörter müssen auf aktuellem Stand gehalten werden. Das Verlassen der Organisation bedeutet sofortiges Außerkraftsetzen der vergebenen Benutzerkennung in allen Systemen.
- » Es sind Passwortregeln inklusive periodischer Passwortänderungen zu implementieren, die auch konsequent exekutiert werden. Sicherer ist ein gesicherter Zugriff mit Wissen und Besitz (Token Card, Token Generator oder Signaturkarten bzw. kontaktlose NFC-Lesegeräte und Passwort)

- » Es sollte Zugriffsprotokolle zumindest auf die zentralen sensiblen Dienste innerhalb des Informationssystems geben (z. B. Zugriff auf Patientenakte und Dekurs). Die Log-On- bzw. Log-Off-Zeiten der Arbeitsplätze sollten zu forensischen Zwecken archiviert werden, dürfen aber aus Gründen des Bedienstetenschutzes nur in Ausnahmefällen und dokumentiert zugänglich gemacht werden.

7.5.2. Externer Datenschutz

Können Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter extern auf Daten der PVE zugreifen, so ist sicherzugehen, dass die gleichen Regeln, die im internen Bereich gelten, auch extern zur Anwendung kommen:

- » Zugang nur über gesicherte Geräte oder ein Management, das gewährleistet, auch externe Geräte entsprechend sicher zu betreiben.
- » Sollte ein externes Gerät abhandenkommen, so ist dies sofort zu melden und es ist technisch sicherzugehen, dass kein Zugriff mehr von diesem Gerät erfolgen kann (z. B. durch Passwort-Reset oder Remote-Löschen).
- » Die bessere Lösung ist eine Klassifizierung von internen Daten (z. B. „normale Officedaten“ wie allgemeiner Kalender und persönliche E-Mails versus „medizinische Daten“). In diesem Fall können die „normalen Daten“ von PVE-Teammitgliedern von außerhalb bezogen werden, nicht jedoch die „medizinischen Daten“.

Für einen Zugriff von Patientinnen/Patienten auf ihre Befunde, die von der PVE zur Verfügung gestellt werden, gelten ebenfalls klare Datenschutzregelungen. Ein Versand medizinischer Daten via E-Mail ist ohne spezielle Schutzmechanismen (Verschlüsseltes Dokument/Versenden eines Links auf ein gesichertes Archiv) nicht gestattet. Folgende Möglichkeiten können genutzt werden, um datenschutzkonform mit der Patientin/dem Patienten sensible Daten auszutauschen:

- » Patientin/Patient bei Besuch der PVE mit einem persönlichen Account und Passwort ausstatten.
- » Per E-Mail einen Link auf das medizinische Dokument mit einer sogenannten generierter URL (Uniform Resource Locator) verschicken. Patientin/Patient kann sich mit dieser URL einloggen und das Dokument beziehen.

Für elektronische Buchung von Terminen seitens Patientinnen/Patienten kann ein anonymes Buchungsformular mit Verifizierung über E-Mail oder Telefon (z. B. SMS) eingesetzt werden. Hinsichtlich des Befundaustausches zwischen Gesundheitsdiensteanbietern gelten nachfolgende Empfehlungen:

- » Der ungerichtete Befundaustausch zwischen GDA sollte prinzipiell nur über ELGA abgewickelt werden. Ungerichtet bedeutet, dass die Empfängerin/der Empfänger zum Zeitpunkt der Ablage der Informationen nicht bekannt ist (z. B. CT-Bilder, die zu einem späteren Zeitpunkt in einer Verlaufskontrolle von anderen GDA genutzt werden).
- » Der gerichtete Austausch von Befunden (Senden von Befunden an weiterbehandelnde oder anfordernde GDA) sollte idealerweise über einen der Anbieter von gerichteter GDA-Kommunikation erfolgen:
 - » z. B. medical.net oder DaMe
 - » e-Card-Befundübertragung
- » Eine Befundübermittlung per E-Mail ist nicht erlaubt. Eine Übermittlung wie weiter oben beschrieben ist jedoch erlaubt.
- » Befunde per Fax zu verschicken ist zwar mit einigen definierten Vorsichtsmaßnahmen per Gesetz erlaubt, aber aus sicherheits- und verfahrenstechnischen Gründen kein ideales Medium.³⁰

