

Ärzttekammer für Tirol

Praxisleitfaden für Wahlärzte in Tirol



Kurie der niedergelassenen Ärzte





Dr. Momen Radi

Wahlarztreferent und
Kurienobmann der Kurie
Niedergelassene Ärzte

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Heutzutage Wahlarzt zu sein, kann Verschiedenstes bedeuten.

- Endlich freie Ausübung eines freien Berufes ohne Verträge, ohne Verbindlichkeiten, ein Umsetzen ärztlichen Expertentums – allerdings mit den Regeln des freien Marktes
- der erste Schritt zum Kassenarzt
- im Schoß der Sicherheit eines Angestelltenverhältnisses gleichzeitig mit wesentlich geringerem Risiko eine Privatpraxis nebenbei zu führen.

Nun die Gesinnung wie auch die Zielsetzung dieser drei Gruppen sind oft diametral entgegengesetzt.

Gruppe eins ist überzeugt von der Durchsetzung ihres Angebotes auf dem Markt und möchte auf keinen Fall einen beschränkenden, limitierenden und bürokratisierenden Vertrag mit einer Sozialversicherung.

Gruppe zwei sucht in der Niederlassung ein „abgespecktes“ Angestelltenverhältnis im Sinne von mehr Freiheit bei Bewahrung wirtschaftlicher Sicherheit. Diese Gruppe möchte auf jeden Fall eine vertragliche Lösung zur Minimierung des unternehmerischen Risikos.

Gruppe drei genießt bereits den Schutz des Angestelltenverhältnisses und möchte sich gleichzeitig noch etwas auf dem freien Markt versuchen.

Nun allen gemeinsam ist aber eines, sie sind Ärzte und betreuen einen Gutteil der österreichischen Bevölkerung auf deren ausdrücklichen Wunsch. Und damit besteht auch ein Versorgungsauftrag der Wahlärzte, was selbst von politischer Seite schon mehrfach bestätigt wurde.

Es gilt daher, den freien Beruf zu schützen und die Ärzte zu ermutigen sich mit ihrem Expertentum dem freien Markt zu stellen. Gleichzeitig aber haben wir auch dafür zu sorgen, dass faire Regeln herrschen und die Wahlärzte nicht vom medizinischen Versorgungssystem ausgeschlossen werden.

Dieses Kompendium soll eine kleine Hilfestellung auf dem Weg in die eigene Praxis oder ein hilfreiches Nachschlagewerk für schon niedergelassene Ärzte sein und ein Grundgerüst bieten, auf dem aufbauend man seine eigenen Ideen entwickeln kann.

**Viel Erfolg und viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen
Dr. Momen Radi**





Dr. Artur Wechselberger

Präsident der Ärztekammer für Tirol

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

in Österreich bildet das Prinzip der berufsständischen Vertretung in Kammern die Grundlage für die demokratische Selbstverwaltung der Angehörigen bestimmter Berufsgruppen. Bei den freien Berufen, zu denen der Arztberuf zählt, ist dieses Prinzip besonders ausgeprägt. Deren Kammern sind nicht nur die Vertretung der berufsständischen Interessen übertragen. Freiberuflerkammern sind zudem durch die Führung der Berufsliste Meldebehörde für ihre Mitglieder und mit Aufgaben der Ausbildung aber auch mit Disziplinarhoheit gegenüber ihren Mitgliedern ausgestattet.

Wie man sich auch einer territorialen Meldebehörde, wie sie unsere Gemeinden darstellen, nicht durch Freiwilligkeit entziehen kann, so ist auch die Mitgliedschaft - in unserem Fall in der Ärztekammer - für alle ausübenden des ärztlichen Berufes Pflicht. So gesehen stellt die Möglichkeit der autonomen Selbstverwaltung, statt staatlicher Zwangsverwaltung, ein Privileg unseres Berufsstandes dar, welches nur durch die Pflichtmitgliedschaft aller Berufsausübenden möglich wird.

Die Ärztekammern bestehen auf Grund bundesgesetzlicher Regelungen im Ärztegesetz. Die in jedem Bundesland zu errichtende Ärztekammer ist berufen, die gemeinsamen beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange der Ärzte wahrzunehmen und zu fördern sowie für die Wahrung des Berufssehens und der Berufspflichten der Ärzte zu sorgen.

Die Aufsicht über die postpromotionelle Ausbildung – einschließlich der Überprüfung der Qualität der Ausbildung durch Visitation der Ausbildungsstätten –

die Organisation der Fortbildung, Mitwirkung bei der Kontrolle von Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Verpflichtung der Einrichtung eines Wohlfahrtsfonds zur Versorgung und Unterstützung der Kammerangehörigen und deren Hinterbliebenen gehören auch zu den gesetzlichen Aufgaben.

Ärztekammern haben Verträge zur Regelung der Beziehungen der Ärzte zu den Trägern der Sozialversicherung abzuschließen und zu lösen sowie Richtlinien über die angemessene Honorierung ärztlicher Leistungen zu erlassen.

Während die angestellten Ärzte auf die Unterstützung von Gewerkschaften, Betriebsräten sowie Personalvertretungen bauen können und Betriebsvereinbarungen, Angestelltengesetz, Vertragsbedienstetengesetz und andere gesetzliche Regelungen Schutz bieten, steht den niedergelassenen Ärzten die Ärztekammer als einzige Interessenvertretung zur Seite.

Deshalb lernen die Ärzte nach ihrer Niederlassung sehr rasch den Wert einer schlagkräftigen Interessenvertretung, jetzt ihre einzige Unterstützung im rauen Wind der freien Niederlassung und des Berufsalltags, kennen und schätzen ihre Serviceleistungen.

Mit dieser Zusammenstellung wichtiger Informationen wollen wir als Teil dieses Service helfen, dass die schwere, verantwortungsvolle aber auch schöne und erfüllende Arbeit in der Praxis für die Wahlärztin und den Wahlarzt den erhofften Erfolg bringt.

Dr. Artur Wechselberger



Impressum:

Verleger, Medieninhaber und Herausgeber: Ärztekammer für Tirol, Anichstr. 7, 6020 Innsbruck, Tel.: 0512/52058-0, Fax: 0512/52058-130, www.aektirol.at
Geschlechtsneutrale Formulierung: Im Interesse des Textflusses und der Lesefreundlichkeit wurde in dem vorliegenden Bericht teilweise auf eine geschlechterspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Inhalt

1. Kurie der niedergelassenen Ärzte – Ihr Ansprechpartner	8
2. Wahlarzt – wie geht's weiter	8
3. Das rechtliche Umfeld der Niederlassung	9
4. Kassenvertragsarztstelle	10
5. Planung der Wahlarztpraxis	11
6. Honorargestaltung	18
7. Vorsorgeuntersuchungsverträge	21
8. Soziale Sicherheit für den Arzt	22
9. Steuern	25
10. Betriebliche Versicherungen	32
11. Der Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol	35
12. EDV und Organisation	42
13. Ärzte und Öffentlichkeit	45
14. Qualitätssicherungsverordnung 2012	46
15. Hygiene-Verordnung 2014	47
16. Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBVO)	47
17. Wartung medizinischer Geräte und elektrischer Anlagen	49
18. Ärztliche Hausapotheke	49

1. Kurie der niedergelassenen Ärzte – Ihr Ansprechpartner

Nach den Bestimmungen des § 84 Abs. 4 ÄrzteG verfolgt die Kurierversammlung der niedergelassenen Ärzte das Ziel der Wahrnehmung und Förderung der beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen der niedergelassenen Ärzte.

Tel: +43/512/52058
Fax: +43/512/52058-130
E-Mail: kammer@aektiroel.at

Wahlärztereferat:
Referent: Dr. Momen RADI

MitarbeiterInnen der Kurie der niedergelassenen Ärzte:

Dr. Johanna SAGMEISTER
Abteilungsleiterin
Tel. +43/512/52058-142,
E-Mail: sagmeister@aektiroel.at

Mag. Reinhold PLANK
Abteilungsleiter-Stv.
Beratung Praxiseröffnung, Kassenstellenbewerbungen,
Hausapotheken
Tel. +43/512/52058-149,
E-Mail: plank@aektiroel.at

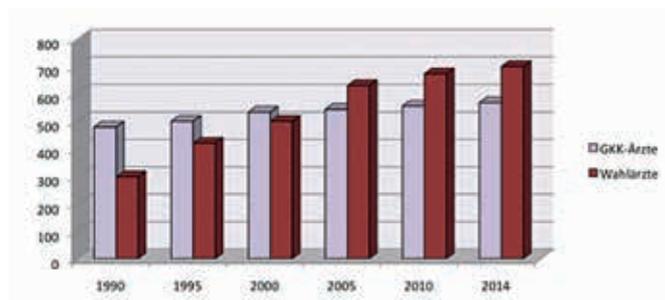
Maria PAINER
Kassenstellenbewerbungen, Kassenärztliche Stellen- und
Bedarfspläne
Tel. +43/512/52058-141,
E-Mail: painer@aektiroel.at

Isabella SCHRANTZ
Funkbereitschaftsdienst Innsbruck-Stadt, kassenärztlicher
Bereitschaftsdienst, Praxisvertretungen, Laborqualitätskon-
trolle
Tel. +43/512/52058-119,
E-Mail: schrantz@aektiroel.at

2. Wahlarzt – wie geht's weiter

2.1. Entwicklung der Wahlärzte in Tirol

In den letzten Jahren ist die Zahl der Wahlärzte in Tirol ständig ansteigend, während die Zahl der Ärzte mit § 2-Kassenvertrag stagniert. Eine Änderung dieser Tendenz ist auch in den nächsten Jahren nicht zu erwarten.



Die vergleichenden Zahlen zeigen es deutlich: In Tirol war im Jahr 2000 die Zahl der Wahlärzte und Kassenärzte noch annähernd gleich hoch. Bereits 2005 hat sich die Situation so entwickelt, dass es mehr Wahlärzte als Kassenärzte gibt. Es ist daher auch für die Ärztekammer besonders wichtig, dieser Entwicklung als Interessenvertretung der Ärzteschaft Rechnung zu tragen.

2.2. Erwartungen

Wesentlich für das gute Funktionieren einer Wahlarztordination sind vor allem gutes Zeitmanagement und das Anbieten von Serviceleistungen (Arztbriefe, Patientenbriefe, Hilfestellung beim Einreichen der Honorarnote). Patienten, welche einen Wahlarzt konsultieren, erwarten sich Zuwendung in Form von Zeit, kurze Wartezeiten (sowohl in der Ordination wie auf Termine) und eine persönliche Betreuung.

2.3. Honorare

Die Honorare bei Wahlärzten sind in der Höhe frei gestaltbar und müssen nach betriebswirtschaftlichen Überlegungen kalkuliert werden. Damit sind Wahlärzte der Konkurrenz der freien Marktwirtschaft ausgesetzt. Das betriebswirtschaftliche Risiko einer Wahlarztordination ist jedenfalls wesentlich höher einzuschätzen als das einer Kassenordination.

Viele Wahlärzte haben erkannt, dass es nicht möglich und auch nicht sinnvoll ist, eine Wahlarztordination zum Kassentarif wirtschaftlich positiv zu führen, insbesondere deshalb, da der Faktor „Zeit = Patientenbetreuung“ von den Krankenkassen in Österreich nur minimal bewertet wird. Werden mit den Patienten keine Vereinbarungen hinsichtlich des Honorars getroffen, wird die Angemessenheit des Honorars anhand der privatärztlichen Honorartarifempfehlung der Ärztekammer für Tirol beurteilt

2.4. Aufgaben

Wahlärzte nehmen vielfältige Aufgaben wahr. Teilweise eine medizinische Grundversorgungsaufgabe, teilweise einen ergänzenden Versorgungsauftrag zu den Ärzten mit Kassenverträgen.

Der Trend der Österreicher, für Wellness, Wellbeing und Gesundheit Geld auszugeben, bestätigt die Entwicklung der steigenden Anzahl an Wahlärzten. So haben Wahlärzte mittlerweile eine wesentliche gesundheitspolitische Bedeutung in ganz Österreich erlangt. ■

3. Das rechtliche Umfeld der Niederlassung

3.1. Voraussetzungen für die Niederlassung

- Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung
- Eintragung in die Ärzteliste
- Freie Niederlassungsmöglichkeit an einem beliebigen Ort (maximal zwei Ordinationsstandorte möglich)
- Falls die Ordination neben einer spitalsärztlichen Tätigkeit geführt werden soll, ist noch vor Eröffnung der Ordination das Einvernehmen mit dem Dienstgeber herzustellen.

3.2. Formalitäten für die Ausstellung des Diploms

Für ein Ansuchen um Ausstellung des Diploms Arzt für Allgemeinmedizin bzw. zum Facharzt sind nachstehende Unterlagen der Ärztekammer vorzulegen:

- Alle Zeugnisse über die erfolgte Ausbildung im Original
- Ärzteaussweis
- Prüfungsbestätigung (in Kopie)

3.3. Wichtig vor der Ordinationseröffnung

- Antrag auf Ausstellung einer Steuernummer beim Finanzamt
- Finanzierung mit Bank und Steuerberater erarbeiten
- Der Arzt hat angestellte Mitarbeiter vor Beginn des Dienstverhältnisses an die Tiroler Gebietskrankenkasse zu melden
- Bei Verwendung von Röntgengeräten oder nuklearmedizinischen Anlagen ist um eine Betriebsbewilligung bei der Abteilung Gesundheitsrecht beim Amt der Tiroler Landesregierung anzusuchen
- Meldung an die Ärztekammer zumindest zwei Wochen vor Ordinationseröffnung

Die Meldung an die Ärztekammer muss beinhalten:

- Name
- Fach
- Ordinations- und Wohnungsanschrift
- Zeitpunkt der Ordinationseröffnung
- Telefonnummer
- Ordinationszeiten
- Weitere ärztliche Tätigkeiten
- Nachweis des Bestehens einer Berufshaftpflichtversicherung gem. § 52d ÄrzteG ■

4. Kassenvertragsarztstelle

Die Ausübung der Wahlarztstätigkeit ist eine optimale Vorbereitung auf eine spätere Tätigkeit als Kassenvertragsarzt. Für alle Ärzte, die einen oder mehrere Einzelverträge mit den Sozialversicherungsträgern anstreben, liefern wir einen Überblick über die möglichen Verträge und die Auswahlkriterien.

Rund die Hälfte aller freiberuflichen Ärzte in Österreich haben einen Vertrag mit einer österreichischen Krankenversicherung. Sie sind nicht hauptberuflich angestellt. Die Verträge mit den Krankenkassen geben ihnen finanzielle Absicherung und garantieren auf der anderen Seite eine flächendeckende medizinische Versorgung für die Bevölkerung. Der Patient hat den Vorteil, ohne Bargeld zum Arzt gehen zu können. Die e-card bzw. der Überweisungsschein (Labor) genügt als Nachweis für seine Versicherung und ist gleichzeitig der „Scheck“, mit dem er für die Behandlung bezahlt.

4.1. Vertragsbeziehungen

Verträge gibt es mit folgenden Krankenversicherungsträgern:

- § 2-Krankenkassen (Gebietskrankenkasse, Austria Tabak, SVB)
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)
- Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA)
- Kranken- und Unfallfürsorge der Tiroler Landesbeamten und der Tiroler Landeslehrer (KUF Tirol) - Verpflichtungserklärung

4.2. Bewerberliste

Seit Inkrafttreten der neuen Reihungsrichtlinien (13.2.2004 für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte) über die Auswahl der Vertragsärzte führt die Ärztekammer für Tirol Bewerberlisten für Ärzte für Allgemeinmedizin und für Fachärzte des jeweiligen Sonderfaches. Voraussetzung für die Eintragung in die Bewerberliste ist die Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt. Die Eintragung in die fachspezifische Bewerberliste erfolgt über Antrag des Bewerbers, wobei als Zeitpunkt der Eintragung das Datum des Einlangens des Antrages bei der Ärztekammer für Tirol gilt. Bei der Ärztekammer für Tirol liegt ein entsprechendes Antragsformular auf. Die Angaben sind durch Geburtsurkunde, Staatsbürgerschaftsnachweis und den entsprechenden Nachweis der Berechtigung zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes in Österreich im Rahmen der ausgeschriebenen Fachrichtung (z.B. Diplom zum Arzt für

Allgemeinmedizin, Facharzt Diplom) zu belegen (Originale oder beglaubigte Kopien; bei Ärzten, die in der Ärztekammer für Tirol geführt sind, reichen unbeglaubigte Kopien). Eine gültige Bewerbung um eine ausgeschriebene Stelle (nach Inkrafttreten dieser Richtlinien) gilt auch als Antrag um Aufnahme in die Bewerberliste.

Übergangsfrist:

Für Ärzte, die vor dem Inkrafttreten dieser Richtlinien (13.2.2004 für ALL und FÄ) bereits im Fachgebiet der ausgeschriebenen Stelle in die Ärzteliste eingetragen waren, gilt als Zeitpunkt der ersten Eintragung die Verleihung des Diploms als Facharzt (entsprechend dem angestrebten Fachgebiet in der Niederlassung) oder als Arzt für Allgemeinmedizin. Ärzte, die in diese Übergangsfrist fallen, werden nicht in die Wartelisten eingetragen. Sie erhalten die Punkte automatisch im Falle einer Bewerbung.

Sowohl das Warteliste-Anmeldeformular als auch das Bewerbungsformular für die Bewerbung um eine ausgeschriebene Kassenstelle inkl. der dafür erforderlichen Erklärungen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol www.aektirol.at

4.3. Reihungsrichtlinien und Punkteschema

Die aktuelle Version der Richtlinien steht Ihnen ebenso auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol www.aektirol.at als Download zur Verfügung.

Folgende Kriterien gelangen zur Anrechnung:

- Zeiten als hauptberuflich (= mehr als 18 Stunden wöchentlich) angestellter, zur selbstständigen Berufsausübung innerhalb des EWR oder der Schweiz berechtigter Arzt im Fachgebiet der ausgeschriebenen Stelle.
- Zeiten der Niederlassung im Fachgebiet der ausgeschriebenen Stelle ohne andere hauptberufliche Tätigkeit (= mehr als 18 Stunden wöchentlich), unterschiedlich bepunktet, je nachdem ob die Wahlarztstätigkeit in derselben politischen Gemeinde der ausgeschriebenen Stelle erfolgt oder in einer anderen.
- Praxisvertretungen eines § 2-Kassenvertragsarztes.
- Tätigkeiten als Notarzt im organisierten Notarztsystem.
- Tätigkeiten im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Wochenendbereitschaftsdienste in Innsbruck-Stadt und Nachtbereitschaftsdienste an Werktagen).
- Zeiten als Turnusarzt in einer Lehrpraxis des ausgeschriebenen Fachgebietes.
- Ausgewählte fachbezogene ÖÄK-Diplome und Zertifikate.
- Zertifikat über absolvierten Sprengelärztkurs im Bundesland Tirol.

- Bei Ärzten für Allgemeinmedizin: zusätzlich zur allgemeinmedizinischen Ausbildung absolvierte anrechenbare Ausbildungszeiten zum Facharzt bzw. abgeschlossene Facharzt Ausbildung.
- Wartezeit vom Zeitpunkt der ersten Eintragung in die fachspezifische Warteliste bis zum Stichtag der jeweiligen Stellenbewerbung.
- Erfolgreiche Bewerbungen seit 13.2.2004 um einen ausgeschriebenen § 2-Kassenvertrag als Arzt für Allgemeinmedizin für dieselbe politische Gemeinde bzw. als Facharzt im selben Fachgebiet für den selben Bezirk.
- Behindertengerechter Zugang zur Arztpraxis gemäß ÖNORM B1600 und B 1601, unterschiedlich bepunktet, ob

bereits zum Zeitpunkt der Bewerbung vorhanden oder für die schriftliche Zusage sich ernsthaft zu bemühen, einen solchen innerhalb eines Jahres nach Vertragsbeginn zu schaffen.

- Zeiten des Präsenz-, Ausbildungs-, Zivildienstes, Mutterschutzzeiten Karenzzeiten, Zeiten des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld oder gleichartiger Leistungen.
- Sorgepflichtige Kinder.

Die genauen Kriterien entnehmen Sie bitte der aktuellen Version der Reihungsrichtlinien auf unserer Homepage www.aektiro.at.

5. Planung der Wahlarztpraxis

Voraussetzung für die Eröffnung einer Ordination ist die Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung, der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung und die Eintragung in die Ärzteliste. Bleibt ein Anstellungsverhältnis aufrecht, ist die Zustimmung des Rechtsträgers erforderlich (unbedingt schriftlich ansuchen und schriftlich die Zusage einfordern).

5.1. Standortwahl

Die Auswahl des Standortes ist einer der Faktoren für Erfolg oder Misserfolg in einer Wahlarztordination. Berücksichtigen Sie, wie gut die geplante Region mit Ärzten Ihres Fachgebietes versorgt ist und denken Sie dabei an Kassenärzte und Wahlärzte. Auch die lokale Infrastruktur und die Altersstruktur der Bevölkerung sind wesentliche Faktoren, die den Erfolg Ihrer Tätigkeit beeinflussen. Auch innerhalb einer Stadt ist es wesentlich (abhängig vom Fachgebiet), in welchem Stadtteil man seine Ordination eröffnet.

5.2. Bundes-Behinderten-gleichstellungsgesetz

Mit 1.1.2006 ist das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz in Kraft getreten. Dieses enthält ein Verbot von mittelbarer oder unmittelbarer Diskriminierung bzw. Belästigungen von behinderten Menschen.

Eine mittelbare Diskriminierung im Sinne des Gesetzes liegt schon dann vor, wenn auf Grund von baulichen, kommunikationstechnischen oder sonstigen Barrieren Menschen mit Behinderungen Verbrauchergeschäfte nicht eingehen können oder ihnen der Zugang zu der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen, nicht offen steht. Das Bundes-Behindertengleichstellungs-

gesetz räumt also Menschen das Recht einer Klage ein, wenn sie sich im Alltag oder im beruflichen Leben ihrer Behinderung wegen diskriminiert fühlen. Die Bestimmungen sind daher auch für ärztliche Ordinationsräumlichkeiten von Relevanz.

Bauliche Barrieren liegen beispielsweise vor, wenn auf Grund von Stufen, zu geringen Türbreiten oder nicht barrierefrei zugänglichen Sanitäreinrichtungen behinderte Menschen die an die Öffentlichkeit gerichteten Angebote nicht oder nur mit besonderen Erschwernissen wahrnehmen können.

Kommunikationstechnische Barrieren liegen beispielsweise vor, wenn auf Grund von fehlenden akustischen (z.B. Induktionsschleifen) oder optischen Orientierungshilfen behinderte Menschen entsprechende Angebote nicht oder nur mit besonderen Erschwernissen wahrnehmen können.

Hinsichtlich baulicher Barrieren im Zusammenhang mit Bauwerken sieht das Gesetz längere Übergangsfristen vor:

Baubewilligung vor dem 1.1.2006: Die Bestimmungen sind bis 31.12.2015 nur insoweit anzuwenden, als eine bauliche Barriere rechtswidrig errichtet wurde. Die Übergangsfrist ist allerdings dann nicht anzuwenden, wenn

... die behauptete Diskriminierung nach dem folgenden Datum erfolgt und der erforderliche Aufwand zur Beseitigung der Barriere folgende Beträge nicht übersteigt.
1.1.2007	€ 1.000,-
1.1.2010	€ 3.000,-
1.1.2013	€ 5.000,-

Bei Generalsanierungen, die nach dem 1.1.2006 bewilligt wurden, sind die Bestimmungen hinsichtlich baulicher

Barrieren ab dem Abschluss der Generalsanierung anzuwenden. Wird ein Bauwerk aufgrund einer nach dem 1.1.2006 erteilten Baubewilligung und Inanspruchnahme öffentlicher Förderungen umgebaut, sind die Bestimmungen auf die umgebauten Teile ab 1.1.2008 anzuwenden.

Das Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz ist in erster Linie ein Anti-Diskriminierungsgesetz und kein „Barrierefreiheitsgesetz“. Das heißt, dass der Einzelne keinen Rechtsanspruch auf Beseitigung einer Barriere hat. Sollte sich jemand wegen des Bestehens einer Barriere in einer Arztpraxis diskriminiert fühlen, kann er Schadenersatz verlangen, z.B. frustrane Taxikosten zur Praxis, welche er auf Grund der Barriere nicht betreten konnte.