³⁰ Siehe auch GTelG 2012: §27 Abs. 12

8. Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	3
2.	Einführung in den Gründungsprozess	5
3.	Wirtschaftliche Aspekte	20
3.1.	Einleitung	20
3.2.	Businessplan	22
3.2.1.	Aufbau und Informationen zur Erstellung eines idealtypischen Businessplans	22
3.2.1.1.	Deckblatt	22
3.2.1.2.	Executive Summary	22
3.2.1.3.	Unternehmen und Management	23
3.2.1.4.	Ausgangssituation & Einzugsgebiet	23
3.2.1.5.	Produkt bzw. Leistungsbeschreibung inkl. Vorteile von Primärversorgungseinheiten	23
3.2.1.6.	Marketing und PR-Maßnahmen	24
3.2.1.7.	Status Quo/Meilensteine/Zeitplan	24
3.2.1.8.	Kosten und Finanzierung/Vorschaurechnung Finanzteil	24
3.2.1.9.	Anhang	25
3.3.	Schätzungen der betrieblichen Aufwendungen, der Investitionskosten und des Kapitalbedarfes für eine Primärversorgungseinheit	26
3.3.1.	Gründungs-/Investitionskosten einer Primärversorgungseinheit	26
3.3.1.1.	Liegenschaft & Gebäude	26
3.3.1.2.	Rechtsberatungskosten inkl. Anmeldegebühren	28
3.3.1.3.	Steuerberatungskosten	28
3.3.1.4.	Andere Gründungskosten	28
3.3.1.5.	Eigenkapitalausstattung der Primärversorgungseinheit	29
3.3.2.	Laufende Kosten einer Primärversorgungseinheit	29
3.3.2.1.	Unterscheidung zwischen variablen und fixen Kosten	29
3.3.2.2.	Arten von laufenden Kosten einer Primärversorgungseinheit	29
3.3.2.3.	Die Bedeutsamkeit unternehmerischen und betriebswirtschaftlichen Handelns	30
3.3.2.4.	Mögliche Einflussgrößen auf laufende Kosten	30

3.4.	Finanzplan	31
3.4.1.	Finanzplan einer fiktiven Muster-Primärversorgungseinheit	31
3.5.	Finanzierungsmöglichkeiten	36
3.5.1.	Eigenkapital/Fremdkapital	36
3.5.2.	Anschubfinanzierung/Förderungen	36
3.5.3.	Aufnahme eines Darlehens	36
3.5.3.1.	Voraussetzungen	36
3.5.3.2.	Finanzierungskonzept, Vorbereitung auf Bankgespräch	36
3.5.3.3.	Darlehensarten und Darlehensbedingungen	37
3.5.3.4.	Finanzielle Risiken inkl. Haftungsinanspruchnahme	38
3.5.4.	Gesellschafterdarlehen	39
3.6.	Potenzielle Finanzierungs- und Fördermittel für Primärversorgungseinheiten	39
3.6.1.	RRF-Förderungen	39
3.6.2.	NeuFöG	39
3.6.3.	Unterstützung durch Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger	40
3.7.	Betriebswirtschaftliche Verpflichtungen	40
3.7.1.	Allgemeine Vorschriften der Rechnungslegung, Gewinnermittlungsarten und Jahresabschluss	40
3.7.1.1.	Bei einer Primärversorgungseinheit in der Rechtsform einer OG	41
3.7.1.2.	Bei einer Primärversorgungseinheit in der Rechtsform einer GmbH	42
3.7.1.3.	Bei einem Primärversorgungseinheit-Netzwerk in der Rechtsform eines Vereins	42
3.7.2.	Belegerteilungs-, Einzelaufzeichnungspflicht und Registrierkassenvorschriften	43
3.7.2.1.	Belegerteilung und Einzelaufzeichnungspflicht	43
3.7.2.2.	Registrierkasse	44
3.7.3.	Aufzeichnungspflichten	45
3.8.	Bewertung einer Primärversorgungseinheit	45
3.8.1.	Theoretische Grundlagen	45
3.8.2.	Praktikermethoden	47
3.9.	Steuerliche Aspekte von Primärversorgungseinheiten	47
3.9.1.	Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)	49
3.9.2.	Multiprofessionelle Gruppenpraxis als GmbH	49
3.9.3.	Offene Gesellschaft (OG)	50
3.9.4.	Verein	50
3.9.5.	Genossenschaft	50
3.10.	Umgründungssteuerrecht	50
3.10.1.	Anwendung des Umgründungssteuergesetzes	51
3.10.2.	Zusammenschluss	51
3.10.3.	Einbringung	55
3.10.4.	Realteilung	57
3.10.5.	Spaltung	58

3.11. Umsatzsteuerliche Besonderheiten betreffend Primärversorgungseinheiten	58
3.11.1. Primärversorgungseinheit-Gruppenpraxis	58
3.11.2. Primärversorgungseinheit-Netzwerk	60
3.11.3. Primärversorgungseinheit als selbstständiges Ambulatorium	63
3.12. Gewinnverteilungsmodelle	64
3.12.1. Grundsätze der Gewinnverteilung	64
3.12.2. Gewinnverteilungsbeispiel in den relevanten Rechtsformen	65
3.12.2.1. Gewinnverteilungsbeispiel der Primärversorgungseinheit-Gruppenpraxis OG	66
3.12.2.2. Gewinnverteilungsbeispiel der Primärversorgungseinheit-Gruppenpraxis GmbH	68
3.12.2.3. Gewinnverteilungsgrundsätze des Primärversorgungseinheit-Netzwerks mit Trägerorganisation	70
3.13. Ertragsteuerliche Unterschiede zwischen den relevanten Rechtsformen von Primärversorgungseinheiten	70
 4. Rechtliche Aspekte	 74
4.1. Einleitung	74
 4.2. Rechtsformen einer Primärversorgungseinheit	 74
4.2.1. Gruppenpraxis als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)	75
4.2.1.1. Organisationsform	75
4.2.1.2. Gruppenpraxis-GmbH	76
4.2.1.3. Betrieb einer Primärversorgungseinheit als Gruppenpraxis-GmbH	76
4.2.1.4. Vor- und Nachteile	77
4.2.2. Multiprofessionelle Gruppenpraxis als GmbH	78
4.2.3. Gruppenpraxis als Offene Gesellschaft (OG)	78
4.2.3.1. Organisationsform	79
4.2.3.2. Gruppenpraxis-OG	79
4.2.3.3. Betrieb einer Primärversorgungseinheit als Gruppenpraxis-OG	80
4.2.3.4. Vor- und Nachteile	80
4.2.4. Verein	81
4.2.4.1. Organisationsform	81
4.2.4.2. Betrieb einer Primärversorgungseinheit als Verein	81
4.2.4.3. Vor- und Nachteile	82
4.2.5. Genossenschaft	82
4.2.5.1. Organisationsform	82
4.2.5.2. Betrieb einer Primärversorgungseinheit als Genossenschaft	83
4.2.5.3. Vor- und Nachteile	83
4.2.6. Selbstständiges Ambulatorium	84
4.2.6.1. Wesentliche Eigenschaften	84
4.2.6.2. Organisationsform	85