5.3. Zweitordination

Jeder niedergelassene Wahlarzt darf ohne Genehmigung einen zweiten Ordinationssitz eröffnen, hierzu ist lediglich die Meldung an die Ärztekammer erforderlich. Eine Dritt-Ordination ist nicht zulässig. Bei Anmeldung einer Zweitordination und Interesse an Kassenverträgen wird empfohlen sich über die maßgeblichen Bestimmungen in den Reihungsrichtlinien in der Ärztekammer für Tirol zu informieren.

5.4. Führung mehrerer Fächer

Das Ärztegesetz erlaubt die gleichzeitige Ausübung mehrerer Sonderfächer, aber auch die Ausübung und Führung des Titels Arzt für Allgemeinmedizin und eines Sonderfaches. Voraussetzung hierfür ist die Absolvierung der jeweiligen Ausbildung und die Eintragung in die Ärzteliste. Bei Anmeldung eines weiteren Fachgebietes und Interesse an Kassenverträgen wird empfohlen sich über die maßgeblichen Bestimmungen in den Reihungsrichtlinien in der Ärztekammer für Tirol zu informieren.

5.5. Der hauptberufliche Wahlarzt

Um die Anfangsphase der Ordinationseröffnung leichter finanziell überbrücken zu können, sind (abhängig vom Fachgebiet) Zusatztätigkeiten sinnvoll oder sogar unbedingt erforderlich.

5.6. Mögliche Nebentätigkeiten

5.6.1. Praxisvertretungen

Dies ist die beste Möglichkeit Erfahrung zu sammeln und zusätzliches Einkommen zu lukrieren, da in den meisten Fächern Bedarf an Praxisvertretern besteht. Darüber hinaus

können durch eine Praxisvertretung wertvolle Punkte für eine allfällige Kassenstellenbewerbung gesammelt werden (Achtung! schriftliche Anmeldung vor Antritt der Vertretung notwendig). Kontaktieren sie Kolleginnen und Kollegen am besten persönlich, um die Bereitschaft zur Vertretung anzubieten.

Sie haben auch die Möglichkeit sich auf die bei der Ärztekammer geführte Vertreterliste setzen zu lassen bzw. auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol nach Ärzten zu suchen, die auf der Suche nach Vertretern sind.

(www.aektiro.at./praxisvertretungen)

5.6.2. Schularzt

Nach dem Schulunterrichtsgesetz haben Schularzte die Aufgabe, die Lehrer in gesundheitlichen Fragen zu beraten und die hierfür erforderlichen Untersuchungen der Schüler durchzuführen. Die schulärztliche Nebenbeschäftigung hat oft den Vorteil, dass damit ein Anstellungsverhältnis verbunden ist. Dadurch ist der Schularzt kranken- und sozialversichert und hat auch in Urlaubszeiten ein gewisses Einkommen. Die schulärztliche Tätigkeit bietet sich vor allem für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte für Kinderheilkunde (ÖÄK-Diplom Schularzt von Vorteil) an. Schularztstellen sind im Regelfall sehr begehrt, freie Stellen daher selten.

5.6.3. Kurarzt

Die Bezeichnung „Kurarzt“ kann als Zusatz zur Bezeichnung der ärztlichen Berufstätigkeit nur von solchen Ärzten geführt werden, die in einem behördlich anerkannten Kurgebiet als Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt eines einschlägigen Fachgebietes niedergelassen sind und sich ausschließlich oder zumindest vornehmlich mit der Verordnung der ortsüblichen Kurmittel und mit der Überwachung der Kurpatienten befassen. Das gleiche muss auch für Ärzte gelten, die in behördlich anerkannten Kurorten in nach den Heilvorkommen- und Kurortegesetz behördlich genehmigten Heilbade- und Kuranstalten tätig sind. Das Diplom für Kurärzte ist empfehlenswert.

5.6.4. Betriebsarzt

Diese Tätigkeit bietet sich vor allem für Allgemeinmediziner an. Betriebsärzte müssen eine 12-wöchige Ausbildung an einer einschlägigen Ausbildungseinrichtung (z.B. Akademie für Arbeitsmedizin) absolviert haben. Es gibt auch einen „Facharzt für Arbeitsmedizin“. Für freiberuflich tätige Betriebsärzte gibt es ein Vertragsmuster und einen entsprechenden Empfehlungstarif der Österreichischen Ärztekammer.

5.6.5. Umweltarzt

Die Ausbildung auf diesem Gebiet (ÖÄK - Diplom) befähigt in besonderem Maße zu einer gutachterlichen Tätigkeit bei verschiedenen Behörden und in entsprechenden Verwaltungsverfahren.

5.6.6. Teilnahme an Bereitschaftsdiensten

Eine gute Möglichkeit für Ärzte für Allgemeinmedizin ist die Teilnahme am Wochenendbereitschaftsdienst in Innsbruck, wie auch die Teilnahme am Nachtbereitschaftsdienst unter der Woche in einigen Regionen Tirols.

Insbesondere junge Ärzte haben dadurch die Möglichkeit, berufliche Erfahrung zu sammeln und sich ein zusätzliches Einkommen zu sichern. Zusätzlich werden auf diese Weise wertvolle Punkte gesammelt, die sich im Falle einer Bewerbung um eine Kassenplanstelle vorteilhaft auswirken können.

5.6.7. Gutachterliche Tätigkeit

Ärztliche Gutachten dürfen von jedem zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in seinem Fachgebiet erstattet werden. Um als allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger bei Gericht tätig werden zu können, bedarf es der Eintragung in die Sachverständigenliste beim zuständigen Landesgericht.

Der Eintragungswerber hat einen schriftlichen Antrag an das Präsidium des Landesgerichtes zu stellen. Die wesentlichen Grundvoraussetzungen für die Eintragung in die Sachverständigenliste sind eine fünfjährige ärztliche Tätigkeit in dem für die Eintragung in Frage kommenden Fachbereich und die positive Absolvierung einer kommissionellen mündlichen Prüfung.

5.7. Formen der Zusammenarbeit

Bei der Niederlassung sollte sich jeder Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt die Frage stellen, ob die Berufsausübung in Zusammenarbeit mit Kollegen aus organisatorischen, finanziellen oder aus Gründen der medizinischen Qualität von Vorteil ist. In der Praxis haben sich vor allem zwei Formen der Zusammenarbeit von freiberuflichen Ärzten bewährt: die gemeinsame Nutzung von Ordinationsräumen (Ordinationsgemeinschaft) und/oder die gemeinsame Nutzung von medizinischen Geräten (Apparategemeinschaft).

5.7.1. Apparategemeinschaft

Eine Apparategemeinschaft ist eine Gemeinschaft von Ärzten, die unter Beibehaltung ihrer eigenen Praxis und ihrer eigenen Räume medizinisch-technische Geräte gemeinsam nutzen.

Zum Beispiel: Gemeinsame Nutzung von Laborgeräten (Laborgemeinschaft) oder gemeinsame Nutzung physikalischer Therapiegeräte: Die Geräte können sich bei einem der beteiligten Ärzte oder an einem dritten Ort befinden, sie können gemeinsam gekauft oder gemietet sein, aber auch im Eigentum eines der beteiligten Ärzte stehen, der sie an die

anderen Kollegen vermietet. Die Apparategemeinschaft und ihre Mitglieder sind bei der Ärztekammer zu melden.

5.7.2. Ordinationsgemeinschaft

Unter Beibehaltung der jeweils eigenen Praxis erfolgt eine gemeinsame Nutzung von bestimmten Räumen, von Personal, gemeinsamen Einrichtungen von allen an der Ordinationsgemeinschaft beteiligten Ärzten. Der Grad der Zusammenarbeit hängt von der jeweiligen Organisation ab. Jeder Arzt hat seine eigenen Patienten zu betreuen. Seine persönliche Verantwortung bleibt unangetastet. Die Ordinationsgemeinschaft eignet sich auch für kleine Praxen, zum Beispiel durch so genanntes Timesharing in der Nutzung: Vormittags ordiniert der eine Partner, nachmittags der andere, jeweils in denselben Räumen. Die Ordinationsgemeinschaft ist bei der Ärztekammer zu melden.

5.7.3. Gruppenpraxis

Bis Sommer 2010 war die Zusammenarbeit von freiberuflich tätigen Ärzten als Gruppenpraxis nur in der Rechtsform der Offenen Gesellschaft (OG) möglich. Seit der Erlassung des Bundesgesetzes zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung (14. ÄrzteG Novelle) besteht nunmehr auch die Möglichkeit der Gründung einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH.

5.7.3.1. Rahmenbedingungen für Gruppenpraxen

Unter Bedachtnahme auf das Urteil des EuGH vom 10.3.2009 im „Fall Hartlauer“, in dem die Ungleichbehandlung von Ambulatorien und Gruppenpraxen in Bezug auf die für Ambulatorien (nichtbettenführende Krankenanstalten) vorgesehene Bedarfsprüfung als gemeinschaftsrechtswidrig angesehen wurde, hat der Gesetzgeber mit dem vorerwähnten Gesetz Kriterien für Gruppenpraxen zur Abgrenzung von privaten Ambulatorien sowie ein eigenes Zulassungsregime für Gruppenpraxen festgelegt.

Einer Gruppenpraxis dürfen als Gesellschafter nur berufs befugte Ärzte (gleicher oder verschiedener Fachrichtung) angehören. Der Zusammenschluss mit anderen Berufsgruppen, wie z.B. mit Zahnärzten, ist gesetzlich nicht vorgesehen.

Weiters ist festgelegt, dass jeder Gesellschafter maßgeblich zur persönlichen Berufsausübung in der Gesellschaft verpflichtet ist. Damit soll sichergestellt sein, dass der Schwerpunkt der ärztlichen Berufsausübung in der Gruppenpraxis entfaltet wird. Zwischen den Gesellschaftern gleicher Fachrichtung ist die freie Arztwahl sicherzustellen und es darf keine Weisungsbindung der Gesellschafter geben.

Mit Ausnahmen von Lehrpraktikanten ist eine Anstellung von Ärzten untersagt. Eine Mitarbeit von anderen Ärzten in der Gruppenpraxis ist nur zur vorübergehenden Vertretung (z.B. Abwesenheit auf Grund von Fortbildung, Krankheit und Urlaub) zulässig.

Der Behandlungsvertrag wird bei Gruppenpraxen im Unterschied zu Einzelpraxen bzw. zu Ordinations- und Apparategemeinschaften mit der Gruppenpraxis abgeschlossen und nicht mit dem einzelnen Arzt. Zum Abschluss von Behandlungsverträgen für die Gesellschaft ist jeder Gesellschafter berechtigt.

Pro Gesellschafter dürfen maximal fünf vollzeitbeschäftigte Angehörige anderer Gesundheitsberufe angestellt sein, die maximale Anzahl solcher Angestellter ist mit 30 beschränkt. Ordinationsgehilfen sind nicht einzurechnen. Eine Ausnahme von dieser Größenbegrenzung sieht das Gesetz lediglich für Sonderfächer mit hohem Technisierungsgrad wie Medizinische und Chemische Labordiagnostik, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation sowie Radiologie vor.

Eine Gruppenpraxis kann grundsätzlich nur einen Berufssitz haben, der zugleich Berufssitz der an ihr beteiligten Ärzte ist. Lediglich Gruppenpraxen mit Direktverrechnung können unter bestimmten Voraussetzungen mehrere Standorte haben, wobei die Anzahl der Standorte mit der Anzahl der an der Gruppenpraxis beteiligten Gesellschafter beschränkt ist.

5.7.3.2. Arten von Gruppenpraxen

Das Ärztesgesetz sieht folgende Arten von Gruppenpraxen vor:

- Gruppenpraxen mit Direktverrechnung (Kassengruppenpraxen)
- Gruppenpraxen mit Kostenerstattung (Wahlarztgruppenpraxen)
- Gruppenpraxen ohne Kostenerstattung (z.B. Schönheitschirurgie)

Jede Gründung einer Gruppenpraxis setzt die Eintragung in das Firmenbuch, den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung sowie die Eintragung in die Ärzteliste voraus. Das weitere Zulassungsverfahren hängt von der Art der Gruppenpraxis ab.

Anzeigeverfahren für Gruppenpraxen mit Direktverrechnung (Kassengruppenpraxen)

Für Gruppenpraxen mit Direktverrechnung erfolgt die Bedarfsprüfung bereits durch den Stellenplan. Für die Gründung ist daher – im Gegensatz zu Gruppenpraxen mit Kostenerstattung – kein spezielles Zulassungsverfahren durch den Landeshauptmann vorgesehen. Gesetzliche Voraussetzung für die Gründung ist, dass jeder Gesellschafter bereits über einen Einzelvertrag mit der TGKK verfügt bzw. die zu gründende Gruppenpraxis bereits im TGKK Stellenplan festgelegt ist.

Die Gründung einer derartigen Gruppenpraxis bedarf einer schriftlichen Anzeige an den Landeshauptmann über eine wechselseitige schriftliche Zusage zwischen Gesellschaft (bzw. Vorgesellschaft) und der TGKK über einen Gruppenpraxis-Einzelvertrag hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen, -spektrum, Personalausstattung und Öffnungszeiten etc.). Bei der Festlegung des Leistungsangebotes im Einzelver-

trag ist auf den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) Bedacht zu nehmen.

Der Landeshauptmann hat mit der Anzeige den Ausschuss der Landesgesundheitsplattform zu befragen. Die Gründung einer Gruppenpraxis, die zwar im Stellenplan vorgesehen ist, deren Gesellschafter aber nicht bereits über einen Einzelvertrag mit der TGKK verfügen, ist überdies der Wirtschaftskammer anzuzeigen.

Im Gesetz ist ausdrücklich normiert, dass über das zugelassene Leistungsangebot hinaus keine sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähigen Leistungen verrechnet werden dürfen (bei sonstiger Nichtigkeit des Behandlungsvertrages hinsichtlich des Honorars).

Dies bedeutet, dass für bestimmte Leistungen kein Honorar verlangt werden darf. Welche Leistungen im Detail der Gesetzgeber unter „sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen“ subsumiert, ist dem Gesetzestext nicht zu entnehmen.

Die Vergütungen (= Honorierungen) im Rahmen von Gruppenpraxen mit Direktverrechnung haben für fachgleiche Gruppenpraxen in Einzelleistungs- oder Pauschalmodellen zu erfolgen, für fachunterschiedliche Gruppenpraxen sind jedoch ausschließlich Pauschalmodelle vorgesehen.

Zulassungsverfahren für Gruppenpraxen mit Kostenerstattung

Die Zulassung von Gruppenpraxen, die erstattungsfähige Leistungen erbringen, erfolgt durch Bescheid des Landeshauptmannes. Für die Durchführung des Verfahrens ist das Land zuständig. Den betroffenen Sozialversicherungsträgern, der Wirtschaftskammer und der Ärztekammer kommt im Verfahren Parteistellung zu.

Die bescheidmäßige Zulassung durch den Landeshauptmann setzt voraus, dass durch die Gruppenpraxis eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes im Einzugsgebiet erreicht werden kann. Dazu hat der Landeshauptmann im Rahmen des Zulassungsverfahrens ein Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH sowie eine Stellungnahme der Landesgesundheitsplattform einzuholen.

Im Bescheid ist im Rahmen des Antrags durch entsprechende Auflagen der Versorgungsauftrag hinsichtlich des Leistungsangebots (Leistungsvolumen einschließlich Personalausstattung, Leistungsspektrum und Öffnungszeiten unter Berücksichtigung von Tagesrand- und Nachtzeiten, Sams-, Sonn- und Feiertagen sowie erforderlichenfalls Bereitschaftszeiten) festzulegen. Auch Gruppenpraxen mit Kostenerstattung dürfen – bei sonstiger Nichtigkeit des Behandlungsvertrages hinsichtlich des Honorars – über das bescheidmäßig festgelegte Leistungsangebot hinaus keine sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähigen Leistungen verrechnen. Die Zulassung einer derartigen Gruppenpraxis ist grundsätz-

lich erst dann möglich, wenn es zwischen der Ärztekammer für Tirol und der TGKK einen Gruppenpraxen-Gesamtvertrag bzw. eine wechselseitige schriftliche Zusage über den Abschluss eines Sonder-Einzelvertrages einer Gesellschaft oder Vorgesellschaft, die die Gründung einer Kassengruppenpraxis beabsichtigt, gibt.

Gruppenpraxen ohne Kostenerstattung

Für Gruppenpraxen, die ausschließlich sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähige Leistungen anbieten, besteht kein spezielles Zulassungs- bzw. Anzeigeverfahren. Darunter werden Leistungen im Bereich der Schönheitschirurgie (kosmetische Leistungen) verstanden. Für derartige Gruppenpraxen hat lediglich die Eintragung ins Firmenbuch und in die Ärzteliste zu erfolgen.

Werden von der Gruppenpraxis sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht, so tritt auch hier ex lege die Rechtsfolge ein, dass diesbezüglich geschlossene Behandlungsverträge hinsichtlich des Honorars nichtig sind. Hierüber ist der Patient vor Inanspruchnahme der Leistung aufzuklären.

Was gilt für bereits bestehende Gruppenpraxen?

Gruppenpraxen in der Rechtsform einer Offenen Gesellschaft (OG), die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der Gesetzesnovelle bereits in die Ärzteliste eingetragen sind, sind aufgrund des Vertrauensschutzes vom neuen Zulassungsregime für Gruppenpraxen nicht berührt. Dies gilt auch bei einem Wechsel der Gesellschaftsform, der dem Landeshauptmann anzuzeigen ist. Die geänderten gesetzlichen Bestimmungen sind jedoch vollinhaltlich auch auf bestehende Gruppenpraxen anzuwenden.

5.8. Auswahl der Ordinationsräumlichkeiten – Einrichtung

Bei hauptberuflicher Tätigkeit in der Wahlarztordination ist die Auswahl von eigenen Ordinationsräumlichkeiten unumgänglich. Besprechen Sie mit Ihrem Steuerberater, ob eine Kauf- oder Mietvariante vorzuziehen ist. Zum Minimieren Ihrer Fixkosten kann es zweckmäßig sein, bereits zu Beginn einen Tag oder Halbtage an einen weiteren Wahlarzt oder Physiotherapeuten zu vermieten. Bedenken Sie eine höhere Patientenfrequenz, wenn später ein Kassenvertrag angestrebt wird oder sogar wahrscheinlich ist.

Bedenken Sie weiters, dass im Warteraum nicht nur Patienten sondern auch Begleitpersonen Platz finden müssen (vor allem bei Kinderärzten) und planen Sie eine Spielecke für Kinder. Wenn Sie nur ein bis zweimal pro Woche in Ihrer Ordination tätig sind, können Sie durch tageweises Einmieten in bestehenden Ordinationen Investitionskosten sparen und das wirtschaft-

liche Risiko bei der Ordinationseröffnung senken. Die Möglichkeit einer Ordinationsgemeinschaft sollte jedenfalls geprüft werden.

Ein praktisches Beispiel

Ein Arzt für Allgemeinmedizin, eine Kinderfachärztin und eine Fachärztin für Physikalische Medizin haben eine Ordinationsgemeinschaft (Rechtsform: Gesellschaft nach bürgerlichem Recht – GesnbR) gegründet und Ordinationsräumlichkeiten gemietet (die Ordinationsgemeinschaft ist Hauptmieter). Es gibt einen Warteraum und einen Ordinationsraum, der zu verschiedenen Zeiten von den Ärzten genutzt wird. Alle Investitionen (Einrichtung, EDV) werden gemeinsam getragen, sämtliche Fixkosten werden gedrittelt (Energie, Telefon, Versicherung, Miete). Wichtig bei einer Gruppenlösung ist es, Spielregeln zu Beginn schriftlich festzulegen, nach denen Entscheidungen getroffen werden.

Im Zweifel ist es besser, eine Person als Hauptmieter festzulegen und alle anderen als Untermieter, um Streitfälle zu vermeiden. Je besser Sie die beteiligten Personen kennen, umso mehr bietet sich eine Partnerschaft im Sinne einer Ordinationsgemeinschaft an. Die Einrichtung Ihrer Ordination sollte zweckmäßig sein und Ihre Arbeitsabläufe unterstützen. Zeigen Sie Ihre Einrichtungspläne Kollegen, die bereits als Wahlarzt tätig sind, bzw. holen Sie Angebote von einschlägigen „Ordinationseinrichtern“ ein. So können Sie auf Erfahrungen aus der Praxis zurückgreifen und grundsätzliche Fehler vermeiden.

5.9. Der pharmazeutische Notapparat

Nach dem Ärztegesetz besteht für alle Ärzte die Verpflichtung „die nach der Art ihrer Praxis und nach den örtlichen Verhältnissen für die Erste Hilfe Leistung in dringenden Fällen notwendigen Arzneimittel vorrätig zu halten“.

5.10. Kommunikation aufbauen

5.10.1. Bezirksärztevertreter, Kolleginnen und Kollegen

Stellen Sie sich beim Bezirksärztevertreter vor, bevor Sie Ihre Ordination eröffnen. Die jeweiligen Namen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol unter www.aektirol.at/organe-gremien

5.10.2. Gemeinde

Knüpfen Sie Kontakte mit Vertretern der Gemeinde. Vor allem im ländlichen Bereich sind Gemeinden bereit, Ärzte zu

unterstützen, die eine Ordinationseröffnung planen. Teilweise werden diverse finanzielle Unterstützungen gewährt und teilweise, wenn es sich um Räumlichkeiten der Gemeinde handelt, ermäßigte Mieten in den ersten Praxisjahren.

5.11. Der Arzt als Dienstgeber

5.11.1. Auswahl der Ordinationsassistentin

Die Ordinationsassistentin ist die erste Person, mit der Ihr Patient Kontakt hat, und auch die letzte Person, bevor er die Ordination verlässt. Sie ist somit eine zentrale Person in Ihrer Praxis, die den „ersten Eindruck“ entscheidend mitbestimmt. Bedenken Sie diese Tatsache bei Ihren Einstellungsgesprächen.

Gerade in „kleinen“ Ordinationen stellt sich oft die Frage, ob überhaupt eine Ordinationsassistentin angestellt werden soll. Unsere klare Empfehlung lautet: JA. Eine Ordination ohne Angestellte kann den Eindruck von Unprofessionalität vermitteln.

Die Ordinationsassistentin nimmt dem Arzt vor allem organisatorische Arbeiten ab und nimmt die Anrufe entgegen. Jeder Anruf stört die persönliche Atmosphäre in einem Beratungsgespräch ganz massiv.

5.11.2. Kollektivvertrag für Angestellte bei Ärzten

Für das Dienstverhältnis der in Ordinationen niedergelassener Ärzte und Gruppenpraxen beschäftigten Angestellten kommt ein eigener Kollektivvertrag zur Anwendung, welcher zwischen der Ärztekammer für Tirol und dem ÖGB, Gewerkschaft der Privatangestellten, abgeschlossen wurde.

Der Kollektivvertrag regelt die Mindestansprüche für den Dienstnehmer. Selbstverständlich ist eine Gewährung darüber hinausgehender Leistungen jederzeit möglich. Seitens des Dienstgebers besteht dazu allerdings keine Verpflichtung.

Im Kollektivvertrag sind unter anderem folgende wesentliche Punkte festgelegt:

- Arbeitszeit
- Überstundenentlohnung
- Urlaub
- Mindestentgelt
- Gefahrenzulagen
- Kündigung
- Bezahlte Weiterbildung
- Sonderzulagen

Der jeweils gültige Kollektivvertrag kann auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol unter www.aektirol.at abgerufen werden.

5.12. Ordinationszeit – Erreichbarkeit für die Patienten

Die Ordinationszeit ist prinzipiell frei gestaltbar. Die Bekanntmachung der Ordinationszeit auf dem Ordinationsschild ist nicht zwingend vorgeschrieben. Die Angabe einer Ordinationszeit ist jedoch dringend zu empfehlen, da so Anrufe von Patienten und Ordinationsbesuche besser gesteuert werden können.

Es steht Ihnen auch völlig frei auf dem Schild 16:00 bis 18:00 zu vermerken, tatsächlich aber von 15:00 bis 22:00 zu ordinieren. Wenn Sie nicht in der Ordination sind, sollte ein Anrufbeantworter auf die Ordinationszeit oder eventuell die Erreichbarkeit über das Mobiltelefon hinweisen.

Grundsätzlich stellt sich auch die Frage, wann man für seine Patienten erreichbar sein will. Durch Angabe der Mobiltelefonnummer ist eine Erreichbarkeit rund um die Uhr möglich. Eine Regel oder eine generelle Empfehlung kann man hier nicht abgeben, da unterschiedliche Fachgebiete auch unterschiedliche Anforderungen nach sich ziehen (Geburtsvorbereitung – jederzeitige Erreichbarkeit sehr wichtig...).