4.3.	Verträge einer Primärversorgungseinheit	86
4.4.	Mögliche Arbeitsverhältnisse einer Primärversorgungseinheit	87
4.4.1.	Dienstvertrag	87
4.4.2.	Freier Dienstvertrag	88
4.4.3.	Werkvertrag	88
4.4.4.	Auftragsvertrag	88
4.4.5.	Vertragspartner der arbeitsrechtlichen Verträge	89
4.4.6.	Arbeitsrechtliche Verträge bei einer Primärversorgungseinheit in Form einer Gruppenpraxis-GmbH oder -OG	89
4.4.7.	Arbeitsrechtliche Verträge bei einem Primärversorgungsnetzwerk in Form eines Vereins oder einer Genossenschaft	90
4.5.	Datenschutz im Zusammenhang mit einer Primärversorgungseinheit	91
4.5.1.	Verantwortliche im Sinne der DSGVO	91
4.5.1.1.	Im Verhältnis zum Patienten	91
4.5.1.2.	Im Verhältnis zu sonstigen Vertragspartnern (Lieferanten, sonstigen Geschäftspartnern) sowie zu Interessenten	92
4.5.1.3.	Im Verhältnis zu Mitarbeitern (Dienstnehmern, freien Dienstnehmern)	92
4.5.2.	Pflichten des Verantwortlichen im Sinne der DSGVO	92
4.5.2.1.	Informationspflicht gegenüber den betroffenen Personen	92
4.5.2.2.	Auskunftspflicht gegenüber den betroffenen Personen	93
4.5.2.3.	Meldepflichten sowohl gegenüber den betroffenen Personen als auch der Datenschutzbehörde	93
4.5.2.4.	Dokumentationspflicht bei Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten	94
4.5.2.5.	Erstellung eines Verarbeitungsverzeichnisses	94
4.5.2.6.	Abschluss von Auftragsverarbeitungsverträgen	94
4.5.2.7.	Abschluss von Vereinbarungen über das Datengeheimnis mit Mitarbeitern und Mitgliedern	95
4.5.2.8.	Übermittlung von Gesundheitsdaten	95
4.5.2.9.	Implementierung, Einhaltung und Dokumentation von technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung eines angemessenen Datenschutzniveaus	95
4.5.2.10.	Die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten	95
4.5.2.11.	Die Erstellung einer Datenschutz-Folgenabschätzung	96
4.5.2.12.	Die Erstellung sonstiger Dokumente	96
4.5.3.	Übermittlung i. S. d. DSGVO	96
4.6.	Berufsrechtliche Zusatzinformationen	96
4.6.1.	Berufsrechtliche Zusatzinformationen – Ärzte	97
4.6.1.1.	„Ärztliche Verschwiegenheit“	97
4.6.1.2.	Disziplinarrecht	99
4.6.2.	Berufsrechtliche Zusatzinformationen – Pflege	99
4.6.2.1.	Anzeige bzw. Meldung von Verhalten trotz bestehender Verschwiegenheitsverpflichtung	100
4.6.3.	Berufshaftpflichtversicherung	101
4.6.4.	Dokumentationspflichten	102
4.6.5.	Werbung und Außenauftritt	102

4.6.5.1.	Werbe- und Provisionsverbot	102
4.6.5.2.	Bezeichnungsmöglichkeit einer „Ordinationsstätte“	103
4.6.5.3.	Ärztliches Ordinationsschild	103

5. Organisationsaspekte 106

5.1.	Einleitung	106
5.2.	Primärversorgungseinheiten	107
5.2.1.	Organisations- und Rechtsformen einer Primärversorgungseinheit	108
5.2.1.1.	Primärversorgungszentrum (PVZ)	109
5.2.1.2.	Primärversorgungsnetzwerk (PVN)	109
5.2.2.	Personen bzw. Berufsgruppen in Primärversorgungseinheiten	110
5.2.3.	Kinder-PVE	111
5.2.4.	Berufs- und Aufgabenprofile von Gesundheits- und Sozialberufen in PVE	112
5.2.4.1.	Diätologie	114
5.2.4.2.	Ergotherapie	117
5.2.4.3.	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	120
5.2.4.4.	Gesundheitspsychologie	123
5.2.4.5.	Hebammen	126
5.2.4.6.	Klinische Psychologie	129
5.2.4.7.	Logopädie	132
5.2.4.8.	Ordinationsassistenten	135
5.2.4.9.	Physiotherapie	138
5.2.4.10.	Psychotherapie	141
5.2.4.11.	Sozialarbeit	144
5.2.5.	PVE-Managerin/PVE-Manager	147
5.2.6.	Öffnungszeiten	149
5.2.7.	Versorgungskonzept als Grundlage der Leistungserbringung	149
5.2.7.1.	Was ist ein Versorgungskonzept?	149
5.2.7.2.	Welche Inhalte müssen in einem Versorgungskonzept abgedeckt werden?	149
5.2.7.3.	Zu welchem Zweck ist ein Versorgungskonzept zu erstellen?	150
5.2.7.4.	Wie ist bei nachträglichen Änderungen des Versorgungskonzepts vorzugehen?	150
5.3.	Aufbauorganisation	150
5.3.1.	Aufgabenverteilung und Regelung von Kompetenzen	152
5.3.1.1.	Stellenbeschreibungen, Anforderungsprofile	153
5.4.	Ablauforganisation	153
5.4.1.	Prozessmanagement	153
5.4.1.1.	Prozessoptimierung	155
5.4.2.	Patientenmanagement	155

5.4.2.1.	Beispielhafter Ablauf in einer PVE	156
5.4.2.2.	Herausforderungen in Krisenzeiten (z. B. Epidemie, Pandemie)	156
5.4.3.	Qualitäts- und Risikomanagement (QM/RM)	157
5.5.	Personalmanagement	159
5.5.1.	Personalbedarfsplanung	159
5.5.2.	Personalauswahl	160
5.5.3.	Personaleinsatzplanung	160
5.5.4.	Personalentwicklung	161
5.6.	Ausbildung	162
5.7.	Außenauftritt	163

6. Standortwahl und Raumbedarf 165

6.1.	Einleitung	165
6.2.	Akteurinnen/Akteure im Umfeld der Errichtung und des Betriebs von Primärversorgungseinheiten	165
6.2.1.	Gründung/Betrieb einer Primärversorgungseinheit	166
6.2.2.	Akteurinnen/Akteure im Bereich der Immobilienwirtschaft	166
6.2.3.	Akteurinnen/Akteure im Bereich der Bauwirtschaft	166
6.2.4.	Dienstleistungen im Lebenszyklus einer Liegenschaft	167
6.3.	Prozess und Standortkriterien für die Standortwahl	167
6.3.1.	Prozess der Standortwahl	167
6.4.	Ermittlung des Flächen- und Raumbedarfs für ausgewählte Typen von Primärversorgungseinheiten	170
6.4.1.	Richt-Raumprogramme für beispielhafte Typen von Primärversorgungseinheiten	171
6.4.1.1.	Raum- und Funktionsprogramm Beispiel Typ 1 – „Große Einrichtung“	171
6.4.1.2.	Raum- und Funktionsprogramm Beispiel Typ 2 – „Mittlere Einrichtung“	173
6.4.2.	Flächen-/Grundstücksbedarf für beispielhafte Typen von Primärversorgungseinheiten	175
6.5.	Grobe Abschätzung der Investitionskosten von Primärversorgungseinheiten	176
6.5.1.	Investitionskostenschätzung für einen Neubau einer PVE	176
6.5.2.	Investitionskostenschätzung für einen Umbau einer bestehenden Räumlichkeit zu einer Primärversorgungseinheit	179