5.13. Formularwesen

Die TGKK stellt Ihnen folgende Formulare zur Verfügung – Wahlarztrezepte und den so genannten Wahlarzt-Antrag. Dieser Wahlarzt-Antrag kann für Überweisungen an einen Vertragspartner und kasseneigene Ambulatorien, zur Aufnahme in einer Krankenanstalt und Verordnung von Heilbehelfen verwendet werden, ebenso für die Abrechnung von Vorsorgeuntersuchungen und als Krankmeldevorschlag. Auch von den Sonderkrankenversicherungsträgern werden Ihnen Wahlarztrezepte zur Verfügung gestellt.

5.14. Verschreibungen

5.14.1 Arzt und Apotheker

Die gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern ist wichtig, um das Vertrauen der Patienten in der Medikamentenversorgung zu erhalten, d.h. vor der Niederlassung ist eine Kontaktaufnahme mit den umliegenden Apotheken sehr empfehlenswert.

Informationen, die zwischen Arzt und Apotheker regelmäßig fließen sollten:

- Einführung neuer Medikamente
- Hinweise auf Medikamentenmissbrauch
- Vorschläge zur besseren Bevorratung
- Absprache über Impfkationen
- Gegenseitige Kritik und Anregungen
- Arzneimittelzwischenfälle

5.14.2. Rezepte

Rezepte von Wahlärzten sind grundsätzlich Privatrezepte. Nach der allgemeinen Rechtslage werden Rezepte von Wahlärzten erst durch eine sogenannte Umwandlung (Bestätigung der Anspruchsberechtigung) durch den jeweiligen Sozialversicherungsträger einem Kassenrezept gleichgestellt. Erst danach kann der Versicherte bei der Apotheke das Rezept auf Kosten des Sozialversicherungsträgers, wie ein Kassenrezept, einlösen. Der Patient kann das Privatrezept auch ohne vorherige „Umwandlung“ direkt in der Apotheke einlösen und von seinem Sozialversicherungsträger den ihm zustehenden Rückersatz verlangen.

5.14.3. Rezepturbefugnis für Versicherte der Sonderkrankenversicherungsträger/der TGKK

In der Praxis wurde zwischen den Sozialversicherungsträgern und der Ärztekammer eine Regelung getroffen, die es auch einem Wahlarzt ermöglicht, wie ein Kassenarzt zu rezeptieren. Durch Abgabe einer Erklärung, dass er sich an die Richtlinien der ökonomischen Verschreibeweise von Heilmitteln (RÖV) hält, erhält er ein Wahlarztrezept (gelb), welches für den grünen Bereich des Erstattungskodex (EKO) dem Rezept eines Kassenarztes gleichgestellt ist, d.h. die Apotheke behandelt dieses Rezept wie ein Kassenrezept. Die Arzneimittel aus dem gelben und roten Bereich unterliegen der chef(kontroll)ärztlichen Vorbewilligungspflicht.

- Das Ansuchen um die Rezepturbefugnis für die Versicherten aller Sondersicherungsträger (BVA, SVA, VAEB) ist über die Ärztekammer für Tirol, Abteilung Kurie der niedergelassenen Ärzte, zu stellen.
- Das Ansuchen um die Rezepturbefugnis für die Versicherten der TGKK ist direkt an die TGKK (z.Hd. Herrn Lechner, Tel. 059160-1508) zu richten.

5.14.4. Suchtgiftverschreibungen

Für Suchtgiftverschreibungen benötigt der Arzt eine Suchtgiftvignette. Diese grünen Vignetten mit elektronisch einlesbarem Barcode können bei den für den Berufssitz des Arztes zuständigen Verwaltungsbehörden (Bezirkshauptmannschaften bzw. Stadtmagistratsabteilung V Innsbruck) bezogen werden. Formblätter für die Substitutionsverschreibung werden von den Krankenversicherungsträgern zur Verfügung gestellt.

Für Suchtgift-Einzelverschreibungen zur Schmerzbehandlung wird die Vignette auf einem normalen Rezept aufgeklebt, für Suchtgift-Einzelverschreibungen zur Substitutionsbehandlung kann das Formblatt für Substitutionsverschreibung mit Markierung der Rubrik „Substitutions-Einzelverschreibung“ oder ein Rezeptformular mit Überschrift „zur Substitutionsbehandlung“ verwendet werden. Einzelverschreibungen haben eine Gültigkeit von 1 Monat bzw. 14 Tagen (Substitutionseinzel-

verschreibungen). Die Dokumentation hat in geeigneter Form zu erfolgen (Kopie des Rezepts und 3 Jahre Aufbewahrung). Für Suchtgift- Dauerverschreibungen zur Substitutionsbehandlung wird die Vignette auf das Formblatt für Substitutionsverschreibung mit Markierung der Rubrik „Substitutions-Dauerverschreibung“ aufgeklebt. Die Maximale Geltungsdauer beträgt 1 Monat. Je eine Kopie ist von Apotheke, Arzt und Amtsarzt 3 Jahre nach dem Ausstellungsdatum aufzubewahren.

WICHTIG: Diebstahlsicheres Aufbewahren der Vignetten

5.14.5. Verordnungen

Verordnungen von Heilbehelfen und Hilfsmitteln können auch von Wahlärzten durchgeführt werden. Die Tiroler Gebietskrankenkasse stellt als einzige Kasse den Wahlärzten Drucksorten (den sog. „Wahlarzt-Antrag“) kostenlos zur Verfügung. Die Anspruchsberechtigung des Patienten ist durch die Kasse auf der Verordnung zu bestätigen, dann ist diese einer Kassenverordnung gleichgestellt. Manche Verordnungen sind bewilligungspflichtig.

5.14.6. Zuweisungen/Überweisungen

Zuweisungen an niedergelassene Vertragsärzte der Kassen sind ohne Bewilligung möglich. Auch hier kann für Vertragsärzte der § 2-Krankenkassen als „Überweisungsschein“ der blaue „Wahlarzt-Antrag“ verwendet werden.

Manche Zuweisungen an andere Vertragseinrichtungen der Kassen bedürfen einer Bewilligung durch den Ärztlichen Dienst der Kassen wie z.B. CT, MR, Physiotherapien, logopädische Behandlungen, Psychotherapie etc..

Auch umgekehrt ist es möglich, dass ein Vertragsarzt einem Wahlarzt zuweist. Der Vertragsarzt darf allerdings dafür kein Kassenformular verwenden. Er hat den Patienten vorher über die privatärztliche Inanspruchnahme zu informieren.

5.14.7. Krankschreibung

Krankmeldungen im Sozialversicherungsbereich sind den Vertragsärzten vorbehalten und in den Satzungen der Sozialversicherungen für Wahlärzte nicht vorgesehen.

Der Wahlarzt kann jedoch mit einem formlosen Schreiben eine Krankenstandsempfehlung an den Kontrollarzt der Krankenkasse oder einen Kassenvertragsarzt (Hausarzt) weitergeben. Für Versicherte der § 2-Krankenkassen kann hierfür auch das blaue Formular „Wahlarzt-Antrag“ verwendet werden.

5.14.8. Einweisung ins Krankenhaus

Ein Wahlarzt kann einen Versicherten in ein Krankenhaus einweisen. Die Kosten des Krankenhausaufenthaltes werden

nach Maßgabe der Bestimmungen über die Anstaltspflege wie bei der Einweisung durch einen Vertragsarzt durch die Krankenkasse übernommen.

5.15. Ausbildungsnachweise, Diplome, Gerätenachweise

Für einige ärztliche Leistungen werden zusätzliche Ausbildungsnachweise, Diplome der Österreichischen Ärztekammer oder Gerätenachweise benötigt, damit die Patienten eine Kostenrückerstattung erhalten.

Die Weiterleitung eines Ansuchens zur Verrechnung einer Leistung inkl. Diplom, Ausbildungsnachweis oder Gerätenachweis an die jeweiligen Sozialversicherungsträger liegt in der Verantwortung des Arztes.

Beispiele:

- Ausbildungsnachweis: Sonografie, Echokardiografie, EEG/EMG/ENG, usw.
- Diplome: Akupunktur, Manuelle Medizin, PSY I,II,III, usw.
- Gerätemeldungen: Röntgen, EKG, Sonografie, Labor usw.

5.16. Ein zentrales Thema der Wahlarztordination ist Zeit

- Kurze Wartezeit auf einen Termin
- Kurze Wartezeit im Wartezimmer
- Viel Zeit für Gespräch

Weiters erwarten Ihre Patienten persönliche Betreuung im Wartezimmer und in der Ordination, keinen Massenbetrieb. Sie sollten die Organisation Ihrer Ordination so aufbauen, dass Sie diese Erwartungen erfüllen können.

5.17. Die optimale Wahlarztordination

- Fixkosten minimieren
- Zeit für Verwaltungsaufwand minimieren
- Zeit für den Patienten maximieren
- Gutes Zeitmanagement
- Serviceleistungen anbieten, wie z.B. Arztbrief, Patientenbrief, Einreichung der Honorarnote beim Kostenträger
- Nacharbeit vermeiden (wenn ein Patient Ihre Ordination verlässt sollten die Patienten bezogenen Arbeiten abgeschlossen sein)
- Bankomatbezahlung ■

6. Honorargestaltung

Der Wahlarzt ist in der Regel in seiner Honorargestaltung frei, da er im privatärztlichen Bereich berechtigt ist, den Wert seiner Leistungen grundsätzlich im Rahmen des Angemessenen selbst zu bestimmen bzw. zu kalkulieren.

Als Grundlage dafür kann der Arzt die „Privatärztliche Honorarordnung“ der Ärztekammer für Tirol (abrufbar auf unserer Homepage www.aektiroel.at/honorare/tarife) heranziehen, die als Richtwert für die Bewertung ärztlicher Leistungen dient.

Die Ärztekammer, die nach dem Ärztegesetz für die Überprüfung der Angemessenheit ärztlicher Privathonorare zuständig ist, geht im Falle einer verlangten Überprüfung grundsätzlich von den Tarifen der Privatärztlichen Honorarordnung aus. Es wird daher zur Anwendung dieses Richttarifes sowie bei Über- und Unterschreitungen folgende Vorgangsweise empfohlen:

- Der Patient soll vor Beginn einer Behandlung über die zu erwartenden Kosten aufgeklärt werden, was insbesondere für operative Eingriffe und länger dauernde konservative Behandlungen gilt.
- Um späteren Diskussion und Missverständnissen vorzubeugen, wird empfohlen, dem Patienten vorher einen

Heil- und Therapiekostenplan (Kostenvoranschlag), am besten schriftlich, zu erstatten bzw. mit dem Patienten eine entsprechende Vereinbarung zu treffen. Lassen Sie den Kostenvoranschlag vom Patienten unterfertigen.

- Halten Sie sich bei der Honorargestaltung wegen der Einzelleistungssysteme der Kassen an die Nomenklatur und Auflistung der jeweiligen Honorarordnung, denn nur so ist gewährleistet, dass die Kasse den optimalen Rückersatz erstatten kann. Je pauschaler der Honorarcharakter, desto geringer wird der Rückersatz ausfallen.
- In besonders berücksichtigungswürdigen Fällen kann der Privattarif bis auf die Hälfte ermäßigt werden (Minimaltarif). Eine Unterschreitung um mehr als die Hälfte sollte vermieden werden.

6.1. Honorarnote

Eine Honorarnote muss enthalten:

- Arztdaten (Name, Fachgebiet, Anschrift)
- Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Versicherungsnummer*, Adresse, Versicherung*)
- Daten des Versicherten (falls der Patient mitversichert ist)*

- Diagnose(n)
- Erbrachte Leistung (Angabe der Positionsnummer* nicht erforderlich jedoch dringend zu empfehlen)
- Ordinationsdatum
- Zahlungsdatum (wenn bar bezahlt wurde)
- Saldierung (Betrag dankend erhalten, Betrag wird auf Konto überwiesen)
- Fortlaufende Nummerierung ist erforderlich und erleichtert auch die Zuordnung von Buchungen (in sich geschlossener Nummernkreis, das heißt es kann täglich, wöchentlich, monatlich oder jährlich mit der Nummer 1 begonnen werden)

*) Notwendig für die Einreichung bei der zuständigen Sozialversicherung.

6.2. Rückerstattung durch die Krankenkasse

Aufgrund der Sozialversicherungsgesetze sind die Krankenkassen verpflichtet, den Patienten von Wahlärzten Kosten rückzuerstatten. Die Höhe der Kostenerstattung entspricht maximal 80 % des Kassentarifs. Für Wahlärzte besteht keinerlei Verpflichtung, sich an die Kassentarife zu halten.

Kosten werden grundsätzlich dann nicht erstattet, wenn der Anspruchsberechtigte im gleichen Abrechnungszeitraum

- einen Arzt für Allgemeinmedizin als Wahlarzt und einen Arzt für Allgemeinmedizin als Vertragsarzt,
- einen Facharzt als Wahlarzt und einen Facharzt des gleichen Fachgebietes als Vertragsarzt,
- zwei oder mehrere Wahlärzte für Allgemeinmedizin oder
- zwei oder mehrere Wahlfachärzte des gleichen Fachgebietes

in Anspruch genommen hat.

Das gleiche gilt sinngemäß bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes oder einer Wahlrichtung neben einer eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtungen der Kasse.

Bei Inanspruchnahme zweier oder mehrerer Wahlärzte des gleichen Fachgebietes werden nur die Kosten für die Inanspruchnahme jenes Wahlarztes ersetzt, dessen Honorarrechnung der Anspruchsberechtigte der Kasse als erste für den entsprechenden Abrechnungszeitraum übergibt.

6.3. Wie hoch soll das Honorar sein?

Eine konkrete Antwort auf diese Frage ist nicht möglich. Die folgenden Absätze sollen aber Beispiele nennen und Gedanken entwickeln, mit denen Sie zu einer schlüssigen Honorargestaltung kommen werden. In diesem Zusammenhang dürfen wir auch nochmals auf die am Anfang dieses Kapitels ausgeführten Richtwerte in der „Privatärztlichen Honorarordnung“ erinnern.

6.3.1. Leistungsabhängiges und kassenorientiertes System

Der Nachteil für den Arzt besteht darin, dass für ein und dieselbe Leistung bei Patienten verschiedener Krankenversicherungsträgern ein unterschiedlicher Betrag verrechnet wird.

6.3.1.1. Abrechnung nach Kassentarif

Es steht dem Wahlarzt frei, sich an den Honoraren der einzelnen Krankenkasse zu orientieren. Der Vorteil besteht darin, dass hier bereits Honorarkataloge vorliegen, die man einfach übernehmen kann. Der Patient erhält bis zu 80 % des bezahlten Honorars rückerstattet. Der Nachteil liegt in der Höhe der Honorare. Im Regelfall nehmen sich Wahlärzte mehr Zeit als Kassenärzte. Sollten Sie daher dieses Schema für sich etablieren wollen, ist eine strenge Prüfung aus betriebswirtschaftlicher Sicht vorzunehmen, zumal häufig die Patientenfrequenz eines Wahlarztes geringer ist als jene eines Kassenarztes. Dieses Modell wird nicht empfohlen.

6.3.1.2. Verrechnung von 80 % des Kassentarifs

Der Honorarnachteil für den Wahlarzt ist noch höher als bei Abrechnung nach dem Kassentarif. Die wirtschaftlich positive Führung einer Wahlarztordination mit Honoraren unter dem Kassentarif ist nicht vorstellbar.

Der Gesetzgeber hat zur Erzielung von Steuerungseffekten bewusst die Kostenerstattung auf 80 % des Kassentarifes reduziert. Wer seine Leistungen unter dem Kassentarif anbietet und damit gewohnheitsmäßig billiger arbeitet, als es ein gesetzlicher Tarif (Kassentarif) vorsieht, handelt unlauter und macht sich womöglich strafbar.

6.3.1.3. Abrechnung nach Kassentarif und persönlicher Zuschlag

Dies bietet dem Wahlarzt die Möglichkeit, den Honorarnachteil des niedrigen Kassentarifes auszugleichen. Gleichzeitig stellt sich aber auch die Frage, wie hoch dieser Zuschlag sein soll.

Ein grundsätzliches Problem bei der Orientierung am Kassentarif sehen wir darin, dass verschiedene Patienten für ein und dieselbe Leistung verschiedene Honorare bezahlen. Dies kann zu Diskussionen unter Ihren Patienten führen, die aber außerhalb Ihrer Ordination stattfinden werden. Es ist daher unbedingt notwendig, Ihren Patienten diese Tatsache zu erklären.

6.3.2. Leistungsabhängiges und kassentarifunabhängiges System

Der Vorteil für den Wahlarzt besteht in der Vereinfachung der Schemata der Krankenkassen. So ist es möglich, sich beispielsweise am BVA Schema zu orientieren, und dieses Abrechnungsschema für alle Patienten zur Anwendung zu bringen. Der Vorteil liegt darin, dass jeder Patient für die gleiche Leistung das gleiche Honorar bezahlen muss. Die Kostenerstattungen der Kassen sind jedoch unterschiedlich.

6.3.3. Leistungsunabhängiges System

Der Wahlarzt verrechnet eine Pauschalsumme, unabhängig von den einzelnen erbrachten Leistungen. Gerade zu Beginn der Ordinationstätigkeit ist das Positionieren am Markt oft schwierig. Die Höhe der Honorare sind sowohl für den Arzt wie für die Patienten planbar. Dieses System wird beispielsweise von manchen Fachärzten gerne verwendet.

Beispiel:

Pauschalsumme für Erstordination: EUR 60,- bis 100,-
Pauschalsumme für weitere Ordination: EUR 40,- bis 60,-
Denkbar sind weitere Unterteilungen für kurze Ordinationen (wie bei Spritzenkuren oder bei ausschließlicher Rezeptaustellung). Wichtig ist, dass der Wahlarzt für sich persönlich die Begriffe „Erstordination“ und „weitere Ordination“ definiert.

Auch hier sei ein Beispiel aus der Praxis angeführt:

Erstordination wird verrechnet bei Erstbesuch der Ordination. Sucht der Patient innerhalb eines Zeitraums von 3 oder 4 Monaten die Ordination mit demselben Problem auf, wird eine weitere Ordination verrechnet. Bei Auftreten eines neuen Problems in diesem Zeitraum wird eine Erstordination verrechnet, ebenso bei Aufsuchen der Ordination nach dem Erstbesuch von 3 oder 4 Monaten. Ein solches System ist für die Patienten sehr einfach durchschaubar und kalkulierbar, ist aber sicher nicht für alle Fachgebiete umsetzbar.

6.3.4. Leistungsunabhängiges System; zeitabhängig

Abhängig vom jeweiligen Fachgebiet oder der speziellen Tätigkeit kann auch eine Staffelung der Honorare nach einem Zeitraster erfolgen (je 10 Minuten oder je 5 Minuten), das Honorar für die Ordination ergibt sich somit aus der jeweiligen Dauer der Ordination. Bei sehr kurzen Ordinationen (5 Minuten) wird im Regelfall ein kleiner Zuschlag verrechnet. Zu bedenken ist, dass der Patient nicht das Gefühl bekommt, die Ordination wird vom Arzt bewusst „verlängert“.

6.3.5. Mischsystem

Bei einem Mischsystem wird für die Ordination mit einem definierten Leistungsumfang eine Pauschalsumme verrechnet. Für zeitaufwendige Zusatzuntersuchungen wird diese Leistung gesondert und leistungsabhängig verrechnet.

Beispiel:

Facharzt für Innere Medizin:

- Erstordination inklusive EKG, Blutdruckmessung, Beratung..... als Pauschalsumme
- Ergometrie, Gastroskopie, etc.

Das Honorar für diese Zusatzleistung kann wieder (wie oben ausgeführt) krankenkassenabhängig oder krankenkassenunabhängig definiert werden oder sich z.B. am BVA Tarif orientieren. Die Höhe des Honorars ist für Arzt und Patienten überwiegend planbar, insbesondere ist das Honorar für den Erstbesuch kalkulierbar.

6.4. Wann soll die Honorarnote ausgestellt werden?

6.4.1. Abrechnung pro Monat oder Quartal?

Wenn man sich für dieses Abrechnungsmodell entscheidet, muss Zeit außerhalb der Ordinationszeit für die Abrechnung aufgewendet werden. Wird ein EDV-System verwendet, können meist relativ einfach Honorarnoten für den entsprechenden Abrechnungszeitraum ausgestellt und auch die entsprechenden Zahlscheine automatisch bedruckt werden. Trotzdem ist ein zusätzlicher Zeitaufwand notwendig. Als Zahlungsart kommt ausschließlich der Erlagschein in Frage. Folge dieser Abrechnung sind ständige Honoraraußenstände und Zinsverlust. Weiters sind die Portogebühren zu bedenken.

6.4.2. Abrechnung pro Behandlungsserie

Bei geplanten Behandlungsserien erfolgt die Bezahlung nach der letzten Behandlung. Es muss nur eine Honorarnote für mehrere Ordinationen ausgestellt werden, der Rechnungsbetrag kann bei Zusammenfassung vieler Ordinationen subjektiv hoch erscheinen. Sollte der Patient zur letzten geplanten Behandlung nicht erscheinen, muss er in eine Liste der offenen Forderungen aufgenommen werden.

6.4.3. Abrechnung pro Ordination

Nach jeder Ordination wird eine Honorarnote ausgestellt. Durch diese Vorgangsweise wird ein hoher Bezug zwischen Leistung und Bezahlung hergestellt, es entfällt ein zusätzlicher Zeitaufwand für die Abrechnung und es fallen keine Portogebühren an.

6.5. Wie soll verrechnet werden?

6.5.1. Barzahlung

Die Barzahlung ist eine unkomplizierte Möglichkeit der Verrechnung. In direktem Bezug zur Leistung erfolgt die Zahlung durch den Patienten. Die Honorarnote kann sofort beim Krankenversicherungsträger zur Kostenrückerstattung eingereicht werden.

6.5.2. Bankomat- und Kreditkarte

Von der Wertigkeit ist die Bankomatkasse der Barzahlung gleichzusetzen. Der Nachteil liegt in den Kosten für den Wahlarzt, der für die Installation der Hardware aufkommen muss. Technische Voraussetzung ist eine ISDN-Leitung in der Ordination. An laufenden Kosten sind das Disagio des Rechnungsbetrages und ein Zuschlag pro Transaktion zu bedenken. Für den Patienten stehen natürlich ausschließlich Vorteile im Vordergrund. Bankomatkassen eignen sich besonders für größere Ordinationen. Die Bewertung der Kreditkarte kann der Bankomatkarte gleichgesetzt werden, wobei die Kosten (Disagio, Transaktions-

kosten) für den Wahlarzt dabei höher sind.

6.5.3. Zahlschein

Die Einrichtung eines Mahnwesens und einer Liste der offenen Forderungen ist erforderlich, weiters sind regelmäßig die Kontobelege nach Zahlungen zu durchsuchen. Zahlungseingänge sind aus der offenen Postenliste zu streichen oder im EDV System als bezahlt einzugeben. Nicht bezahlte Honorarnoten sind einzumachen. Erlagscheine verursachen einen zusätzlichen administrativen Aufwand in Ihrer Ordination.

6.6. Weitere Gedanken zur Honorargestaltung

Die Höhe des Honorars hängt auch vom jeweiligen Fachgebiet ab. Ein Patient der einen Plastischen Chirurgen einmal im Leben aufsucht, ist bereit ein höheres Honorar zu zahlen als beim Besuch eines Kinderarztes, der oft mehrmals pro Monat aufgesucht werden muss. Weiters müssen der Standort, die Bevölkerungsstruktur, die Infrastruktur und auch die Konkurrenz bedacht werden. Die Honorare von bereits niedergelassenen Wahlärzten in der Region können durchaus als Maßstab herangezogen werden, da hier mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Akzeptanz in der Bevölkerung gegeben ist. Bedenken Sie die Höhe Ihrer Fixkosten (Ordinationshilfe, weitere Angestellte, Miete, Versicherungen, Kreditrückzahlungen, Kammerbeiträge,...) bei der Honorargestaltung und führen Sie eine entsprechende Planrechnung durch.

Versuchen Sie nicht mit Dumpingpreisen viele Patienten an sich zu ziehen. Es besteht einerseits die Gefahr, dass Ihre Leistung dann von den Patienten als „wenig wert“ beurteilt wird, andererseits die Gefahr, dass Sie Ihre Ordination nicht wirtschaftlich positiv führen können und nach kurzer Zeit Korrekturen Ihrer Honorargestaltung notwendig werden.

6.7. Gewissenskonflikte

Viele Wahlärzte berichten vor allem zu Beginn der Ordinationseröffnung von Gewissenskonflikten:

- Habe ich zu viel verrechnet?
- Was mache ich, wenn der Behandlungserfolg ausbleibt?
- Soll ich für eine Befundbesprechung überhaupt etwas verrechnen?
- Soll ich für die Ausstellung eines Rezeptes etwas verrechnen?
- Wie gehe ich mit telefonischen Beratungen um?

Der Patient erwartet auch beim Wahlarzt keine Erfolgsgarantie auf die Behandlung. Er erwartet, dass der Wahlarzt ihm Zeit zur Verfügung stellt. Sehen Sie daher ihre Ordinationstätigkeit nicht als Ansammlung von „Leistungen“ im Sinne der Krankenkassen, sondern als Tätigkeit bei der dem Patienten Zuwendung in Form von Zeit und Aufmerksamkeit zur Verfügung gestellt wird.

Zeitintensive Leistungen, wie auch eine Befundbesprechung, sollten jedenfalls verrechnet werden. Das Ausstellen von Rezepten kann im Einzelfall auch ohne Honorar durchgeführt werden, abhängig jedoch vom Fachgebiet und dem damit verbundenen Zeitaufwand. Grundsätzlich sind aber „kostenlose“ Leistungen restriktiv zu handhaben.

6.8. Zusammenfassung

Jeder muss für sich ein schlüssiges System finden. Ein einfaches, transparentes Schema erhöht die Akzeptanz in der Bevölkerung. Das öffentliche Ankündigen von Honoraren ist nicht zulässig. Das Aushängen der Honorare in der Ordination ist jedoch möglich und macht Ihre Honorargestaltung transparent. Bieten Sie keine kostenlosen Leistungen an, damit artikulieren Sie, dass Ihre Zeit keinen Wert hat. Überlegen Sie den Wert Ihrer Stunde und setzen Sie Ihre Arbeitszeit in der Ordination in Relation zu Ihren Fixkosten. ■

7. Vorsorgeuntersuchungsverträge

Wesentlicher Pfeiler des Erkennens von Risikofaktoren und deren Vorbeugung ist die Vorsorgeuntersuchung, die jährlich einmal ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (VU-Coloskopie alle 10 Jahre ab dem 50. Lebensjahr) von jedem Österreicher unentgeltlich in Anspruch genommen werden kann. Zum Abschluss eines Einzelvertrages zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen sind folgende Ärzte mit Niederlassung berechtigt:

VU – Allgemeines Programm:

- Ärzte für Allgemeinmedizin
- Fachärzte für Innere Medizin
- Fachärzte für Lungenkrankheiten

VU GYN – Programm:

- Ärzte für Allgemeinmedizin
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

VU – Coloskopie:

- Fachärzte für Chirurgie
- Fachärzte für Innere Medizin

Bei konkretem Interesse an einem Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern wird gebeten sich an die Ärztekammer für Tirol – Abteilung Kurie der niedergelassenen Ärzte zu wenden. Die maßgeblichen Vereinbarungen zwischen Ärztekammer

und Sozialversicherungsträger sowie weiterführende Informationen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer für Tirol. (www.aektirol.at)

Zusätzliche Informationen (Ärztbroschüre, Informationsfolder, Formulare u.v.m.) finden Sie auch auf der Homepage des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger unter: www.sozialversicherung.at ■

8. Soziale Sicherheit für den Arzt

Die Systematik der österreichischen Sozialversicherung baut auf dem Grundsatz der Mehrfachversicherung auf. Dies bedeutet, dass mehrere Erwerbstätigkeiten grundsätzlich mehrfach die Pflichtversicherung - insbesondere in der Pensionsversicherung - auslösen.

Unselbständige Erwerbstätigkeit ist nach dem ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz), freiberuflich selbständige Erwerbstätigkeit nach dem FSVG (Sozialversicherungsgesetz der freiberuflich selbständig Erwerbstitigen) und gewerblich selbständige Erwerbstätigkeit nach dem GSVG (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz) pflichtversichert.

Für die Administration der verschiedenen Gesetze (ASVG; GSVG; FSVG) sind unterschiedliche Sozialversicherungsträger eingerichtet, nämlich für das ASVG die Gebietskrankenkasse des Bundeslandes (TGKK) und für das GSVG und das FSVG die Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft (SVA).

Je mehr verschiedene Erwerbstätigkeiten ausgeübt werden, desto höher werden die Wechselwirkungen der Mehrfachversicherung und desto komplizierter die Darstellung. Beginnen wir daher mit dem einfacheren Sachverhalt, dass der Wahlarzt ausschließlich als selbständig erwerbstätiger niedergelassener Arzt tätig wird, also weder mit einer ergänzenden unselbständigen Erwerbstätigkeit (als angestellter Arzt) noch mit einer ergänzenden selbständig gewerblichen Erwerbstätigkeit (gewerbliche Umsätze):

[Anmerkung: Sämtliche angeführten Werte beziehen sich auf das Kalenderjahr 2014]

8.1. Wahlarzt ohne sonstige Erwerbstätigkeit

Wahlärzte sind nach dem FSVG in der Pensionsversicherung und der Unfallversicherung pflichtversichert. Zuständiger Versicherungsträger und Ansprechpartner ist daher die SVA – Landesstelle Tirol, Klara-Pölt-Weg 1, 6020 Innsbruck (www.esv-sva.sozvers.at).

Nur bei geringfügiger Erwerbstätigkeit besteht die Möglichkeit einer Ausnahme von dieser Pflichtversicherung. Hierfür ist das kumulative Vorliegen mehrerer Voraussetzungen erforderlich, nämlich

- Umsätze höchstens € 30.000,- p.a. und
- Einkünfte („Gewinn“) höchstens € 4.743,72,- und
- Höchstens 12 Monate an FSVG und/oder GSVG-Versicherung in den letzten 60 Monaten vor Beginn dieser Ausnahme von der Pflichtversicherung

Anmerkung: Da „Poolgeld“ (anteilige ärztliche Sonderklassegebühren in Tirol) über der soeben beschriebenen Geringfügigkeitsgrenze der Pflichtversicherung nach dem FSVG unterliegt, bestehen bereits auf dieser Grundlage in den letzten 60 Monaten häufig mehr als 12 Monate an FSVG-Versicherung.

8.1.1. Pensionsversicherung

Die Beiträge werden von der SVA vierteljährlich vorgeschrieben und zwar mit Fälligkeit per Ende Februar, Mai, August, November. Zahlungsverzug mit Zinsbelastung tritt ab dem 16. Tag nach Fälligkeit ein.

Der Beitragssatz beträgt in der Pensionsversicherung 20 % der Beitragsgrundlage. Die Höchstbeitragsgrundlage beträgt € 5.285,- p.a. (Wert: 2014). Daraus ergibt sich, dass höchstens € 1.057 p.m. (20 % von € 5.285,-) an Pensionsversicherungs-Beitrag zu entrichten sind. Die letztlich verbindliche Beitragsgrundlage ergibt sich aus den Einkünften laut Einkommensteuerbescheid des Beitragsjahres. Da der Einkommensteuerbescheid naturgemäß erst immer im Nachhinein vorliegt, bestehen folgende Prinzipien:

Bei Neu-Aufnahme der Tätigkeit als Wahlarzt

Hier gibt es noch gar keinen Einkommensteuerbescheid der vorvergangenen Jahre, welcher diese Art der Erwerbstätigkeit (als Wahlarzt) beinhalten würde. Daher werden die Beiträge in den ersten Kalenderjahren der Erwerbstätigkeit von einer (abstrakten und gering gehaltenen) Mindestbeitragsgrundlage berechnet. Diese beträgt € 537,78 p.m., sodass sich (20 % von € 537,78) ein vorläufiger Beitrag von (nur) € 322,68 pro Quartal in der Pensionsversicherung ergibt.

ACHTUNG:

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Steuerberater darüber, dass sich über eine spätere Nachbemessung, sobald dann der erste Einkommensteuerbescheid vorliegt, eine wesentlich höhere Beitragsgrundlage und daraus folgend eine erhebliche Nachforderung der SVA ergeben kann. Dies sollte in der eigenen Liquiditätsplanung bei einer Betriebs-Neugründung (Wahlarzt-Praxis) dringend Berücksichtigung finden.

Für die spätere laufende Tätigkeit als Wahlarzt

Sobald die Wahlarzt-Praxis mehrere Jahre in Betrieb war, orientiert sich die SVA für die weitere vorläufige Beitragsvorschreibung an den Ergebnissen des Einkommensteuerbescheides des drittvorangegangenen Jahres. Dieser Wert wird um einen Faktor, die zwischenzeitige Inflation, aktualisiert. Sobald dann für das entsprechende Geschäftsjahr der Einkommensteuerbescheid vorliegt, wird anhand dieser „Realdaten“ wiederum nachbemessen. Es kann sich also entweder eine Gutschrift oder – bei besserem Geschäftsgang als vor drei Jahren – eine mitunter auch wesentliche Beitragsnachforderung ergeben. Dieses System wird als „laufende Nachbemessung“ bezeichnet.

8.1.2. Unfallversicherung

Der Beitrag zur Unfallversicherung beträgt einkommensunabhängig € 104,04 p.a. bzw. € 26,01 pro Quartal. Sollten aus der Unfallversicherung Leistungsansprüche entstehen, ist für diesen Leistungsteil die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zuständig.

8.1.3. Krankenversicherung

Im Bereich der Krankenversicherung hat die Österreichische Ärztekammer für Niedergelassene Ärzte aus der Pflichtversicherung „herausoptiert“. Es besteht somit zwar wie bei allen anderen Erwerbstätigen eine „Versicherungspflicht“, also die rechtliche Verpflichtung, eine gesetzeskonforme Krankenversicherung abzuschließen, nicht aber die „Pflichtversicherung“, dass also diese Krankenversicherung bei der SVA bestehen muss.

Um die Versicherungspflicht zu erfüllen, kann ein niedergelassener Arzt zwischen drei Varianten für die Krankenversicherung wählen, nämlich:

- Tiroler Ärztekammer Basiskrankenversicherung-Tarif (TAEK-Tarif) als Gruppenversicherung über die Merkur Versicherung AG
- Freiwillige Krankenversicherung gem. ASVG über die TGKK
- Freiwillige Krankenversicherung gem. GSVG über die SVA

Die Varianten weisen bei Kosten und Leistungen Unterschiede auf. Die Entscheidung für eine der Varianten sollte gut überlegt werden, da ein späterer Wechsel zwischen den Systemen nicht beliebig möglich ist.

Der einkommensunabhängige TAEK-Tarif (Wert 2014: z.B. 42-jähriges Kammermitglied € 153,58 p.m. beinhaltet einen im

Alter ansteigenden Tarif. Eine Mitversicherung von Ehegattin und Kindern (soweit diese nicht über eine eigene Krankenversicherung verfügen) erfordert zusätzliche Prämien. Bei einer freiwilligen Versicherung nach dem GSVG sind einkommensabhängig als Beitrag 7,65 % der Beitragsgrundlage zu leisten, sodass sich je nach Beitragsgrundlage (€ 537,78 bis € 5.285,- p.m.) sehr unterschiedliche monatliche Beiträge zwischen € 41,14 bis € 404,30 ergeben.

Bei einer freiwilligen Versicherung nach dem ASVG beträgt der Monatsbeitrag € 377,85 (7,55 % der gesetzlich festgelegten Beitragsgrundlage), Angehörige sind automatisch mitversichert.

Sprechen Sie bezüglich der Varianten mit den Mitarbeitern des Wohlfahrtsfonds oder der Merkur Versicherung AG, Leopoldstr. 17, 6020 Innsbruck (www.merkur.at) bzw. der Sozialversicherungsträger SVA und TGKK hinsichtlich einer freiwilligen Krankenversicherung nach dem GSVG oder ASVG.

8.2. Wahlarzt mit zusätzlicher Erwerbstätigkeit nach dem GSVG

Wenn ein Wahlarzt neben der ärztlichen Tätigkeit auch über einen Gewerbeschein eine Erwerbstätigkeit entfaltet (z.B. Vertrieb von Nahrungsergänzungsmitteln; Kontaktlinsen und Zubehör etc.), gilt:

8.2.1. Pensionsversicherung

Die Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit unterliegen nach dem FSVG, jene aus gewerblicher Tätigkeit nach dem GSVG der Beitragspflicht. Da die SVA diese beiden Gesetze (FSVG und GSVG) vollzieht, ist sichergestellt, dass max. Beiträge auf Basis der Höchstbeitragsgrundlage von € 5.285,- vorgeschrieben werden, also höchstens € 1.057,- p.m.

Insgesamt liegt ein Beitragsmonat vor, welches für die Pensionsberechnung zählt. Es fällt also eine Pension an und nicht etwa Teil-Pensionen nach dem FSVG und nach dem GSVG. Durch die Beitragsleistungen nach dem FSVG und dem GSVG ergibt sich eine höhere Pensionsbemessungsgrundlage und daraus eine höhere Pension.

8.2.2. Unfallversicherung

Diese fällt trotz Erwerbstätigkeit in zwei Bereichen (FSVG und GSVG) ausnahmsweise nur einmal an. Der einkommensunabhängige Beitrag zur Unfallversicherung beträgt daher € 104,04 p.a. bzw. € 26,01 pro Quartal.

8.2.3. Krankenversicherung

Über die gewerbliche Tätigkeit entsteht grundsätzlich eine

Kranken-Pflichtversicherung nach dem GSVG mit verpflichtender Zuweisung zur SVA als Krankenversicherungsträger. Das Heraus-Optieren der Ärztekammer aus der Pflicht-Krankenversicherung nach dem FSVG (also: für die ärztliche Erwerbstätigkeit) und die daraus folgende Wahlmöglichkeit zwischen den drei Varianten laut Kapitel 8.1.3. (siehe oben) kann deshalb nicht mehr wahrgenommen werden.

8.3. Wahlarzt mit zusätzlicher Erwerbstätigkeit nach dem ASVG

Wenn ein Wahlarzt neben dieser ärztlichen Tätigkeit als niedergelassener Arzt auch eine Erwerbstätigkeit als angestellter Arzt entfaltet, gilt:

8.3.1. Pensionsversicherung

Unter folgenden besonderen Voraussetzungen besteht eine Ausnahme von der Pflichtversicherung: Ausgenommen von der Pflichtversicherung sind jene freiberuflich tätigen Ärzte, die zusätzlich in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich rechtlichen Körperschaft stehen, wenn ihnen Anspruch auf Ruhe- und Versorgungsgenuss (vereinfacht: „Beamten-Pension“) aus ihrem Dienstverhältnis zusteht (z.B. Amtsarzt).

Ansonsten unterliegen die Einkommen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit nach dem FSVG, jene aus unselbständiger ärztlicher Tätigkeit nach dem ASVG der Beitragspflicht.

Da in diesem Fall zwei verschiedene Sozialversicherungsträger diese beiden Gesetze vollziehen, nämlich die SVA das FSVG und die TGKK das ASVG, ist ein „Antrag auf Differenzbeitragsvorschreibung“ an die SVA dringend zu empfehlen. Mit diesem Antrag wird der SVA mitgeteilt, dass Sie bereits aus einem Dienstverhältnis (über den Dienstgeber) Pensionsversicherungsbeiträge an die TGKK entrichten und welches Gehalt hierfür als Beitragsgrundlage zuletzt herangezogen wurde (Arbeits- und Entgeltbestätigung des Dienstgebers).

Die SVA stellt auf Basis dieses Antrages für die Beitragsvorschreibung - vereinfacht - folgende Berechnung an:

€ 63.420 (Höchstbeitragsgrundlage p.a.)
- € 40.000 (Beitragsgrundlage aus Dienstverhältnis: Jahresgehalt)
€ 23.420 (höchstmögliche Beitragsgrundlage für Beitragsvorschreibung der SVA)

Wenn sich (siehe oben Kapitel 8.1.1.) aus dem drittvorangegangenen Einkommensteuerbescheid eine Beitragsgrundlage von z.B. € 40.000,- p.a. ergibt, erfolgt die Beitragsvorschreibung durch die SVA dennoch auf der geringeren Grundlage von € 23.420,- [„Differenzbeitragsvorschreibung“].

Diese Vorgangsweise gewährleistet also, dass - bei hohen Gesamteinkünften - die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschritten wird.

Wiederum gilt: Insgesamt liegt ein Beitragsmonat vor, welcher für die Pensionsberechnung zählt. Es fällt also eine Pension an und nicht etwa Teil-Pensionen nach dem FSVG und nach dem ASVG. Durch die Beitragsleistungen nach dem FSVG und dem ASVG ergibt sich eine entsprechend höhere Pensionsbemessungsgrundlage und daraus eine höhere Pension.

8.3.2. Unfallversicherung

Diese fällt wegen der Erwerbstätigkeit in zwei Bereichen (einerseits FSVG; andererseits ASVG) zwei Mal an. Der einkommensunabhängige Beitrag zur Unfallversicherung nach dem FSVG beträgt € 104,04 p.a. bzw. € 26,01 pro Quartal. Im Rahmen des Dienstverhältnisses wird der Beitrag zur Unfallversicherung über den Dienstgeber abgeführt.

8.3.3. Krankenversicherung

Über die unselbständige ärztliche Tätigkeit (Dienstverhältnis) besteht eine Kranken-Pflichtversicherung nach dem ASVG mit verpflichtender Zuweisung zur TGKK als Krankenversicherungsträger. Die Krankenversicherungsbeiträge werden durch den Dienstgeber direkt abgeführt.

Durch das Heraus-Optieren der Ärztekammer aus der Pflicht-Krankenversicherung nach dem FSVG bedarf der Wahlarzt für seine freiberufliche ärztliche Erwerbstätigkeit keiner weiteren Krankenversicherung. Dementsprechend fallen auch keine zusätzlichen Krankenversicherungsbeiträge mehr an.

8.4. Selbstständigenvorsorge („Abfertigung für Freiberufler“)

In den letzten Jahren wurde neu auch für Selbstständige dieses Modell ähnlich jenem der Mitarbeitervorsorge („Abfertigung Neu“) eingeführt. Es werden 1,53 % der Pensionsbeitragsgrundlage an die Vorsorgekasse eingebracht und erfolgt letztlich ein Leistungsbezug als Einmalzahlung oder Rente.

An sich handelt es sich bei diesem Modell um eine Pflichtversicherung. Da die Ärztekammer aber aus der Kranken-Pflichtversicherung nach dem FSVG heraus optiert hat, besteht auch in diesem Bereich ein Wahlrecht der Wahlärzte. Dieses Wahlrecht auf Teilnahme ist spätestens binnen 12 Monaten wahrzunehmen. Die Entscheidung ist unwiderruflich. Die Beitragseinhebung erfolgt über die SVA.

Wird neben der ärztlichen Erwerbstätigkeit auch eine gewerbliche Erwerbstätigkeit ausgeübt, tritt – analog zur

Krankenversicherung (siehe oben: Kapitel 8.2.3.) – das Wahlrecht in den Hintergrund und es besteht Pflichtversicherung gemäß GSVG.

Sprechen Sie mit Ihrem Steuerberater über die steuerlichen Aspekte dieser Versicherung. Die Beiträge können (nach einer Beitrittserklärung) so wie alle anderen gesetzlichen Sozialversicherungs-Pflichtbeiträge steuerlich als Betriebsausgaben geltend gemacht werden.

Seit Anfang 2009 gibt es, dies sei der Vollständigkeit halber erwähnt, auch das Modell einer Selbstständigen-Arbeitslosenversicherung für den Fall einer späteren Betriebsschließung. Die Bedingungen dieser Versicherung erscheinen eher mäßig attraktiv. Es besteht freie Wahlmöglichkeit einer Teilnahme. Für nähere Informationen wenden Sie sich an Ihren Steuerberater oder die Mitarbeiter des Wohlfahrtsfonds. ■

9. Steuern

9.1. Einleitung

Eines steht fest: Geld allein macht nicht glücklich. Paradoxerweise führt Geld aber nun mal dazu, dass es weniger wichtig wird, wenn man mehr davon hat. Kurz: Mehr Liquidität, mehr Lebensqualität! Der vorliegende Abschnitt zur Steuer soll für Sie ein kleiner Betrag zu mehr Liquidität im Hochsteuerland Österreich sein:

Dank des Gewinnfreibetrages können mit etwas gutem Willen nun schon seit Jahren bis zu 13 % des Gewinnes vollkommen steuerfrei lukriert werden. Das bedeutet de facto eine Senkung des Spitzensteuersatzes von einst 50 % auf nunmehr 43,5 %. Die Zeiten mit 50 % Steuer sind also längst passé! Wie das geht und vieles mehr zu einer legalen Gewinnregulierung und aktiven Steuerplanung erfahren Sie gleich im ersten hier nachfolgenden Steuerkapitel „Gewinnregulierung und Steuerplanung“. Ein weiterer Beitrag beschäftigt sich mit dem klassischen Steuersparmodell „Ehegattensplitting“.

Nicht fehlen dürfen in diesem Steuerteil freilich auch die aktuellen Bestimmungen zu den umsatzsteuerlichen Besonderheiten von Wahlartpraxen. Diese finden Sie im Kapitel „Wahlarzt und Umsatzsteuer“.

Abgeschlossen wird der vorliegende Abschnitt mit dem Dauerbrenner „Wahlarzt mit Gewerbeschein“. Verkaufen Sie in der Ordination z.B. Nahrungsergänzungsmittel, Diätprodukte, Kontaktlinsen, Hautcremen, Zahnpflegeartikel und dergleichen, so führt dies nämlich zu einem Gewerbebetrieb in der Ordination. Interessant sind hier vor allem die sozialversicherungsrechtlichen Aspekte. Dabei gibt es Konstellationen, die zu nennenswerten Kostenvorteilen führen können.

9.2. Gewinnregulierung und Steuerplanung

Alle, die ihr steuerpflichtiges Einkommen mittels Einnahmen-Ausgaben-Rechnung ermitteln, können Ihre Gewinne durch

Verschiebemaßnahmen in einem nicht zu unterschätzenden Maße regulieren. Ärzte gehören i.d.R. zu dieser Gruppe der Einnahmen-Ausgaben-Rechner und sollten daher dieses Steuersparpotenzial im Auge behalten.

Wir zeigen Ihnen im Folgenden, wie Sie diese einfache Möglichkeit der Steuerplanung am besten nutzen können. Interessant dabei ist, dass besonders auch in gewinnschwachen Jahren (siehe unten) bei bestimmten Konstellationen, einige Tausend Euros herausgeholt werden können. Aber nun zunächst zu den gewinnstarken Praxen:

9.2.1. Gewinnregulierung in gewinnstarken Jahren

Hier gilt es, die nahende Einkommensteuernachzahlung für das laufende Jahr möglichst gering zu halten, indem Gewinn in das nächste Jahr verschoben wird. Grob gesagt, kann durch einen unter Umständen um einige Tage bis wenige Wochen verzögerten Geldeingang die dafür zu bezahlende Steuer um ein ganzes Jahr hinausgeschoben werden. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass auch die Vorauszahlungen für das übernächste Jahr niedriger festgesetzt werden. In manchen Fällen kann diese Verschiebetechnik auch interessant sein, wenn es dadurch zu geringeren Grenzsteuersätzen kommt, weil etwa die Gewinnerwartung im folgenden Jahr niedriger ist.

Die Technik ist ganz einfach:

- Legen Sie die noch für dieses Jahr zu stellenden Honorarnoten so, dass der Zahlungseingang erst im nächsten Jahr erfolgen kann.
- Bei großen Honorarnoten, die bereits hinausgegangen sind, empfiehlt es sich, mit dem Patienten als Zahlungstermin Anfang Jänner des folgenden Jahres zu vereinbaren. Je früher Sie Ihr optimales Verschiebungspotential kennen, desto effektiver können Sie hier vorgehen.
- Bezahlen Sie alle offenen Eingangsrechnungen noch bis zum 31.12. dieses Jahres.
- Decken Sie sich noch heuer ausreichend mit Ärztematerial, Handelswaren (Hausapotheke, Kontaktlinsen, Nahrungser-

gänzungsmittel etc.) und sonstigem Material ein und bezahlen Sie auch dieses noch heuer.

- Geben Sie alle anstehenden Reparatur- und Instandhaltungsarbeiten noch heuer in Auftrag.
- Leisten Sie für bereits in Auftrag gegebene Aufträge und Bestellungen Anzahlungen und/oder Vorauszahlungen.
- Zudem können Sie an Geschäftspartner, von denen Sie ständig bzw. regelmäßig Waren oder Leistungen beziehen (z.B. Hausapothekenware, Ärztematerial, Laborleistungen), auch bereits für Bestellungen in der Zukunft Depotzahlungen leisten.

9.2.2. Gewinnregulierung bei schwacher Ertragslage

Diese Situation entsteht meist in der Anlaufphase (insbesondere im 1. Jahr, wenn die Ordinationseröffnung gegen Jahresende erfolgt) und bei langfristiger Arbeits- bzw. Betriebsunterbrechung (Krankheit, Unfall). Da wir in Österreich einen progressiven Steuertarif haben, ist der Steuersatz von der Gewinnhöhe abhängig. So zahlt man erst ab einem Jahresgewinn von € 60.000,- die berühmte berüchtigten 50 % (ohne Nutzung des Gewinnfreibetrages). Darunter liegt der Grenzsteuersatz bei 43,214 % und bis zu einem Einkommen von € 25.000,- bei vergleichsweise günstigen 36,5 %. Die ersten € 11.000,- vom Gewinn sind vollkommen steuerfrei. Lässt man den Dingen freien Lauf, so kann es passieren, dass die unteren Progressionsstufen in gewinnschwachen Jahren leer bleiben und so verpuffen. Gelingt es nun, Einkommensteile der Folgejahre vorzuziehen, so können die unteren Progressionsstufen aufgefüllt und genützt werden. Wie das folgende Beispiel zeigt, kann dies Tausende von Euros bringen:

Beispiel: Ordinationseröffnung am 1. September

Einnahmen 09 - 12	€ 60.000,-
■ Gesamtausgaben (inkl. Abschreibung, Investitionsbegünstigungen etc.)	€ 59.000,-
Gewinn	€ 1.000,-
■ Sonderausgaben (private Versicherungen, Wohnraumschaffung etc.)	€ 1.000,-

Steuerpflichtiges Einkommen € 0,-
Steuer lt. Tabelle € 0,-

Die Steuerpflicht beginnt erst ab ca. € 11.000,-. Wie das obige Beispiel zeigt, geht bei einem Einkommen von Null dieser steuerfreie Betrag verloren!

Werden nun Einnahmen oder Ausgaben in Höhe von € 11.000,- vorgezogen, ergibt sich dadurch für das Eröffnungsjahr immer noch keine Einkommensteuer. Im Folgejahr vermindert sich der Gewinnausweis dadurch aber um diese € 11.000,-. Bei einer angenommenen Progression im darauffolgenden Jahr von 50 % bedeutet dies eine Steuerersparnis von € 5.500,-!

Tipp:

Noch vorteilhafter ist es, einen wesentlich höheren Betrag, z.B.

€ 25.000,- zu verlagern. Gelingt es z.B. heuer aus einem voraussichtlichen Nullergebnis einen Gewinn von € 25.000,- zu machen, so fallen heuer zwar € 5.110,- an Steuern an, im Folgejahr führt dies aber bei der angenommenen Progression von 50 % zu einer Steuerersparnis von € 12.500,-. Unter dem Strich haben Sie damit € 7.390,- lukriert.

Die Technik ist wiederum ganz einfach:

- Rechnen Sie bereits erbrachte Leistungen umgehend ab.
- Bemühen Sie sich um den Eingang noch ausstehender Honorarnoten bis spätestens 31.12.
- Überlegen Sie die Möglichkeit, von Patienten auf die von Ihnen zu erbringende Leistungen Vorauszahlungen bzw. Anzahlungen einzuheben.
- Nützen Sie die Ihnen gewährten Zahlungsziele bzw. versuchen Sie diese bis zum Jänner des Folgejahres zu verlängern.

Hinsichtlich der Generierung und Bezahlung von Betriebsausgaben kann Ihnen also die „Aufschieberitis“ in gewinnschwachen Zeiten gute Dienste leisten und Tausende Euros bringen. Bei den Einnahmen sollten Sie im Gegenzug dafür besonders auf einen raschen Lauf der Dinge achten. Leider ist man gerade in dieser Situation durch das Tagesgeschäft oftmals mehr als ausgelastet und es fehlt für nicht so vordergründig dringlich erscheinende Dinge an Motivation. Und für strategische Planungsarbeiten ist dann im Dezember erst recht keine Zeit.

9.2.3. Zwischengewinnermittlung

Wir empfehlen daher frühzeitig - bereits nach Abschluss der Septemberbuchhaltung - eine professionelle Zwischengewinnermittlung und Jahreshochrechnung durchzuführen. Da für Sie die steuerliche Beurteilung der momentanen Gewinnsituation oft nicht leicht möglich sein wird, sollten Sie Ihren Steuerberater beiziehen. Er kann Ihnen auf Basis des Zahlenmaterials der Monate Jänner bis September und den Erfahrungswerten aus den Vorjahren konkrete Handlungsempfehlungen zur optimalen Gewinnverschiebung des laufenden Jahres geben. Passiert dies bereits im Oktober, haben Sie auch noch genügend Zeit für eine sorgfältige Umsetzung. Auch können Sie sich so gegebenenfalls auf eine eventuelle Steuernachzahlung schon Monate vor Fälligkeit vorbereiten und den optimalen Einreichzeitraum der heurigen Steuererklärungen gemeinsam mit Ihrem Steuerberater bereits jetzt festlegen. Und last but not least haben Sie auch gleich schon die Zahlen für Ihre Disposition zur Ausschöpfung des Gewinnfreibetrages.

9.3. Der Gewinnfreibetrag

Sie können derzeit bis zu 13 % des Gewinnes vollkommen steuerfrei lukrieren, wenn Sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Abgesehen von einem Grundfreibetrag in Höhe von € 3.900,- gibt es den investitionsbedingten Gewinnfreibetrag. Nämlich dann, wenn in gleicher Höhe bestimmte Investitionen getätigt werden bzw. - neu ab 2014! - Wohnbauanleihen gekauft werden.

Um hier noch eventuellen Handlungsbedarf auszumachen, ist es wiederum wichtig, den voraussichtlichen Jahresgewinn noch vor dem 31. Dezember zu kennen.

Technisch gelingt die volle Ausschöpfung des Freibetrages über einen Zwei-Stufen-Gang. Dieser besteht aus einem so genannten Grundfreibetrag und einem investitionsbedingten Freibetrag wie folgt:

9.3.1. Grundfreibetrag

Ersterer deckt € 30.000,- Ihres Gewinnes ab und bedarf keiner weiteren Voraussetzungen. Dieser Grundfreibetrag beträgt somit bis zu € 3.900,- (13 % von € 30.000,-). Der Gesetzgeber wollte damit für Unternehmer ein Gegenstück zum begünstigt besteuerten 13. und 14. Gehalt von Dienstnehmern schaffen.

9.3.2. Investitionsbedingter Gewinnfreibetrag

Übersteigt Ihr Gewinn € 30.000,- so gibt es zusätzlich zu obigem Grundfreibetrag für den übersteigenden Teil einen „investitionsbedingten Gewinnfreibetrag“ in Höhe von ebenfalls 13%. Dies bis zu einem Gewinn von € 175.000,-. Darüber hinaus gibt es den Freibetrag mit 7% für weitere € 175.000,- und danach noch 4,5% für weitere € 230.000,- Gewinn. In Summe sind also immerhin € 45.350,- steuerfrei lukrierbar.

Voraussetzung ist, dass in bestimmte begünstigte Wirtschaftsgüter investiert wird. Das sind abnutzbare (also nicht z.B. Grund und Boden oder Kunstwerke), körperliche (also nicht z.B. Software) Wirtschaftsgüter, die eine betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer von mindestens 4 Jahren haben. Ausgenommen sind PKW und Kombi, Luftfahrzeuge und gebrauchte Wirtschaftsgüter. Scheiden für den Gewinnfreibetrag herangezogene Wirtschaftsgüter vor Ablauf der 4-jährigen Behaltefrist aus, so erfolgt eine Nachversteuerung.

Zugelassen sind auch bestimmte Wertpapiere, die ebenso nach 4 Jahren wiederum steuerfrei verkauft werden können. Ab 2014 sind unter den Wertpapieren nur mehr Wohnbauanleihen begünstigt.

Resümee:

Planmäßiges Vorgehen lohnt sich. Wer plant, muss nicht über vollendete Tatsachen nachdenken, sondern kann die Zukunft aktiv gestalten. Auch die Steuer muss nicht passiv hingenommen werden, sondern kann auf legale Art und Weise zu einem guten Teil beeinflusst und gelenkt werden. Insbesondere ein überlegtes Timing und die Ausschöpfung des Gewinnfreibetrages führen zu deutlich besseren Nettoergebnissen. Wir empfehlen daher jedes Jahr im Herbst frühzeitig eine Zwischengewinnermittlung mit Jahreshochrechnung als wichtigste Entscheidungsgrundlage für Ihre steuerlichen Dispositionen zum Jahresende.

9.4. Steuersparmodelle durch Ehegattensplitting

Für all jene, deren Einkommen bereits in die höchste Steuerklasse hineinreicht (ab € 60.000) und dort mit dem derzeitigen Höchststeuersatz von 50 % (ohne Nutzung des Gewinnfreibetrages) besteuert wird, lohnt es sich, darüber nachzudenken, inwieweit nicht Einkommensteile auf andere Familienmitglieder mit einem moderateren Grenzsteuersatz umgelenkt werden können. Dieser Vorgang wird als Einkommenssplitting oder auch Ehegattensplitting bezeichnet. Das Splitting kann auf mehreren Ebenen gespielt werden, wie folgt.

Ebene 1: Das Ehegattendienstverhältnis

Ebene 2: Die steueroptimale Ordination

Ebene 3: Der Zuwendungsfruchtgenuss

9.4.1. Das Ehegattendienstverhältnis

Rein rechnerisch ergibt sich unter der Voraussetzung, dass für den Arzt als Dienstgeber der Spitzensteuersatz von 50 % zur Anwendung kommt, derzeit ein steueroptimales Bruttogehalt des Partners von etwa € 1.200,- pro Monat. Hier ist der Vorteil aus der Anstellung (Differenz zwischen Steuerersparnis und Kosten der Anstellung) am größten. In vielen Fällen entspricht das aber nicht der tatsächlich vom Ehepartner erbrachten Leistung, sodass schon aus arbeitsrechtlicher Sicht ein höheres Gehalt angebracht ist.

Die Frage nach dem optimalen Gehalt hängt auch weitgehend von Ihrem Vertrauen in das staatliche Pensionssystem ab. Berücksichtigt man nämlich, dass der Ehepartner durch eine Anstellung auch Pensionsansprüche in Abhängigkeit der bezahlten Pensionsbeiträge erwirbt, so kann auch eine Anstellung mit einem höheren Gehalt rein rechnerisch sinnvoll sein.

In jedem Fall ist aber zu beachten, dass ein Ehegattendienstverhältnis vom Fiskus nur dann steuerlich anerkannt wird, wenn es einem Fremdvergleich standhält. Das heißt, das Gehalt für den Ehepartner ist so zu bemessen, wie es auch für eine fremde Kraft mit gleichen Qualifikationen angesetzt werden würde. Dabei kann selbstverständlich durch eine höhere Qualifikation des Ehepartners oder längere Arbeitszeiten ein Gehalt, das über dem Gehaltsniveau einer Ordinationshilfe liegt, gerechtfertigt sein.

Tipp: Achten Sie daher unbedingt auch darauf, dass Ihr Ehepartner unter Bedachtnahme auf die Qualifikation, Berufsausbildung, Position und Arbeitszeit in der Praxis adäquat und marktüblich entlohnt wird.

Die obigen Ausführungen gelten sinngemäß natürlich auch, wenn Ihre Kinder in der Ordination mitarbeiten, egal ob dauerhaft oder etwa in den Ferien.

9.4.2. Die steueroptimale Ordination

Erwirbt Ihr Ehepartner Ordinationsräumlichkeiten und vermietet diese an Sie, so können sich daraus gleich mehrere Steuervorteile ergeben, wie folgt:

- Durch die Miete kann ein Teil Ihres Einkommens zu Ihrem Ehepartner umgeleitet werden. Bei entsprechenden Einkommensunterschieden können die verschobenen Einkommensteile so einem günstigeren Steuersatz zugeführt werden (Ehegattensplitting). Dieser Vorteil kann von Ihrem Steuerberater exakt beziffert werden.
- Gebäudeinvestitionen (Adaptierungen, Installationen), die Sie als eingemietete(r) Ärztin oder Arzt selbst tragen (Mieterinvestitionen), können in bestimmten Fällen auf eine kürzere Zeit (z.B. 10 Jahre) abgeschrieben werden als bei Eigentum (50 Jahre).
- Achtung: die bis 2011 mögliche Lukrierung von Vorsteuern der Praxisbaukosten bei Kauf durch Angehörige ist ab 2012 so nicht mehr möglich. Durch Abschaffung der früheren 10-Jahresspekulationsfrist ist überdies in den meisten Fällen ein steuerfreier späterer Verkauf der Praxisimmobilie nicht mehr möglich.

Tipps:

- Lassen Sie sich die einzelnen Steuervorteile sowie auch die Gesamterentabilität von Ihrem Steuerberater jedenfalls vor einer geplanten Immobiliendisposition beziffern.
- Das Ehegattenmodell funktioniert auch dann, wenn Sie die Ordination in Ihrem Privathaus unterbringen wollen. Hier kann mittels Parifizierung und Begründung von Wohnungseigentum erreicht werden, dass der Ehepartner jenen Teil des Hauses erwirbt, in dem die Ordinationsräumlichkeiten untergebracht werden sollen.
- Treffen Sie vertraglich Vorsorge für den Fall einer Ehescheidung.

9.4.3. Der Zuwendungsfruchtgenuss

Bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung ist es relativ einfach durch Einräumung eines Fruchtgenusses an der betreffenden Liegenschaft zu Gunsten von Ehegatten oder Kindern ein Einkommenssplitting zu bewerkstelligen. Werden bestimmte Voraussetzungen erfüllt, so kann damit erreicht werden, dass Mieteinkünfte künftig beim Fruchtnießer versteuert werden, ohne dass zivilrechtliches Eigentum an der betreffenden Liegenschaft übertragen werden muss. Der Haken dabei war früher, dass dieser Vorgang Schenkungssteuer auslöste. Mit Abschaffung derselbigen kann die Einräumung eines Zuwendungsfruchtgenusses seit 2008 nun ohne unliebsamen „Nebensteuern“ erfolgen. Es fällt lediglich eine Gebühr für die Eintragung in das Grundbuch vom Wert des Fruchtgenusses an.

Damit die Finanz die Zurechnung der Einkünfte beim Fruchtnießer akzeptiert, muss letzterer auf die Einkunftserzielung wesentlichen Einfluss nehmen können. Bei der Vermietung eines Gebäudes müssen dazu folgende Kriterien erfüllt sein:

- Der Fruchtnießer muss den Mietern gegenüber als

Vermieter auftreten.

- Das heißt, neue Mietverträge sind vom Fruchtnießer selbst abzuschließen. Bei bestehenden Verträgen muss den Mietern die Übernahme der Verträge angezeigt werden. Bei der Vermietung von Ferienwohnungen muss der Fruchtnießer in den Werbemitteln (Prospekte, Häuserkatalog, Internet-Auftritt) sowie in der gesamten Korrespondenz (Anfragenbeantwortungen, Reservierungsbestätigungen, Rechnungen, etc.) als Vermieter auftreten.
- Der Fruchtnießer muss Ansprechpartner für die Rechte und Pflichten (z.B. Mietabrechnung, Durchführung notwendiger Erhaltungsarbeiten etc.) aus den Mietverträgen sein. Bei der Vermietung von Ferienwohnungen bestehen Verpflichtungen vor allem gegenüber dem Tourismusverband (Meldepflicht der Übernachtungen, Abführung der Kurtaxe etc.) und dem Amt der Tiroler Landesregierung. Auch gegenüber diesen Stellen hat der Fruchtnießer als Verantwortlicher aufzutreten.
- Die Mieten müssen auf das Konto des Fruchtnießers überwiesen werden bzw. von einem von ihm Beauftragten eingehoben werden. Bei der Vermietung von Ferienwohnungen ist darauf zu achten, dass der Fruchtnießer auch auf den Rechnungen gegenüber den Feriengästen als Vermieter auftritt.
- Der Fruchtnießer muss den Hausverwalter bestellen.
- Es empfiehlt sich, diese Kriterien bereits in den Vertrag zur Bestellung eines Zuwendungsfruchtgenusses einfließen zu lassen. Insbesondere bei Verträgen zwischen nahen Angehörigen untersucht die Finanz, ob die für die steuerrechtliche Anerkennung erforderliche Außenwirkung auch tatsächlich gegeben ist. Die Bestellung eines Fruchtgenusses wird gegenüber Dritten nur wirksam, wenn eine Eintragung ins Grundbuch erfolgt. Andernfalls wird die Finanz ein missbräuchliches „Einkommenssplitting“ erblicken.

Vor der rechtlichen Finalisierung gilt es jedoch noch, sicherzustellen, dass die Anlagenabschreibung der Immobilie nicht verloren geht, da diese primär dem zivilrechtlichen Eigentümer zusteht. Hier gibt es mehrere Varianten, durch die ein erfahrener Steuerberater das zu verhindern weiß.

Resümee:

Aus steuerlicher Sicht bringt die Einräumung eines Zuwendungsfruchtgenusses bei einem entsprechenden „Steuergefälle“ zwischen Fruchtgenussbesteller und Fruchtnießer erhebliche Vorteile. Dank Abschaffung der Schenkungssteuer kann mit solchen Transaktionen ein vorteilhaftes Einkommenssplitting ohne wesentliche steuerliche Nebenwirkungen auf Grund eines Schenkungssteuertatbestandes erreicht werden.

Ob sich eine Fruchtgenusskonstruktion tatsächlich lohnt und welcher Variante schlussendlich der Vorzug gegeben werden soll, hängt weiterhin vom konkreten Fall ab. Bevor Sie zur Tat schreiten, empfehlen wir Ihnen jedenfalls, von Ihrem Steuerberater eine Rentabilitätsberechnung mit Günstigkeitsvergleich samt Handlungsempfehlung aus steuerrechtlicher

Sicht durchführen zu lassen. Je nach Fallkonstellation können verschiedenste umsatzsteuerliche und einkommenssteuerliche Aspekte für die eine oder die andere Variante sprechen. Die steuerlichen Vorteile gilt es sodann gegenüber zivilrechtlichen Bedenken und Zielvorgaben abzuwägen. Konsultieren Sie daher unbedingt auch einen Rechtsanwalt und/oder Notar.

9.5. Wahlarzt und Umsatzsteuer

Dass auch Ärzte von den Fallstricken der Umsatzsteuer (USt) erfasst werden, ist spätestens seit der Diskussionen über die Umsatzsteuer bei ärztlichen Gutachten und Schönheitsbehandlungen offensichtlich geworden. Von der Umsatzsteuer betroffen sind vor allem auch in Wahlarztpraxen gehandelte Produkte wie Nahrungsergänzungsmittel, Diätprodukte, Kontaktlinsen, Hautcremen etc. Mit der Neuregelung für arbeitsmedizinische Leistungen ist nun ganz aktuell zudem ein neues Umsatzsteuerthema auf den Plan getreten. Besondere Vorsicht ist im Übrigen auch bei Auslandstransaktionen geboten. Damit Sie nicht in eine der vielen Umsatzsteuerfallen tappen und sich im Fall der Fälle steueroptimal verhalten können, geben wir Ihnen hier einen Überblick über die häufigsten „Umsatzsteuervorkommnisse“ in Wahlarztpraxen.

ÜBERBLICK UMSATZSTEUERTHEMEN
Umsatzsteuer bei GUTACHTEN
SCHÖNHEITS-OPs & CO
HANDELSWAREN in der Ordination
AUSLANDSTRANSAKTIONEN
BUCHFÜHRUNG & Umsatzsteuer
KLEINUNTERNEHMERREGELUNG

9.5.1. Umsatzsteuer bei Gutachten

Ärztliche Gutachten (Zeugnisse) sind zwar dem Grundsatz nach umsatzsteuerfrei.

Umsatzsteuerpflichtig sind jedoch folgende Gutachten:

- Verwandtschaftstests (auf biologische Untersuchungen gestützte Feststellung einer anthropologisch-erbbiologischen Verwandtschaft)
- Medikamentenstudien (ärztliche Untersuchung über die pharmakologische Wirkung eines Medikamentes)
- Kosmetikstudien (dermatologische Untersuchung von kosmetischen Stoffen)
- Psychologische Tauglichkeitstests, die sich auf die Berufsfindung erstrecken.
- Bescheinigungen für Ansprüche nach Kriegsopferversorgungsgesetz
- Gutachten in laufenden Gerichtsverfahren, außer sie dienen dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen (z.B. die Vernehmung-, Verhandlungs- oder Haftvollzugstauglichkeit)

Seit 1.1.2014 auch Gutachten im Rahmen einer außergerichtlichen Streitbeilegung. Davon werden im Wesentlichen Verfahren vor den Schlichtungsstellen der Freiberuflerkammern (Ärztekammer, Zahnärztekammer, Kammer der Wirtschaftstreuhänder, Rechtsanwaltskammer ...) betroffen sein. Die in der Schiedskommission tätigen Funktionäre erzielen als solche jedenfalls weiterhin nicht steuerbare Umsätze und sind in Ihrer Funktionsausübung nicht von der Neuerung betroffen. Demgegenüber ist damit zu rechnen, dass die Sitzungsgelder der beratend beisitzenden Sachverständigen bei außergerichtlichen Streitverfahren ebenso der Umsatzsteuer zu unterwerfen sind.

9.5.2. Schönheits-OPs & Co

„Wer schön sein will, muss leiden“. Was die Umsatzsteuer angeht, hat dieses Sprichwort längst eine neue Bedeutung erlangt. Auf Grund der Judikatur des Europäischen Gerichtshofes hat das Bundesministerium für Finanzen in den Umsatzsteuerrichtlinien klargestellt, dass ästhetisch-plastische Leistungen eines Arztes aus umsatzsteuerlicher Sicht nur noch dann zu den Tätigkeiten als Arzt zählen, wenn ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht. Rein ästhetische Maßnahmen ohne medizinische Indikation sind damit der Umsatzsteuer zu unterwerfen.

Im Folgenden geben wir Ihnen einen Überblick wer und inwieweit davon betroffen ist:

Wer ist betroffen?

Kosmetische Eingriffe und Behandlungen ohne medizinische Indikation kommen vor allem in den Fächern Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie und Dermatologie vor.

Inwieweit?

Die Betroffenheit reicht nur so weit, als nicht therapeutische Ziele im Vordergrund stehen. Diese Entscheidung kann nur der Arzt treffen. Nach den Umsatzsteuerrichtlinien ist die Finanz an diese Entscheidung gebunden. Jedoch sind der Unabhängige Finanzsenat (2. Berufungsinstanz) sowie die Gerichtshöfe an diese Richtlinien nicht gebunden, sodass eine wirklich unumstrittene Regelung fehlt. In eindeutigen Fällen (z.B. rein ästhetische Botox-Behandlung oder Lifting) empfehlen wir, mit Umsatzsteuer zu verrechnen. In Zweifelsfällen sollte die medizinische Indikation eindeutig dokumentiert werden. Der Nachweispflicht der Ärzte sind dabei Grenzen gesetzt. Die Vorlage der Patientenkartei kann auf Grund der ärztlichen Schweigepflicht jedenfalls nicht verlangt werden.

9.5.3. Handelsware in der Ordination

So wie die Waren der Hausapotheke, so sind auch Diätprodukte, Nahrungsergänzungsmittel, Kontaktlinsen, Hautcremen und dergleichen umsatzsteuerpflichtig. Als Faustregel gilt, alles was Sie einkaufen, um es an Patienten weiter zu verkaufen löst in der Regel Umsatzsteuerpflicht aus. In Zweifelsfällen empfehlen wir Ihnen, sich an Ihren Steuerberater zu wenden.

Achtung! Für den Handel mit Waren benötigen Sie in der Regel einen Gewerbeschein und lösen einen zusätzlichen Versicherungstatbestand aus! Näheres dazu finden Sie als

letzten Beitrag dieses Steuerteiles (Kapitel 9.6. Wahlarzt mit Gewerbeschein).

9.5.4. Umsatzsteuerliche Besonderheiten bei Auslandstransaktionen

Wenn ein Arzt aus dem EU Ausland Gegenstände erwirbt oder dort Leistungen in Anspruch nimmt, kann dies zu besonderen umsatzsteuerlichen Sachverhalten führen.

Ersteres kann unter bestimmten Voraussetzungen zu einem innergemeinschaftlichen Erwerb und letzteres zu einem so genannten „Reverse-Charge-Fall“ führen. Diese beiden Steuerfallen werden im Folgenden erläutert. Beiden Fällen gemeinsam ist, dass dafür eine so genannte UID-Nummer benötigt wird. Diese wird auf Anfrage vom Finanzamt vergeben und muss unbedingt schon vor der Verwirklichung der entsprechenden Tatbestände vorliegen.

9.5.4.1. Steuerfälle „Innere Gemeinschaftliche Erwerbe“

Sie kaufen regelmäßig oder auch nur sporadisch Gegenstände (z.B. Ärztebedarf, medizinisch-technische Geräte, einen PKW etc.) in anderen EU-Staaten? Um teure Fehler zu vermeiden, gilt es 2 Fälle zu unterscheiden:

Fall 1: Der Ausnahmefall

Sie haben

- neben den umsatzsteuerfreien ärztlichen Honoraren auch umsatzsteuerpflichtige Einnahmen erzielt (z.B. für Anwendungsbeobachtungen, Vorträge, gewisse Gutachten etc.) oder
- im vergangenen Jahr um mehr als 11.000,- Euro im EU-Raum eingekauft oder
- heuer bereits so viel eingekauft, dass Sie nun mit dem aktuellen Kauf in Summe die 11.000,- Euro-Grenze überschreiten. Kaufen Sie beispielsweise einen PKW im Wert von mehr als 11.000,- Euro für Ihre Ordination, so ist dies auch dann der Fall, wenn dies der erste EU-Einkauf des Jahres ist. Hier wird bereits mit diesem ersten Einkauf der maßgebliche Grenzwert überschritten.

Folge: In obigen Fällen hat Österreich das Besteuerungsrecht, d.h. Sie müssen für Einkäufe im EU-Ausland Erwerbsteuer an das österreichische Finanzamt abführen.

TIPP: Damit Sie nicht doppelt zum Handkuss kommen und neben der österreichischen nicht auch noch die ausländische Umsatzsteuer tragen müssen, sollten Sie dem EU-Verkäufer unbedingt Ihre UID-Nummer mitteilen. Wenn Sie das tun, erhalten Sie nämlich eine Rechnung ohne Umsatzsteuer und bezahlen dem Lieferanten auch nur den Nettopreis. Die Vergabe einer UID-Nummer kann jederzeit beim Finanzamt beantragt werden.

Fall 2: Der Regelfall

Bei Ihnen ist keine der obigen Voraussetzungen erfüllt.

Folge: Sie müssen die ausländische Umsatzsteuer bezahlen und haben dafür nichts mit der Erwerbsteuer zu tun.

TIPP: In diesem Fall darf dem Verkäufer die UID-Nummer nicht bekannt gegeben werden. Die Rechnung wird dann mit ausländischer Umsatzsteuer (Deutschland z.B. 19 %) ausgestellt und bezahlt.

9.5.4.2. Steuerfälle „Reverse-Charge“

Es gibt Fälle, in denen das Finanzamt die USt nicht wie üblich beim Lieferanten, sondern bei dessen Kunden kassiert. Dieses Phänomen wird als Reverse-Charge bezeichnet und bedeutet „Übergang der Steuerschuld auf den Leistungsempfänger“. Dazu kommt es dann, wenn ein ausländischer Unternehmer für einen Unternehmer in Österreich bestimmte Leistungen erbringt und selbst in Österreich weder einen Sitz noch eine Betriebsstätte, noch seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Beispielfälle:

- In Ihrer Ordination geht ein Gerät kaputt und Sie beauftragen eine deutsche Firma, mit der Reparatur. Diese schickt einen Techniker über die Grenze.
- Sie lassen von einem deutschen Filmproduzenten in Deutschland einen Werbefilm für Ihre in Österreich befindliche Ordination produzieren.

In obigen Fällen hat ebenso Österreich das Besteuerungsrecht, da als Leistungsort nach der aktuellen Rechtslage in beiden Fällen Österreich gilt. Haben die jeweils beauftragten deutschen Unternehmer in Österreich keinen Sitz bzw. keine Betriebsstätte etc., so geht die Steuerschuld auf Sie als Empfänger der Leistung über.

Was ist zu tun?

- Sie bezahlen nur den Nettopreis ohne USt, da Sie ja an das Österreichische Finanzamt die Umsatzsteuer abführen müssen.
- Die deutsche Firma fakturiert netto und bringt Ihre und die eigene UID-Nr. sowie einen Hinweis auf den Übergang der Steuerschuld auf der Rechnung an.
- Sie geben eine Umsatzsteuervoranmeldung ab und bezahlen die Umsatzsteuer an Ihr Finanzamt.

Konsultieren Sie in Zweifelsfällen bitte Ihren Steuerberater. So stellen Sie sicher, dass Reverse-Charge erkannt und korrekt abgewickelt wird. Andernfalls kann es passieren, dass Sie anlässlich einer Betriebsprüfung doppelt zum Handkuss kommen, da Sie z.B. zur bereits bezahlten deutschen USt dann auch noch die österreichische USt abführen müssen.

9.5.5. Arbeitsmedizinische Leistungen

Laut Umsatzsteuerrichtlinien fällt die Tätigkeit der Arbeitsmediziner seit 1. Jänner 2014 nicht mehr unter den Begriff Heilbehandlung und unterliegt daher der Umsatzsteuerpflicht. Steuerfrei soll nur noch die individuelle Beratung der Arbeitnehmer, die arbeitsmedizinische Untersuchung, die Durchführung von Schutzimpfungen sowie die Dokumentation dieser Tätigkeiten sein. Im Falle einer Gesamtbetragsabrechnung kann aus Vereinfachungsgründen davon ausgegangen werden,

dass der Anteil der steuerpflichtigen Tätigkeiten 90 % und der steuerfreie Anteil 10 % beträgt. Eine andere Aufteilung ist bei entsprechender Dokumentation ebenso möglich.

9.5.6. Umsatzsteuer & Buchführung

In der Buchhaltung sind die umsatzsteuerpflichtigen Leistungen auf separaten Konten zu erfassen und in die monatliche Umsatzsteuervoranmeldung aufzunehmen. Dazu empfiehlt es sich, auf den Bareinnahmenlisten und Bankbelegen die betreffenden Honorareingänge zu markieren.

Vorsteuern auf Vorleistungen (Ärztbedarf, medizinisch-technische Geräte etc.) im Zusammenhang mit umsatzsteuerpflichtigen Leistungen können von der geschuldeten Umsatzsteuer in Abzug gebracht werden.

Wenn ein Zusammenhang nur zum Teil (z.B. EDV-Ausstattung) gegeben ist, steht ein anteilmäßiger Vorsteuerabzug zu.

9.5.7. Kleinunternehmerregelung

Ja, von all den Umsatzsteuertatbeständen gibt es eine Ausnahme, wenn die Umsätze aus allen (umsatzsteuerfreien + umsatzsteuerpflichtigen) Umsätzen im Veranlagungsjahr € 30.000,- nicht übersteigen. In diesem Fall kann von der so genannten Kleinunternehmer-Regelung Gebrauch gemacht werden. Auf der Honorarnote darf in diesem Fall keine Umsatzsteuer (Achtung! auch nicht der Vermerk „inkl. USt“) angeführt werden. Allerdings gibt es für Kleinunternehmer auch keinen Vorsteuerabzug für Ausgaben.

In den meisten Fällen wird die Umsatzgrenze von € 30.000,- p.a. überschritten werden, so dass obige Regelung wirklich nur in ganz wenigen Ausnahmefällen zur Anwendung kommen wird.

Resümee

So ärgerlich es auch ist, wegen ein paar Gutachten, ein paar Nahrungsergänzungsmittel oder dergleichen als Arzt mit der Umsatzsteuer hantieren zu müssen, so erfreulich ist es andererseits aber auch, dass es nach langer Diskussion nun doch bei einer überschaubaren Liste umsatzsteuerpflichtiger Umsätze geblieben ist. So bald ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht, ist nach wie vor auch bei ästhetischen Eingriffen von einer umsatzsteuerfreien ärztlichen Tätigkeit auszugehen. Die Beurteilung, inwieweit therapeutische Ziele im Vordergrund stehen, obliegt ausschließlich dem Arzt.

Sollten Sie tatsächlich umsatzsteuerpflichtig werden, so kommen Sie dafür in den Genuss des anteilmäßigen Vorsteuerabzuges. Einkäufe und Vorleistungen, die mit obigen Umsätzen in Zusammenhang stehen, sollten daher unbedingt auch dem umsatzsteuerlich relevanten Bereich zugeordnet werden. Die dafür bezahlten Vorsteuern können von der geschuldeten Umsatzsteuer in Abzug gebracht werden. Dies gilt auch dann, wenn ein Zusammenhang nur zum Teil gegeben ist. In diesen Fällen ist ein entsprechender Anteil aus der korrespondierenden Vorsteuer abzugsfähig.

9.6. Wahlarzt mit Gewerbeschein

Zu einem Gewerbebetrieb in der Ordination kommt es z.B. beim Verkauf von Kontaktlinsen, Nahrungsergänzungsmittel, Cremes und dergleichen. Die abgabenrechtlichen Konsequenzen sind weit reichend. Neben den harmlosen einkommenssteuerlichen und den mitunter lästigen umsatzsteuerlichen Aspekten sind vor allem die sozialversicherungsrechtlichen Auswirkungen interessant. Hier gibt es Konstellationen, die zu lukrativen Kostenvorteilen führen. Im Folgenden lüften wir für Sie das abgabenrechtliche Dickicht über dem Gewerbe in Ihrer Ordination.

9.6.1. Einkommensteuer

Hier ergeben sich keine inhaltlichen Besonderheiten mehr. Einziger Unterschied ist die Stelle, an der der entsprechende Gewinn auf dem Steuerformular einzutragen ist. Streng genommen ist eine exakte Trennung zwischen den gewerblichen und den Einkünften aus der rein ärztlichen Tätigkeit als Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit vorzunehmen, sowie je ein zusätzliches Formular als Beilage zur Einkommensteuererklärung auszufüllen. Auf die Höhe der Steuerbelastung haben diese rein formellen Erfordernisse jedoch keinerlei Auswirkungen.

9.6.2. Umsatzsteuer

Siehe Kapitel 9.5.3 Handelswaren in Ihrer Ordination.

9.6.3. Krankenversicherung

Wie bei jeder gewerblichen Tätigkeit kommt es zur Versicherungspflicht bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA). Die Krankenversicherung berechnet sich in Höhe von 9,18 % des steuerpflichtigen Gewinnes aus der gewerblichen Tätigkeit vor Abzug der entrichteten Sozialversicherungsbeiträge. Der Höchstbeitrag liegt derzeit bei € 485,16 monatlich. Demgegenüber können sich Ärzte ohne gewerbliche Betätigung in Tirol über einen Rahmenvertrag zwischen der Ärztekammer und der Merkurversicherung bereits zu einem Monatsbeitrag von derzeit je nach Alter um die € 155,- versichern lassen. Die Mitversicherung von Kindern kostet € 55,97 p.m.

Tipp: Wirft die gewerbliche Nebentätigkeit, z.B. aus dem Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln, hingegen nur niedrige Gewinne ab, so kann die gewerbliche Pflichtversicherung dazu führen, dass eine günstigere Möglichkeit der Krankenversicherung erreicht wird, als für einen Mediziner ohne gewerbliche Tätigkeit. Im besten Fall kann es gelingen, dass für die Krankenversicherung lediglich der Mindestbeitrag von derzeit monatlich € 64,72 (in den ersten beiden Jahren gar nur € 49,37 p.m.) bezahlt werden muss. Dies ist dann gegeben, wenn der Jahresgewinn aus der gewerblichen Nebentätigkeit maximal die Mindestbeitragsgrundlage in Höhe von derzeit € 704,99 monatlich bzw. € 8.459,88 jährlich beträgt. Sogar eine kostenlose Mitversicherung von Ehegatten und Kindern ist zu diesem „Preis“ möglich.

9.6.4. Pensionsversicherung

Der Beitragssatz für gewerbliche Tätigkeiten zur Pensionsversicherung beträgt 18,5 %, während für ärztliche Tätigkeiten 20 % vom Gewinn eingehoben werden.

9.6.5. Generelle Vorteile der Versicherungspflicht bei gewerblicher Tätigkeit

Unabhängig von der Gewinnsituation, bringt die Versicherungspflicht in der SVA jedenfalls zwei Vorteile:

- In den ersten beiden Jahren der gewerblichen Betätigung kommt es lediglich zur Vorschreibung der Mindestbeiträge zur Krankenversicherung. Eine Nachbemessung bei Vorliegen des endgültigen Gewinnes lt. Steuerbescheid erfolgt für die ersten beiden Gründungsjahre nicht. Im Ergebnis bedeutet dies, dass in den ersten beiden Jahren der gewerblichen Tätigkeit der Beitrag zur Krankenversicherung mit dem Mindestbeitrag von derzeit € 49,37 p.m. abgetan ist.
- Der Beitragssatz für gewerbliche Tätigkeiten zur Pensionsversicherung ist niedriger als für die ärztliche Tätigkeit. Das Besondere dabei ist, dass der Regelung für gewerbliche Betätigungen der Vorrang eingeräumt wird. D.h., zuerst werden jene Gewinne, die aus der gewerblichen Tätigkeit herrühren, mit 18,5 % belastet. Die Gewinne aus der ärztlichen Tätigkeit werden nur insoweit als Bemessungsgrundlage mit dem 20 %-Satz herangezogen, als nach Ansatz der gewerblichen Einkünfte die Höchstbemessungsgrundlage von derzeit € 63.420,- noch nicht ausgeschöpft wurde.

Beispiel:

Die Gewinne einer Fachärztin für Augenheilkunde aus Kontaktlinsenverkäufen betragen € 20.000,-. Des Weiteren werden Gewinne aus der augenärztlichen Tätigkeit von € 100.000,- erzielt. In diesem Fall werden 18,5 % von € 20.000,- und weitere 20 % von € 43.420,- (€ 63.420,- minus € 20.000,-) an Beiträgen zur gesetzlichen Pensionsversicherung vorgeschrieben. In Summe führt dies zu einer monatlichen Belastung von € 1.032,-. Würde die betreffende Augenärztin keine Kontaktlinsen verkaufen, dann wären jährlich 20 % von € 63.420,-, das sind € 1.057,- pro Monat, für die gesetzliche Pensionsversicherung zu berapen. Auf das Jahr gerechnet würde dies eine Mehrbelastung von rund € 300,- bedeuten, ohne dass dafür eine höhere Leistung aus der Pensionsversicherung erzielt werden könnte. Die Krankenversicherungsbeiträge belaufen sich in diesem Beispiel auf € 153,- (9,18 % von € 20.000,-) monatlich. Kinder und Partner könnten zu diesem Betrag kostenlos mitversichert werden. In den ersten beiden Jahren der gewerblichen Tätigkeit reduzieren sich die monatlichen Beiträge zur Krankenversicherung auf den Mindestbeitrag von derzeit € 49,37 (9,18 % von 537,78).

Resümee:

Die auf den ersten Blick lästig erscheinenden sozialversicherungsrechtlichen Konsequenzen der Ausübung eines Gewerbes entpuppen sich bei genauem Hinsehen mitunter als Vorteil. Wie obige Beispielrechnung zeigt, kann ein Gewerbe in der Ordination zu einer Senkung der Kosten für die Kranken- und Pensionsversicherung führen. ■

10. Betriebliche Versicherungen

Versicherungsanstalten bieten verschiedenste Versicherungssparten an, entweder in Form von Einzelverträgen oder zusammengefasst in Bündelversicherungen. Letztere sind nach einem Baustein-System aufgebaut. Das heißt, dass sich jeder Arzt aus der Angebotspalette die für ihn wichtigsten Bausteine auswählen und damit einen maßgeschneiderten Versicherungsschutz erreichen kann. Die Bündelung von Versicherungsbausteinen wirkt sich günstig auf die Prämienhöhe aus und ist meist billiger als der Abschluss einzelner Versicherungsverträge.

Die Ärztekammer für Tirol hat für Ihre Mitglieder günstige Kollektivvereinbarungen für die Versicherungssparten Pflichtkrankenversicherung (TAEK-Tarif), Betriebsunterbrechung (BUFT) und wahlweise eine Ordinationssachversicherung zur Absicherung von Elementarschäden in Ihrer Praxis ausverhandelt.

10.1. Basiskrankenversicherung für niedergelassene Ärzte

Seit 1993 besteht zwischen der Tiroler Ärztekammer und der Merkur Versicherungs-AG ein Rückversicherungs- und Kooperationsvertrag, der es der niedergelassenen Ärzteschaft ermöglicht, zu attraktiven Bedingungen eine Basiskrankenversicherung abzuschließen. Die Leistungen sind in etwa vergleichbar mit jenen der freiwilligen Krankenversicherung der Tiroler Gebietskrankenkasse mit dem Unterschied, dass die Versicherungsprämien in der Basiskrankenversicherung einkommensunabhängig erhoben werden.

Die Entscheidung für eine Merkur-Basiskrankenversicherung, eine freiwillige Krankenversicherung bei der Tiroler Gebietskrankenkasse oder für die Sozialversicherungsanstalt der Gewerbli-

chen Wirtschaft sollte gut überlegt werden, da eine einmal getroffene Entscheidung nicht mehr beliebig abänderbar ist.

10.1.1. Zielgruppe

Niedergelassene Ärzte und deren Angehörige, soweit sie nicht in der gesetzlichen Sozialversicherung pflichtversichert sind (bei einem Dienstverhältnis, Sprengel-, Schul-, Amtsärzten usw.).

10.1.2. Monatsprämie (Wert 2014)

Altersabhängiger Tarif für Kammermitglieder, z.B. 42-jähriges Kammermitglied	€ 153,58
Prämie für Kinder	€ 55,97

10.1.3. Steuerliche Behandlung

Da die Versicherung von der Ärztekammer im Rahmen des Wohlfahrtsfonds angeboten wird, ist die Prämie gem. § 4 Abs. 4 lit. 1b EStG 1988 als Betriebsausgabe absetzbar. Eine Einschränkung auf die absetzbare Höchstgrenze (Erlass des BMfF, GZ. 060430/1-IV/6/95) wird auf Grund der deutlich darunter liegenden Prämienhöhe nicht wirksam.

10.1.4. Zusatzversicherung

Bei Bedarf kann zu einer bestehenden Krankenkostenversicherung eine Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages zwischen der Tiroler Ärztekammer und der Merkur Versicherung AG abgeschlossen werden. Damit kommt man im Bedarfsfall in den Genuss von Zusatzleistungen für die gehobene Verpflegsklasse zu günstigen Prämien und Bedingungen.

10.1.5. Information

Als Ansprechpartner steht Ihnen gerne die Merkur Versicherung AG Tel: 0512/59 8 40, Hr. Mag. Thomas Henninger DW -3732, Mail: thomas.henninger@merkur.at und Hr. Peter Henninger DW -3726 bzw. die Ärztekammer für Tirol (Tel.-Nr. 0512/52058-0, Abt. Wohlfahrtsfonds) zur Verfügung.

10.2. Haftpflichtversicherung

Den freiberuflich tätigen Ärzten war es bis vor einigen Jahren von Gesetz wegen auf freiwilliger Basis anheimgestellt, eine Ärzte-Haftpflichtversicherung abzuschließen. Mit der 14. Ärztegesetz-Novelle im August 2010 wurde die obligatorische Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 52d Ärztegesetz für in Österreich freiberuflich tätige Ärzte sowie Gruppenpraxen neu eingeführt.

Der Grundgedanke der Einführung einer gesetzlich verpflichteten Berufshaftpflichtversicherung liegt in dem wesentlichen Haftungsrisiko, das sich naturgemäß aus der ärztlichen Tätigkeit ergibt. Zum einen sollen unbegründete Ansprüche abgewehrt werden, um damit dem Arzt einen wesentlichen

Teil des Prozessrisikos abzunehmen. Zum anderen bietet die Versicherung einen Deckungsschutz für die Befriedigung von an den Arzt gestellten begründeten Ansprüchen. Die gesetzlich vorgesehene Haftpflichtversicherung leistet Schadenersatz sowohl bei Personen- und Sachschäden als auch bei reinen Vermögensschäden, die durch den Versicherten verursacht wurden.

10.2.1. Zielgruppe

Die gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 52d Ärztegesetz gilt für alle freiberuflich tätigen Ärzte, d.h. für

- Niedergelassene Ärzte
- Wohnsitzärzte;
- Freie Dienstleister;
- Gruppenpraxen und
- Angestellte Ärzte, die einer freiberuflichen ärztlichen Nebentätigkeit nachgehen, wie etwa die Erstellung von Privatgutachten oder die Tätigkeit auf Basis eines Werkvertrages. Ausnahmen bestehen insofern, als eine Vertretungstätigkeit bereits vom Versicherungsschutz des Vertretenen umfasst ist oder bereits eine anderweitige gesetzliche Haftpflichtversicherung besteht.

10.2.2. Mindestvoraussetzungen

Nach § 52d Ärztegesetz hat die gesetzliche Haftpflichtversicherung eine Mindestversicherungssumme von € 2 Mio. für jeden Versicherungsfall, der durch die ärztliche Berufsausübung verursacht wurde, zu umfassen. Die Haftungshöchstgrenze pro einjähriger Versicherungsperiode beträgt bei einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH das 5-fache der Mindestversicherungssumme, bei sonstiger freiberuflicher Tätigkeit das 3-fache, dies gilt gleichermaßen für Personen-, Sach- und (reine) Vermögensschäden.

Nach der oben genannten Bestimmung und der Rahmenvereinbarung der Österreichischen Ärztekammer mit dem Verband der Versicherungsunternehmen über die Vertragsbedingungen der Berufshaftpflichtversicherung hat jede ärztliche Berufshaftpflichtversicherung für freiberuflich tätige Ärzte und Gruppenpraxen folgende Mindestversicherungsbedingungen zu enthalten:

- Die Mindestversicherungssumme für jeden Schadenfall muss € 2 Mio. betragen;
- Die jährliche Haftungshöchstgrenze muss mindestens das 3-fache (bei Gruppenpraxen in der Rechtsform einer GmbH das 5-fache) der Mindestversicherungssumme betragen;
- Der Ausschluss oder eine zeitliche Beschränkung der Nachhaftung des Versicherers ist unzulässig;
- Patienten können Schadenersatzansprüche künftig auch direkt gegenüber dem Haftpflichtversicherer geltend machen;
- Die Versicherung ist während der gesamten Dauer der

ärztlichen Berufsausübung aufrechtzuerhalten;

- Bei einer Gruppenpraxis in der Rechtsform einer GmbH hat die Versicherung auch Schadenersatzansprüche zu decken, die gegen einen Arzt auf Grund seiner Gesellschafterstellung bestehen. Bei Nichtbestehen einer Versicherung im vorgeschriebenen Ausmaß ist ein Haftungsdurchgriff auf die Gesellschafter vorgesehen: „Besteht die Berufshaftpflichtversicherung nicht oder nicht im vorgeschriebenen Umfang, haften neben der Gruppenpraxis auch die Gesellschafter unabhängig davon, ob ihnen ein Verschulden vorzuwerfen ist, persönlich in Höhe des fehlenden Versicherungsschutzes“ (§ 52d Abs 3 ÄrzteG).

10.2.3. Voraussetzung für die Aufnahme der freiberuflichen Tätigkeit

Die freiberufliche ärztliche Tätigkeit darf erst nach Abschluss und Nachweis einer gesetzlichen Berufshaftpflichtversicherung bei einem zum Geschäftsbetrieb in Österreich berechtigten Versicherer aufgenommen werden.

Die Versicherer sind nach Abschluss einer solchen Berufshaftpflichtversicherung verpflichtet, unaufgefordert binnen einer Frist von längstens 14 Tagen nicht nur den Abschluss sondern auch die Beendigung des Versicherungsvertrages elektronisch der Ärztekammer, in deren Zuständigkeitsbereich der freiberuflich tätige Arzt seinen Berufssitz bzw. die Gruppenpraxis ihren Berufssitz hat, zu melden.

10.3. Tiroler Ärztenbündelversicherung

10.3.1. Betriebsunterbrechungsversicherung (BUFT)

Eine Unterbrechung der Ordinationstätigkeit kann im Laufe des Berufslebens beinahe jeden Arzt treffen. Die BUFT minimiert die Folgen einer Ordinationsunterbrechung welche durch Krankheit bzw. Unfall des Arztes oder durch elementare Sachschäden verursacht wurden. Wichtig im Zusammenhang mit der Betriebsunterbrechungsversicherung sind die Begriffe Karenzzeit und Haftungszeit.

In der Regel wird die Versicherungsleistung nicht gleich vom ersten Ausfalltag an ausbezahlt, sondern ist die Vereinbarung von Karenztagen üblich. Die Haftungszeit beschreibt die maximale Zeitdauer der Betriebsunterbrechungsversicherung, die von der Versicherung gedeckt ist.

Die Höhe der Versicherungssumme kann individuell vereinbart werden, ist aber mit einem Maximalbetrag beschränkt. Die Prämien für eine Betriebsunterbrechungsversicherung sind Betriebsausgaben, die Auszahlungen sind Betriebseinnahmen und werden versteuert.

Der Abschluss einer Betriebsunterbrechungsversicherung ist durchaus empfehlenswert und stellt eine sinnvolle Ergänzung zu dem vom Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol gewährten „Krankengeld“ dar.

10.3.2. Ordinationsversicherung

Die Ordinationsversicherung deckt die sich in der Ordination befindlichen Gegenstände gegen folgende Risiken ab: Feuer, Leitungswasserschaden, Sturmschaden, Einbruchdiebstahl und Glasbruch.

Durch Neuanschaffungen von medizinischen Geräten steigt der Wert der Ordination im Laufe der Zeit wodurch es häufig zu einer Unterversicherung kommen kann. Es empfiehlt sich daher, genaue Aufstellung der Sachwert in der Ordination zu führen und von Zeit zu Zeit den Versicherungsschutz bedarfsgerecht zu aktualisieren.

10.3.3. Information

Für die Betriebsunterbrechungsversicherung (BUFT) sowie die Ordinationsversicherung besteht ebenfalls ein Rahmenvertrag zwischen der Tiroler Ärztekammer und der Merkur Versicherung AG. Als Ansprechpartner steht Ihnen gerne die Merkur Versicherung Tel: 0512/59 8 40 (Hr. Mag. Thomas Henninger DW -3732, Mail: thomas.henninger@merkur.at und Hr. Peter Henninger DW -3726) bzw. die Ärztekammer für Tirol (Tel.-Nr. 0512/52058-0, Abt. Wohlfahrtsfonds) zur Verfügung.

10.4. Auswahl an Versicherungsangeboten

Der Markt an Versicherungsangeboten ist sehr unübersichtlich. Die Prämienhöhen, aber auch die Deckungszusagen sind für den Laien kaum vergleichbar. Deshalb wird empfohlen, sich an Ihren Versicherungsberater oder einen unabhängigen Versicherungsmakler zu wenden, der mit dem Arzt zunächst den Versicherungsbedarf bespricht, abklärt und danach entsprechende Angebote einholt. ■

11. Der Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol

11.1. Gesetzliche Grundlage

Das Ärztegesetz verpflichtet die Ärztekammern, zur Versorgung und Unterstützung ihrer Kammerangehörigen und deren Hinterbliebenen einen Wohlfahrtsfonds einzurichten. Dies bedeutet, dass Sie neben einer staatlichen Versorgung auch Versorgungsleistungen aus dem Wohlfahrtsfonds erhalten.

Der Wohlfahrtsfonds stellt ein zweckgebundenes Sondervermögen der Ärztekammer für Tirol dar. Sein Zweck liegt in der nachhaltigen Gewährung von Versorgungs- und Unterstützungsleistungen für seine Teilnehmer bzw. deren anspruchsberechtigte Angehörige. Die Mittel hierfür sind durch Beiträge aufzubringen.

Die Verwaltung des Fonds ist vom übrigen Kammervermögen gesondert zu führen und obliegt dem Verwaltungsausschuss, dessen Mitglieder aus der Erweiterten Vollversammlung gewählt werden. Eine der Aufgaben des Verwaltungsausschusses ist es auch, Entscheidungen über Ansuchen im Beitragsbereich zu treffen.

Gegen Beschlüsse des Verwaltungsausschusses besteht die Möglichkeit beim Landesverwaltungsgericht Beschwerde einzulegen.

In der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol sind die Bestimmungen über den Wirkungskreis der Organe, die Rechte und Pflichten der Teilnehmer im Beitrags- und Leistungsbereich sowie die Verfahrensvorschriften festgelegt.

11.2. Beiträge und Leistungen aus dem Wohlfahrtsfonds

Die im Ärztegesetz verankerte Einhebung von Pflichtbeiträgen von allen Teilnehmern des Wohlfahrtsfonds dient der Sicherung seines dauerhaften Bestandes und zur Absicherung seiner Leistungsfähigkeit für alle Anspruchsberechtigten.

Die von der Erweiterten Vollversammlung beschlossene Höhe der Beiträge und Leistungen wird auf der Homepage der Ärztekammer veröffentlicht und alljährlich zu Jahresbeginn in Form der Beitragsordnung an alle Mitglieder verschickt (SONDERMITTEILUNG).

Aus den Mitteln des Wohlfahrtsfonds sind für dessen Teilnehmer sowie deren anspruchsberechtigte Angehörige Alters- und Invaliditätsversorgungsleistungen, Witwen- und Waisensor-

gungen, Kinderunterstützungen, Hinterbliebenenunterstützungen und Bestattungsbeihilfen („Todesfallbeihilfen“) sowie Krankenunterstützungen zu leisten.

11.2.1. Woraus setzt sich der Beitrag zusammen?

Beiträge zum Wohlfahrtsfonds:

(Analog zu den Sozialversicherungsbeiträgen)

- Grundrente
- Hinterbliebenenunterstützung und Bestattungsbeihilfe (Überbegriff Todesfallbeihilfe)
- Krankenunterstützung
- Ergänzungsrente (nur für niedergelassene Ärzte)
- Individualrente (nur für niedergelassene Ärzte)

Kammerumlage:

Für die Durchführung der den Ärztekammern übertragenen Aufgaben (wie z.B. Ärzteliste, Aus- und Fortbildung, Interessenvertretung).

- Grundumlage Ärztekammer für Tirol
- Kammerumlage Österreichische Ärztekammer (wird zur Gänze an diese abgeführt):
- Zuschläge für Allgemeinmediziner, Fachärzte, Radiologie, Hausapotheke, ÖQMed.

11.2.2. Modus des Einbehaltens

Niedergelassene Ärzte werden gebeten, zur Geringhaltung des Verwaltungsaufwandes eine Bankeinzugsermächtigung (=SEPA-MANDAT) zu erteilen.

Bankverbindung für Beiträge zum Wohlfahrtsfonds und Kammerumlage:

Raiffeisen-Landesbank Tirol AG
IBAN: AT17 3600 0000 0423 3227

Für Überweisungen aus dem Ausland:

IBAN: AT17 3600 0000 0423 3227
BIC: RZTIAT22

Bei Vorliegen eines § 2-Kassenvertrages (TGKK) werden die gesamten Beiträge und Umlagen grundsätzlich durch Abzug vom Kassenhonorar (pro Quartal) eingehoben. Wenn „nur“ ein Kassenvertrag mit der BVA und/oder der VAEB vorliegt, werden von diesen Kassen nur die Beiträge zur Individualrente eingehoben.

Es gelten grundsätzlich die Bestimmungen der Umlagen- und Beitragsordnung über Fälligkeit, Mahnungen, Exekution usw.

**Auszug über zu leistende Beträge sowie daraus erwachsende Leistungen:
Niedergelassene Ärzte / Zahnärzte sowie Gruppenpraxen**

(Werte 2014)	BEITRÄGE pro Monat		LEISTUNGEN pro Monat
	1. Pj.	ab dem 2. Pj.	14x p. a. brutto
Grundrente	€ 392,20	€ 392,20	bei 100 % Anwartschaft € 872,50
Ergänzungsrente		€ 502,70	€ 863,90
Individualrente - ermäßigt - voll		€ 30,00 € 719,70,-	zw. 13 % und 11 % des angesparten Kapitals (max. 162.000,00 in 14 Teilbeträgen):
Hinterbliebenen- unterstützung	€ 21,-		Einmalleistungen: € 27.300,-
Bestattungsbeihilfe	€ 3,-		€ 3.900,-
Krankenunterstützung	€ 65,10		Krankengeld: bei Berufsunfähigkeit pro Tag: ab dem 5. Tag - 32. Tag € 72,- ab dem 33. Tag € 144,- Krankenhaustaggeld: pro Tag: (auch für Angehörige) € 218,-
Erhöhte freiwillige Krankenversicherung pro Monat: (nur für niedergelassene Ärzte bei freiwilliger Teilnahme zusätzlich zur satzungsgemäßen Krankengeldleistung)	€ 57,-		ab dem 6. Tag - 33. Tag € 169,- ab dem 34. Tag € 116,-
Tagessatz für Mutter- schutz			ab dem 6. Tag (für max. 20 Wochen) € 67,60

Für niedergelassene Ärzte/Zahnärzte ergeben sich hinsichtlich der Individualrente folgende Unterschiede zwischen Kassen- und Nichtkassenärzten:

Veranlagung zur Individualrente	Kassenärzte	Nichtkassenärzte
ohne Ermäßigung	6 % der Honorarsumme von den § 2-Krankenkassen, mindestens € 719,70 p. m. und 2 % der Honorarsumme von VAEB und BVA	€ 719,70 p. m. und 2 % der Honorarsumme von VAEB und BVA
maximal ermäßigt	2 % der Honorarsumme von VAEB und BVA	€ 30,- p. m. bzw. 2 % der Honorarsumme von VAEB und BVA

Häufig gestellte Fragen zur Individualrente:

Müssen Sie überhaupt Beiträge zur Individualrente zahlen?

Für niedergelassene Ärzte besteht grundsätzlich Beitragspflicht auch zur Individualrente. Die Individualrente bildet die dritte Komponente der Altersversorgung des Wohlfahrtsfonds und wird den zur Beitragsleistung verpflichteten niedergelassenen (Zahn-)Ärzten nur zusammen mit der Grund- und Ergänzungsrente zuerkannt.

Welche Ermäßigungsmöglichkeiten gibt es?

Bei Vorliegen wirtschaftlicher Gründe kann schriftlich um Ermäßigung angesucht werden. Die wirtschaftlichen Gründe können sowohl betrieblicher (z.B. Gründungsphase, Verschuldung, hohe Re-Investitionen, schlechter Geschäftsgang etc.), als

auch privater Natur (z.B. außergewöhnliche finanzielle Belastungen) sein. Über den Ermäßigungsantrag entscheidet der Verwaltungsausschuss.

Welche Mindestbeiträge sind in jedem Fall zu entrichten?

Selbst bei maximaler Ermäßigung sind 2 % der Honorarsumme von VAEB und BVA, bei Wahlärzten mindestens € 30,00 pro Monat zu entrichten.

Ist auch eine teilweise Ermäßigung möglich?

Ja, wenn die vorliegenden Ermäßigungsgründe nicht für eine maximale Ermäßigung ausreichen, ist auch eine teilweise Ermäßigung möglich. Das jeweilige Ausmaß kann von Ihnen im Antrag vorgeschlagen werden.

Welche steuerlichen Vorteile haben die Beitragszahlungen?

Die Beiträge sind voll als Betriebsausgabe absetzbar.

Was bedeutet die Höchstlimitsumme?

Die Beiträge sind mit der so genannten Höchstlimitsumme begrenzt. Über die Anpassung der Höchstlimitsumme entscheidet die Erweiterte Vollversammlung. Die Höhe entnehmen Sie bitte aus unserem jährlich aktualisierten Beiblatt.

Werden die eingezahlten Beiträge verzinst?

Jede Einzahlung des Teilnehmers wird auf sein Ansparkonto gesondert verbucht. Der Saldo ist jeweils mit Jahresabschluss dem Teilnehmer bekanntzugeben. Die Ausschüttung der Zinsen erfolgt über den hohen fixen Rentenfaktor ab Bezug der Individualrente.

Sind spätere Nachzahlungen für frühere Jahre möglich?

Die Aufhebung einer einmal gewährten Beitragsermäßigung ist nur in sehr beschränktem Umfang für wenige Monate rückwirkend möglich.

Welche Fragen sind relevant, bevor man an einen Ermäßigungsantrag denkt?

Welche Beiträge kann ich in meiner derzeitigen wirtschaftlichen Situation leisten? Wie hoch ist mein effektiver Steuervorteil durch die Zahlung der Individualrente? Wie wichtig ist mir die Absicherung meiner Angehörigen?

Wie beantragen Sie die Verlängerung einer Beitragsermäßigung?

Prüfen Sie bitte, ob die Gründe, die für die Ermäßigung der Beiträge maßgeblich waren, noch zutreffend sind. Sollte sich an Ihrer Situation etwas geändert haben, so ersuchen wir Sie um Mitteilung bzw. um ein Ansuchen auf Aufhebung der Ermäßigung, ansonsten wird Ihnen die bisherige Ermäßigung automatisch verlängert.

11.2.3. Befreiungen von der Beitragspflicht

EU-Bürger: wenn der Arzt den Nachweis erbringt, dass er in ein gleichwertiges Versorgungswerk im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) schon bisher Beiträge eingezahlt hat und auch

weiterhin einbezahlen wird, kann er einen Antrag auf Befreiung bei der Ärztekammer für Tirol einreichen.

Zum Antrag muss die Bestätigung dieses Versorgungswerkes vorliegen. Dieser Antrag muss periodisch (in der Regel alle zwei Jahre) wiederholt gestellt werden, um nachzuweisen, dass die Beitragsleistung zum ausländischen Versorgungswerk weiterhin erbracht wird.

1. Praxisjahr: bei erstmaliger Praxiseröffnung besteht die Möglichkeit, sich sowohl von der Ergänzungsrente, als auch von der Individualrente befreien zu lassen. Somit bezahlt der niedergelassene Arzt im ersten Praxisjahr nur die Grundrente, die Todesfallbeihilfe und die Krankenunterstützung (sowie die Kammerumlagen). Die Dauer der Befreiung beträgt maximal 12 Monate.

11.2.4. Ermäßigung von Beiträgen – Voraussetzungen

Kammerangehörige sind gesetzlich verpflichtet, Beiträge zum Wohlfahrtsfonds zu leisten. Die Beiträge zum Wohlfahrtsfonds dürfen 18 % der gesamten jährlichen Bruttoeinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit nicht übersteigen. Falls die Vorschreibung der Beiträge 18 % der Bruttoeinnahmen übersteigt, kann ein **Antrag auf Ermäßigung** gestellt werden.

Abgesehen von dieser rechnerischen Prüfung hat der Verwaltungsausschuss Richtlinien für eine Beitragsermäßigung unter besonderen Begründungsvoraussetzungen erlassen.

Es wird allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine durch die Ermäßigung geringere Beitragsleistung zu einem entsprechend verminderten Leistungsanspruch führt.

Eine vorübergehende Befreiung führt zu einem gänzlichen Entfall des Leistungsanspruches (z. B. bei Invalidität), ebenso wird mangels Beitragsleistung keine Anwartschaft für diesen Zeitraum erworben.

11.3. Versorgungsleistungen aus dem Wohlfahrtsfonds (Wert 2014)

11.3.1. Altersversorgung

Grundrente:

€ 872,50 14 x p.a. brutto (bei einer Anwartschaft von 100 %) Die Grundrente ist jener Beitrag, den alle Ärzte (egal ob angestellter Arzt, niedergelassener Arzt oder Wohnsitzarzt) von Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit an in den Wohlfahrtsfonds einzahlen. Durch die monatliche Einzahlung des vollen Beitrags zur Grundrente erwirbt man sich eine jährliche Anwartschaft von 3 % (ab Niederlassung - altersunabhängig).

Lineare Progression:

Ab dem 20. Jahr der Beitragsleistung zur Grundrente – stufenweise Anhebung der Voraussetzung von 15 (für Stichtage der

Vollendung des 65. Lebensjahres bis 31.12.2012) auf 20 volle Beitragsjahre (für Stichtage der Vollendung des 65. Lebensjahres ab 01.12.2017) – wird für jedes weitere volle Beitragsjahr (12 Beitragsmonate) 1 % der sich bei Berechnung der Altersversorgung ergebenden individuellen Grundrentenleistung als Lineare Progression gewährt. Monate ohne tatsächliche Beitragsleistung zur Grundrente (Mutter- bzw. Väterkarenz, Hinzurechnung zur Invaliditätsversorgung) sowie Nachzahlungen zur Grundrente für Stichtage ab dem 01.07.2008 werden für die Berechnung der Linearen Progression nicht berücksichtigt.

Ergänzungsrente (nur für niedergelassene Ärzte):

€ 863,90 14 x p.a. brutto (bei einer Anwartschaft von 100,00 %) Für jedes Jahr, für das der volle Richtbeitrag zur Ergänzungsrente geleistet wird, wird Anwartschaft im Ausmaß von 3,33 % erworben.

Individualrente (nur für niedergelassene Ärzte):

Die Individualrente wird den zur Beitragsleistung verpflichteten niedergelassenen (Zahn-) Ärzten nur zusammen mit der Grund- und Ergänzungsrente zuerkannt. Sie beträgt als Versorgungsleistung für ein volles Kalenderjahr (für ab dem 1.7.2008 beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol neu eröffnete Konten) 11 % des durch Beitragsleistungen angesparten Kapitals in 14 Teilbeträgen pro Jahr.

Höchstlimit des ausgewiesenen Kapitals beträgt derzeit € 162.000,00 (Stand 2014).

Pension – was ist zu tun?

Mit Vollendung des 65. Lebensjahres steht Ihnen die reguläre Altersversorgung aus dem Wohlfahrtsfonds zu. Die Inanspruchnahme der Altersversorgung aus dem Wohlfahrtsfonds ist frühestens ab dem Stichtag vollendetes 60. Lebensjahr möglich (vorzeitige Altersversorgung). Allerdings führt die Inanspruchnahme der vorzeitigen Altersversorgung zu einem Abschlag, welcher innerhalb der Jahre linear verläuft und für die gesamte Dauer des Bezuges wirksam bleibt.

Die Altersversorgung wird bei Vorliegen folgender Voraussetzungen gewährt:

Einstellung der ärztlichen Tätigkeit

- auf Grund von Verträgen mit in- und ausländischen Kassen (wie z.B. GKK, BVA, SVA, VAEB, KFA, Vorsorgeuntersuchungsvertrag).
- auf Grund von privat- und öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen (Ausnahme: Eine Beendigung der Tätigkeit als beamteter Sprengelarzt ist aufgrund der besonderen Sachlage mangels Aktivbezugs nicht Voraussetzung. Erfolgt hingegen eine Tätigkeit als Vertragssprengelarzt aufgrund eines Dienstverhältnisses, so muss dieses als Voraussetzung für den Bezug der Altersversorgung beendet werden.)

11.3.2. Invaliditätsversorgung

Grundrente:

€ 872,50 14 x p.a. brutto (bei einer Anwartschaft von 100 %)

Die fehlenden Zeiten der Grundrente (0,69 % p.a. bis zum vollendeten 35. Lebensjahr, max. 3,00 % p.a. ab vollendetem 35. Lebensjahr) werden bis zum Stichtag 65. Lebensjahr hochgerechnet und für die Berechnung der Invaliditätsversorgung herangezogen. Befreite und ermäßigte Beitragszeiten mindern den Hinzurechnungsprozentsatz in der Grundrente.

Lineare Progression:

Monate ohne tatsächliche Beitragsleistung zur Grundrente, wie die Hinzurechnung zur Invaliditätsversorgung, werden für die Berechnung der Linearen Progression nicht berücksichtigt.

Ergänzungsrente (nur für niedergelassene Ärzte):

€ 863,90 14 x p.a. brutto (bei einer Anwartschaft von 100 %) Die fehlenden Anwartschaftsprozentspunkte der Ergänzungsrente werden bis zum 65. Lebensjahr hochgerechnet und für die Berechnung der Invaliditätsversorgung herangezogen. Befreite und ermäßigte Beitragszeiten vermindern den maximalen Hinzurechnungsfaktor von 3 % p.a. in der Ergänzungsrente.

Individualrente (nur für niedergelassene Ärzte):

Zwischen 13,00 % und 11,00 % des durch Beitragsleistungen erreichten Ansparkapitals in 14 Teilbeträgen pro Jahr.

Die Inanspruchnahme der Invaliditätsversorgung führt zu einem Abschlag, welcher innerhalb der Jahre linear verläuft und für die gesamte Dauer des Bezuges wirksam bleibt.

11.3.3. Kinderunterstützung

Zusätzlich für Bezieher der Alters- und Invaliditätsversorgung, bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres des Kindes (während Schul- und Berufsausbildung).

Senkung auf 15,00 % bei Kindern von Beziehern der Invaliditätsversorgung und auf 10,00 % bei Kindern von Beziehern der Altersversorgung bis zum Jahr 2018.

Im Jahr 2014:

Kinder von Beziehern der Altersversorgung: 17,50 % der Grundrente (€ 152,70 maximal pro Kind).

Kinder von Beziehern der Invaliditätsversorgung: 19,50 % der Grundrente (€ 170,10 maximal pro Kind).

11.3.4. Witwen-/Witwerversorgung

63,70 % der Alters- oder Invaliditätsversorgung (Wert 2014), die dem Verstorbenen zum Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat bzw. hätte (Absenkung auf 60 % bis zum Jahr 2017).

11.3.5. Waisenversorgung (Deckelung bei mehreren Waisen)

Halbwaise:

15 % der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstor-

benen zum Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat bzw. hätte.

Vollwaise:

30 % der Alters- oder Invaliditätsversorgung, die dem Verstorbenen zum Zeitpunkt seines Ablebens gebührt hat bzw. hätte.

11.3.6. Hinterbliebenenunterstützung und Bestattungsbeihilfe

Unmittelbar nach Ableben eines Kammerangehörigen oder Empfängers einer Alters- oder Invaliditätsversorgung erfolgt die Anspruchsprüfung, um eine möglichst rasche Soforthilfe zu gewährleisten. Voraussetzung ist jedoch eine entsprechende Antragstellung.

Anspruchsberechtigte sind nacheinander entweder

- namhaft gemachter Empfänger laut der im Kammeramt zu Lebzeiten hinterlegter Verfügung über Hinterbliebenenunterstützung und Bestattungsbeihilfe oder
- Witwe (Witwer) oder
- Waisen (beim Vorhandensein mehrerer Waisen Auszahlung zur ungeteilten Hand) oder
- sonstige gesetzliche Erben

Primär Bezugsberechtigter ist der namhaft gemachte Zahlungsempfänger. Hierfür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- der verstorbene Kammerangehörige (Empfänger einer Alters- oder Invaliditätsversorgung) muss einen Zahlungsempfänger namhaft gemacht haben;
- er muss hierüber eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Erklärung verfasst haben (Formular Todesfallbeihilfenverfügung);
- er muss diese Erklärung zu Lebzeiten beim Wohlfahrtsfonds hinterlegt haben.

Sollten Sie eine (neue) Verfügung über die Anspruchsberechtigung treffen wollen, welche automatisch sämtliche früher getroffene Verfügungen ersetzt, verwenden Sie bitte das Formular, welches Ihnen auch als Download auf unserer Homepage (www.aektiroel.at) zur Verfügung steht.

Damit die Daten berechtigter Angehöriger im Ablebensfall der Abteilung Wohlfahrtsfonds bekannt sind, ersuchen wir um Bekanntgabe folgender Daten:

- Daten Ehegatte/-gattin (Heiratsurkunde)
- Daten der zu versorgenden Kinder unter dem 27. Lebensjahr (Geburtsurkunde/n)

Ist eine anspruchsberechtigte Person im Sinne der oben angeführten Punkte nicht vorhanden und werden die Kosten der Bestattung von einer anderen Person getragen, so gebührt dieser auf Antrag der Ersatz der nachgewiesenen Kosten bis zum Maximalbetrag in Höhe der vorgesehenen Bestattungsbeihilfe (Wert 2014: € 3.900,-).

Beispiel zur Veranschaulichung (zu Werten 2014):

Jahrgang 08/1949, reguläre Altersversorgung ab 1.9.2014

Mitglied seit 1.05.1981 (33 Jahre, 4 Monate); Niederlassung seit 1.2.1989 (25 Jahre, 7 Monate); Ansparkapital zur Individualrente € 162.000,00 (Höchstlimitsumme 2014). Alle errechneten Rentenleistungen verstehen sich als Bruttobeträge, die monatlich im Vorhinein, 14 mal pro Jahr ausbezahlt werden und zu versteuern sind.

Altersversorgung:

Grundrente (100 % von € 872,50)	€ 872,50
16 % lineare Progression	€ 139,60
Ergänzungsrente (100 % von € 863,90)	€ 863,90
Individualrente:	
12,1579 % p. a. von € 162.000,- in 14 Teilbeträgen brutto p. m.	€ 1.406,80 € 3.282,80
Kinderunterstützung (pro Kind):	
17,50 % der zuerkannten Grundleistung (€ 872,50) max. bis zum voll. 27. Lebensjahr	€ 152,70

Versorgungsleistungen im Ablebensfall:

Witwenversorgung: 63,70 % von € 3.282,80	€ 2.091,10
Halbwaisenversorgung (pro Kind):	
15 % von € 3.282,80 max. bis zum voll. 27. Lebensjahr	€ 492,40
Vollwaisenversorgung (pro Kind):	
30 % von € 3.282,80 max. bis zum voll. 27. Lebensjahr	€ 984,80

Einmalleistungen im Ablebensfall:

Hinterbliebenenunterstützung:	€ 27.300,-
Bestattungsbeihilfe:	€ 3.900,-

11.4. Nachkauf fehlender Versicherungszeiten

11.4.1. Nachkauf fehlender Versicherungszeiten für die Grundrente

Mit der Bezahlung des vollen Richtbeitrags zur Grundrente wird eine jährliche Anwartschaft von 3 % erworben. Der volle Anspruch von 100 % ist daher nach 33 1/3 Jahren Mitgliedschaft erreicht.

Zum Stichtag Vollendung des 55. Lebensjahres wird der Pensionsanspruch aus den beiden Faktoren Dauer und Höhe der Beitragszahlung ermittelt und der voraussichtlich fehlende Pflichtbeitrag für eine 100 %ige Anwartschaft ab dem 65. Lebensjahr vorgeschrieben. Es sind jedoch maximal 30 % Anwartschaft zur Grundrente nachzukaufen. Bei der Berechnung wird eine volle Beitragsleistung vom 55. bis 65. Lebensjahr vorausgesetzt.

Die Höhe der Nachzahlung ergibt sich, indem der zu erwerbende Anwartschaftsprozentsatz mit dem vollen Richtbeitrag zur Grundrente des Verschreibungsjahres multipliziert und dann

das Ergebnis durch einen Divisor geteilt wird. Der Divisor beträgt für die ersten 5 % an fehlender Anwartschaft 2,60, für die zweiten 5 % 2,55, für die dritten 5 % 2,50, für die vierten 5 % 2,40, für die fünften 5 % 2,30 und für die darüber hinausgehende fehlende Anwartschaft bis höchstens 30 % 2,20.

11.4.2. Nachkauf fehlender Versicherungszeiten für die Ergänzungsrente

Nach den Bestimmungen der Satzung des Wohlfahrtsfonds wird zum Stichtag Vollendung des 57. Lebensjahres der Pensionsanspruch zur Ergänzungsrente aus den beiden Faktoren Dauer und Höhe der Beitragszahlung ermittelt und der voraussichtlich fehlende Pflichtbeitrag für eine 100 %ige Anwartschaft ab dem vollendeten 65. Lebensjahr vorgeschrieben. Es sind jedoch maximal 30 % Anwartschaft zur Ergänzungsrente nachzukaufen.

Die Höhe der Nachzahlung ergibt sich, indem der zu erwerbende Anwartschaftsprozentsatz mit dem vollen Richtbeitrag zur Ergänzungsrente des Verschreibungsjahres multipliziert und dann das Ergebnis durch einen Divisor geteilt wird. Der Divisor beträgt für die ersten 5% an fehlender Anwartschaft 2,90, für die zweiten 5% 2,85, für die dritten 5% 2,80, für die vierten 5% 2,70, für die fünften 5% 2,60 und für die darüber hinausgehende fehlende Anwartschaft bis höchstens 30% 2,50.

Beispiel zur Veranschaulichung:

Nachkauf einer fehlenden Anwartschaft zur Ergänzungsrente im Ausmaß von 24,7842 % (zu Werten 2014):

5,0000 % x EUR 502,70 x 12 / 2,90 =	EUR 10.400,69
5,0000 % x EUR 502,70 x 12 / 2,85 =	EUR 10.583,16
5,0000 % x EUR 502,70 x 12 / 2,80 =	EUR 10.772,14
5,0000 % x EUR 502,70 x 12 / 2,70 =	EUR 11.171,11
4,7842 % x EUR 502,70 x 12 / 2,60 =	EUR 11.100,08
	EUR 54.027,18

Bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände kann auf Antrag eine Ermäßigung oder in Härtefällen der Nachlass der Nachzahlung gewährt werden. Weiteres kann eine Teilzahlung in zwei oder drei jährlich zu entrichtenden Teilbeträgen gewährt werden. In diesem Fall werden jeweils die Beitragsätze des Jahres der Nachzahlung herangezogen. Bei Ermäßigung der Nachzahlung werden Anwartschaften in entsprechend geringerem Maß erworben. Der durch den Nachkauf erhöhte Pensionsanspruch wirkt auch zu Gunsten der Hinterbliebenen.

11.5. Krankenunterstützung aus dem Wohlfahrtsfonds

11.5.1. Allgemeine Information

- Vom Erkrankungsfall ist der Verwaltungsausschuss der

Ärzttekammer für Tirol unverzüglich, längstens innerhalb von sieben Kalendertagen (!), schriftlich mit Bezeichnung der Krankheit in Kenntnis zu setzen. (§ 44 (1) der Satzung)

- Leistungsansuchen wegen Erkrankung sind unter Beilage eines ärztlichen Attestes über Art und Dauer der Erkrankung innerhalb von sechs Monaten nach Wiedererlangung der Berufsfähigkeit bzw. Ende des Krankenhausaufenthaltes der Ärztekammer für Tirol schriftlich vorzulegen. (§ 44 (2) der Satzung)
- Fristversäumnisse gegen die vorangeführten Vorschriften führen, sofern diese nicht auf ein unvorhergesehenes oder unabwendbares Ereignis zurückzuführen sind, zu einem Leistungsausschluss. (§ 44 (3) der Satzung)
- Im Erkrankungsfalle ist bei Krankenhausaufenthalt eine Aufenthaltsbestätigung der Krankenanstalt und für die Zeit einer krankheitsbedingten Berufsunfähigkeit ohne Krankenhausaufenthalt ein ärztliches Attest beizubringen. (§ 44 (4) der Satzung)
- Krankenunterstützung für stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten außerhalb Tirols ist vorher zu beantragen. Nachträglich werden Leistungen nur bei Vorliegen einer akuten medizinischen Notwendigkeit zuerkannt. Im Ausland wird die Krankenunterstützung nur in besonders begründeten Fällen auf Antrag zuerkannt. (§ 37 (5) der Satzung)
- Krankenunterstützung für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, die im Anschluss an eine akute Erkrankung notwendig sind, kann auf Antrag gewährt werden (§ 37 (6) der Satzung)
- Für Kuraufenthalte wird keine Krankenunterstützung gewährt. (§ 37 (7) der Satzung)
- Dem Verwaltungsausschuss obliegt die Bestellung von Vertrauensärzten zur Erstellung von Gutachten, unter anderem hinsichtlich der Voraussetzungen für die Gewährung der Krankenunterstützung. (§ 6 (5) der Satzung)
- Stehen dem Antragsteller auf Krankenunterstützung aus einer Verletzung bzw. einem Unfall mögliche Regressansprüche gegen dritte Personen zu, sind diese im Ansuchen um Krankenunterstützung anzugeben und geht der Anspruch auf Ersatz auf den Wohlfahrtsfonds über (§ 39 der Satzung)

11.5.2. Was ist für die Erledigung Ihrer Ansprüche zu tun?

- Unverzügliche, längstens innerhalb von 7 Tagen ab Eintritt der Erkrankung schriftliche Meldung (Brief oder Fax) an den Verwaltungsausschuss mit Anforderung des Antragsformulars. Diese Frist ist unbedingt einzuhalten, um die allfällige Veranlassung der Überprüfung des Zustandes eines Leistungsberechtigten durch einen Vertrauensarzt zu ermöglichen.
- Einreichung des Leistungsansuchens innerhalb von 6 Monaten nach Erlangung der Berufsfähigkeit bzw. Ende des Krankenhausaufenthaltes. Da es sich hierbei um eine Ausschluss- bzw. Fallfrist handelt, können später geltend gemachte Ansprüche nicht mehr, auch nicht im Kulanzwege, berücksichtigt werden.

11.5.3. Welche Nachweise sind erforderlich?

- Antragsformular mit Bekanntgabe der Dauer der krankheitsbedingten Berufsunfähigkeit.
- Ärztliches Attest mit Angabe der Diagnose und Bestätigung der Krankheitsdauer.
- Aufenthaltsbestätigung der anerkannten Krankenanstalt.
- Sonstige Unterlagen wie z.B. Rechnung für Rettungstransport.

11.5.4. Hinweise zur Krankenunterstützung

- Für niedergelassene Ärzte wird zusätzlich zur Krankenunterstützung im Falle eines stationären Aufenthaltes auch ein Krankenhaustaggeld gewährt. Nahen Angehörigen (Ehefrau und Kinder) steht das Krankenhaustaggeld bei stationären Aufenthalten ebenfalls zu.
- Krankenunterstützung für stationäre Aufenthalte in Krankenanstalten außerhalb Tirols ist vorher zu beantragen.
- Nachträglich werden Leistungen nur bei Vorliegen einer akuten medizinischen Notwendigkeit bewilligt.
- Leistungen des Krankenfonds bei Auslandsaufenthalten werden nur in besonders begründeten Fällen auf Antrag genehmigt.
- Für Kuraufenthalte sind keine Leistungen vorgesehen.
- Flugrückholkosten aus dem Ausland werden nicht erstattet.
- Dauert die Berufsunfähigkeit oder die stationäre Krankenhauspflge länger als einen Monat, sind Akontierungen über Antrag möglich.
- Leistungen aus dem Krankenfonds werden höchstens für 26 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten bezahlt.

11.6. Erhöhte freiwillige Krankenversicherung

Die erhöhte freiwillige Krankenversicherung kann ausschließlich von niedergelassenen Ärzten in Anspruch genommen werden. Sie ist eine attraktive Zusatzleistung zur Pflichtversicherung des Wohlfahrtsfonds und trägt zur Verminderung des finanziellen Risikos bei krankheits- und unfallbedingter Berufsunfähigkeit bei.

11.6.1. Teilnahmebedingungen (Stand 2014)

Die „erhöhte freiwillige Krankenversicherung (abgekürzt: EFK)“ ist eine durch die Ärztekammer für Tirol im Rahmen des Wohlfahrtsfonds geschaffene Leistung, welche nicht auf einer gesetzlichen Verpflichtung der Ärztekammer für Tirol beruht. Es bleibt in der freien Entscheidung der Ärztekammer für Tirol, die Einrichtung der EFK zum Jahresende oder aber auch unterjährig aufzulösen und damit die diesbezüglichen Rechtsbeziehungen zu den Teilnehmern zu beenden.

Zweck der EFK ist, das finanzielle Risiko des niedergelassenen

Arztes/Zahnarztes bei krankheits- oder unfallbedingter Berufsunfähigkeit zu vermindern.

Teilnehmer kann jedes niedergelassene Kammermitglied der Ärztekammer für Tirol/der Landes Zahnärztekammer für Tirol sein, das als Pflichtmitglied beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol voll beitragspflichtig ist, also auch unter anderem zur Krankenunterstützung.

Die Teilnahme ist freiwillig und setzt eine Beitrittserklärung unter vollständiger Akzeptanz der aktuellen Teilnahmebedingungen voraus.

Die schriftliche Beitrittserklärung ist von Seiten des Teilnehmers verbindlich für die Dauer von mindestens fünf Jahren abzugeben. Die Möglichkeit der Ärztekammer für Tirol, die Einrichtung der EFK auch früher aufzulösen, wird dadurch nicht beeinträchtigt. Der Beitritt ist **nur innerhalb der ersten fünf Praxisjahre, jedenfalls bis spätestens zur Vollendung des 55. Lebensjahres möglich.**

Der Versicherungsschutz beginnt für sich niederlassende Kammermitglieder nicht vor Praxisgründung (Eröffnung der Praxis zur Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit) in Tirol und endet spätestens mit Schließung der Praxis in Tirol. Für bereits niedergelassene Kammermitglieder besteht eine 3-monatige Wartefrist für Versicherungsleistungen, gerechnet ab dem 1. des Folgemonats nach Eintreffen der Beitrittserklärung bei der Ärztekammer für Tirol.

Die Beendigung der Mitgliedschaft durch das Mitglied ist frühestens nach Ablauf des fünften vollen Mitgliedsjahres mit einer schriftlichen Kündigung unter Einhaltung einer einmonatigen Frist möglich.

Ab Inanspruchnahme der Alters- oder Invaliditätsversorgung erlischt die Mitgliedschaft ohne formale Kündigung.

Die EFK stellt eine Zusatzleistung zur Pflichtversicherung im Sinne der §§ 34 ff der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol dar.

Die Mutterschutzzeit nach § 35 der Satzung des Wohlfahrtsfonds wird nicht einer Berufsunfähigkeit gleichgestellt. Den Teilnehmerinnen wird aber für die Dauer der Mutterschutzfrist entsprechend § 35 der Satzung (derzeit höchstens 20 Wochen bei gänzlicher Einstellung der ärztlichen Berufstätigkeit während des gesamten Zeitraums), jedoch abzüglich der 5 Karenztage nach dem folgenden Absatz der Teilnahmebedingungen, ein Pauschale von € 67,60 täglich zu den satzungsgemäßen Leistungen des Wohlfahrtsfonds ausbezahlt.

Diese Leistung setzt weiters voraus, dass die Teilnehmerin bereits 32 Wochen vor dem Beginn der Achtwochenfrist gemäß § 3 Abs. 1 Mutterschutzgesetz Teilnehmerin der EFK der Ärztekammer für Tirol war.

Das erhöhte Krankengeld steht den Teilnehmern **ab dem 6. Tag der Berufsunfähigkeit zu**. Es beträgt für das Kalenderjahr **2014 täglich € 169,- bzw. ab dem 29. Tag (ab dem 34 Tag abzüglich 5 Karenztage) € 116,- täglich.**

Die Beiträge werden im Umlageverfahren ermittelt.

Für 2014 beträgt der **Beitrag für die EFK monatlich € 57,-**. Dieser Betrag wird als Sonderausgabe gemäß den Bestimmungen des § 18 EstG von der Ärztekammer für Tirol bestätigt.

Es besteht kontinuierliche Beitragspflicht. Die Beitragspflicht beginnt ab dem Folgemonat der eingetroffenen Beitrittserklärung. Die einlangenden Beitragszahlungen werden auf die älteste Beitragsforderung angerechnet.

Bei gänzlich oder teilweise rückständigem Beitrag für den aktuellen Kalendermonat besteht für Schadensfälle in diesem Monat keine Leistungsverpflichtung der Ärztekammer für Tirol.

Bei auch nur teilweise rückständigem Beitrag des Teilnehmers mit der Beitragszahlung in zwei aufeinander folgenden Monaten kann die Ärztekammer für Tirol diesen Arzt/Zahnarzt als Teilnehmer der EFK schriftlich kündigen. Ebenso kann die Ärztekammer für Tirol einen Arzt/Zahnarzt als Teilnehmer der EFK schriftlich kündigen, wenn dieser bei den Pflicht-Wohlfahrtsfondsbeiträgen der Ärztekammer für Tirol einen auch nur teilweisen Rückstand in zwei aufeinander folgenden Monaten aufweist.

Die Verwaltung erfolgt durch die Ärztekammer für Tirol, Wohlfahrtsfonds. Die Beschlussfassung über Leistungsanträge im Rahmen dieser Verwaltung obliegt dem Verwaltungsausschuss des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Tirol.

Die Ärztekammer für Tirol, Wohlfahrtsfonds, ist zur Abänderung der Teilnahmebedingungen nach den jeweiligen Erfordernissen eines kostendeckenden Umlageverfahrens berechtigt.

11.6.2. Vorteile

- Ausgewogene Risikogemeinschaft (nur niedergelassene Ärzte)
- Keine Ausschließungsgründe
- Finanzierung im Umlageverfahren
- Einheitlicher Beitrag (keine Altersstaffelung)
- Günstiges Beitrags-/Leistungsverhältnis
- Günstige Schadensquote durch rücksichtsvolle Beanspruchung von Leistungen
- Kostengünstiger Ersatz bzw. sinnvolle Ergänzung für eine Betriebsunterbrechungsversicherung (Einschluss für Schäden im Elementarbereich) auf dem freien Versicherungsmarkt
- Unbürokratische und umgehende Abwicklung mit Möglichkeit der Akontierung bei längerer Berufsunfähigkeit

Für Allfällige weitere Informationen wenden Sie sich bitte an das Kammeramt (Tel.-Nr. 0512/52058-0, Abt. Wohlfahrtsfonds).

11.7. Karenz für niedergelassene Ärzte

Beitragsnachlässe für an der Mutter- bzw. Väterkarenz teilnehmende Kammerangehörige:

Mütter: frühestens 6 Monate vor der voraussichtlichen Entbindung - längstens bis zum Ende des 24. Lebensmonats des Kindes (maximal für die Dauer von 26 Monaten).

Väter: frühestens 8 Wochen nach der Geburt bis zum Ende des 24. Lebensmonats des Kindes.

Erworbene Anwartschaft während Mütter- bzw. Väterkarenz:
0,69 % p.a. in der Grundrente

Es gibt die Möglichkeit, bereits vor Beginn des Mutterschutzes einen Antrag auf Befreiung von den Beiträgen zur Altersversorgung zu stellen.

Ab Beginn des Mutterschutzes kann die Ärztin einen Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft mit Beitragsbefreiung zur Altersversorgung stellen. Die Beitragspflicht und der Leistungsanspruch zu Todesfallbeihilfe und Krankenunterstützung bleiben während dieses Zeitraums aufrecht.

Die Gewährung der Beitragsnachlässe und Leistungen im Wohlfahrtsfonds setzt voraus, dass

- der Teilnehmer mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt lebt,
- während diesem Zeitraum die Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit nicht EUR 1.000,-p.m. übersteigen und
- keine gleichzeitige Inanspruchnahme der gesetzlichen Mutter- bzw. Väterkarenz durch den anderen Elternteil

erfolgt (Ausnahme: einmonatige gemeinsame Karenz aus Anlass des erstmaligen Wechsels der Betreuungsperson).

11.7.1. Beitragsmäßige Veranlagung (Werte 2014)

Monatliche Beiträge zum Wohlfahrtsfonds:	
Grundrente	€ 0,00
Ergänzungsrente	€ 0,00
Individualrente	€ 0,00
Hinterbliebenenunterstützung	€ 21,00
Bestattungsbeihilfe	€ 3,00
Krankenunterstützung	€ 65,10
	€ 89,10

Anwartschaft in der Grundrente: 0,69 % p. a.

Anwartschaft in der Ergänzungsrente: 0 % p. a.

- Kontinuität des Versicherungsschutzes aus der Grund- und Ergänzungsrente bei Berufsunfähigkeit (Invaliditätsversorgung und Kinderunterstützung) und Ableben (Witwerversorgung und Waisenversorgung) trotz gänzlicher Befreiung von der Grund- und Ergänzungsrente.
- Anrechnung der gesamten Karenz als Versicherungszeit und damit Erwerb von jährlichen Anwartschaften zur Grundrente von 0,69 % (keine Anrechnung zur Ergänzungsrente).
- Für die Berechnung der Linearen Progression, der Ergänzungsrente sowie Beitragstransfers und -refundierungen bleiben diese Zeiträume mangels Beitragsleistung außer Betracht.

Für weibliche Teilnehmerinnen: Krankengeld für die Dauer der gesetzlichen Mutterschutzfrist (absolute Höchstgrenze 20 Wochen).

Anmerkung: Die Niederlassung erst innerhalb von 32 Wochen vor dem Stichtag begründen keine Unterstützungsleistungen (Wartezeit). Stichtag ist der Beginn der Achtwochenfrist gemäß § 3 Abs. 1 Mutterschutzgesetz. ■

12. EDV und Organisation

Im Bereich der Ärzte mit Kassenverträgen ist eine EDV gestützte Organisation, Dokumentation und Verrechnung nicht mehr wegzudenken. Insbesondere durch den Einzug der E-Card in die Ordinationen der Kassenärzte ist der Prozentsatz der EDV Anwender massiv angestiegen. Wenn auch die E-Card für Wahlarztordinationen derzeit nur in Ausnahmefällen eine sinnvolle Bereicherung darstellt, ist der Stellenwert der EDV in Wahlarztordinationen doch erheblich.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen zeigen, dass auch bei ein- bis zweimaliger wöchentlicher Ordinationstätigkeit als nebenberuflicher Wahlarzt eine EDV- gestützte Kartei- und Patientenverwaltung wesentliche Vorteile bringt. Besonders wichtig ist es gerade in der Wahlarztordination, das wirtschaftliche Risiko zu senken, und die Anschaffungskosten und Erhaltungskosten des EDV-Systems zu minimieren.

12.1. Organisation in der Wahlarztpraxis

12.1.1. Kosten

Die Kosten für Karteikarten sind gering, jedoch sind Lagerungsschränke erforderlich. Die Kosten für ein EDV System sind beträchtlich höher. Der Preis für ein EDV System richtet sich je nach Anforderung an die Soft- und Hardware. Wegen der unterschiedlichen Lösungsansätze und Preisgestaltungen sollten jedenfalls mehrere Angebote eingeholt werden.

12.1.2. Betriebssicherheit

Der Zugriff auf Karteikarten ist jederzeit möglich. Insbesondere nach längerer Ordinationstätigkeit mit vielen Patienten steigt jedoch die Gefahr, dass Karteikarten durch Verreihung nicht aufgefunden werden können.

Für das Funktionieren Ihrer EDV ist eine funktionierende Hardware und eine Stromversorgung erforderlich. Schutz gegen kurze Stromausfälle bietet eine USV-Anlage, die eine Verwendung Ihres Computers für 5 - 20 Minuten ohne Strom möglich macht. Diese Zeit sollte dazu verwendet werden, Dokumente und Programme ohne Datenverlust schließen zu können.

12.1.3. Arbeitskomfort

Karteikarten sind leere Blätter und bieten keinen Arbeitskomfort. Doppelte Schreibearbeit bzw. Kopien sind nötig, wenn Dokumente aus der Hand gegeben werden sollen, da zusätzlich die Dokumentation in der Kartei erforderlich ist.

EDV gestützte Karteiführung ermöglicht die automatische Erstellung aller notwendigen Drucksorten, wenn die Grunddaten erfasst wurden. Stammdaten müssen nur einmal eingegeben werden und können für sämtliche Formulare (Rezepte, Zuweisungen, Verordnungen, Briefe, Honorarnoten,...) ohne zusätzlichen Zeitaufwand verwendet werden.

Die gesamte Honorarverwaltung läuft im Hintergrund, die Verwaltung von offenen Forderungen oder die Etablierung eines Mahnwesens ist relativ einfach.

12.1.4. Platzbedarf

Der Platzbedarf ist langfristig bei jedem EDV System geringer, bei Zunahme der Patientenzahl muss keine Erweiterung vorgenommen werden. Insbesondere bei Zunahme der Patientenzahlen kann in der EDV der Aufruf sehr rasch erfolgen, während die Karteikarte manuell gesucht werden muss.

12.1.5. Datensicherheit, Sicherung

Da jede Karteikarte nur einmal vorhanden ist, sind Aufzeichnungen unwiederbringlich verloren, wenn die Karteikarte verloren geht oder verreiht ist. Voraussetzung für ein hohes Maß an Datensicherheit in der EDV ist eine regelmäßige Datensicherung. Ein übliches Verfahren zur Datensicherung ist das

Generationenprinzip. Dabei werden mehrere Sicherungsmedien in einem rollierenden System eingesetzt (z.B. je Wochentag ein Band/eine Platte). Die Rekonstruktion der Daten ist somit aus einer älteren Sicherung möglich, wenn bereits fehlerhafte