7. IT-Aspekte	181
7.1. Einleitung	181
7.2. Modellarchitekturen	181
7.2.1. Ausprägung als PVN	181
7.2.2. Ausprägung als PVZ	182
7.2.2.1. Mandantenfähiges Ordinationssystem	183
7.2.2.2. Gemeinsame Ordinationssoftware	184
7.2.3. Cloudfähigkeit der Systeme	185
7.3. Erforderliche Komponenten eines IT-Systems für eine PVE	185
7.3.1. Administrative Patientenverwaltung	185
7.3.2. Patientenakt (DMS)	185
7.3.3. Anamnese und Dekurs	186
7.3.4. Medikation und Rezepte	186
7.3.5. Leistungs- und Referenzkataloge	186
7.3.6. Laborbuch	186
7.3.7. Terminverwaltung	186
7.3.8. Formulare und Formblätter	187
7.3.9. Abrechnung mit Krankenkassen	187
7.3.10. Anbindungen	187
7.3.10.1. Abwicklung von Meldepflichten	187
7.3.10.2. Anbindung von Medizingeräten	188
7.3.10.3. Anbindung an das e-Card-System	188
7.3.10.4. Anbindung an ELGA	189
7.3.10.5. Personalplanung & Verrechnung	190
7.4. Nicht medizinisch spezifische IT-Infrastruktur	190
7.4.1. Arbeitsplätze	190
7.4.1.1. Drucken und Scannen	190
7.4.1.2. Termin-, E-Mail- und Aufgabenmanagement	190
7.4.1.3. Internet-Anbindung	191
7.4.2. PVE-Homepage und -Domain	192
7.4.3. Datensicherheit und Integrität	192
7.4.3.1. Systemsicherheit	193
7.4.3.2. Verfügbarkeit der IT	193
7.5. Datenschutz	194
7.5.1. Interner Datenschutz	194
7.5.2. Externer Datenschutz	195
Impressum	203

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien. **Layout:** AD-Ventures Werbeagentur GmbH. **Verlags- und Herstellungsort:** Wien. **Stand:** August 2023. **Fotos:** iStock.com: DNY59 (S. 66), Borut Trdina (S. 95, S. 169), Drazen Lovric (S. 14), laflor (S. 95, S. 169), NanoStockk (S. 169), LUHUANFENG (S. 2), abdoudz (S. 153, S. 170), Mariella Drechsler (Überarbeitung Cover, S. 4, S. 5, S. 8, S. 13, S. 17, S. 18, S. 97, S. 98, S. 101, S. 110)

Der vorliegende Leitfaden wurde wesentlich durch finanzielle Mittel der Europäischen Union im Rahmen des „Directorate-General for Structural Reform Support (DG REFORM)“ der Europäischen Kommission unterstützt. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) beantragt und wurde gemeinsam mit den Bundesländern, der Sozialversicherung und der Europäischen Kommission durchgeführt. Eine weitere Bearbeitung erfolgt im Rahmen des Projekts „Attraktivierung und Förderung der Primärversorgung“ im Rahmen der EU-Aufbau- und Resilienzfazilität (Recovery and Resilience Facility kurz RRF genannt).

Inhaltliche Verantwortlichkeit: Der vorliegende Leitfaden wurde von der Deloitte Consulting GmbH im Rahmen des o.a. bereits abgeschlossenen EU-Projekts erstellt und wird von der Gesundheit Österreich GmbH in Abstimmung mit dem BMSGPK laufend überarbeitet. Für die Erstellung einzelner Kapitel bzw. Inhalte wurden Vorarbeiten herangezogen, die im Auftrag des BMSGPK (vertreten durch die Sektion VII) von unterschiedlichen externen Autorinnen und Autoren erstellt wurden. Dazu zählen die BDO Austria GmbH Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft (Wirtschaftliche Aspekte), die Rechtsanwaltskanzlei Mag. Christian Kux, MBL/wkk law (Rechtliche Aspekte), DI Michael Nöhammer (Grundlagenarbeit zum Thema IT) sowie die SOLVE Consulting Managementberatung GmbH gemeinsam mit dem Architekturbüro URBANZESCH ARCHITEKTEN (Grundlagenarbeit für die Kapitel 3.3 und 6.4).

Disclaimer: Dieses Dokument dient als praxisorientierte Erstinformation für Personen, die an der Gründung einer Primärversorgungseinheit bzw. an deren Mitarbeit interessiert sind, allen voran Ärztinnen und Ärzte (für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde) und andere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen. Dementsprechend stellen die Informationen in diesem Handbuch keine abschließende und vollständige Darstellung der angesprochenen Materien dar. Mit dieser grundsätzlich gewählten Vorgangsweise gehen zwangsläufig gewissen Unschärfen, Ungenauigkeiten und Lücken einher.

Alle Rechte vorbehalten: Jede Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronischen Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

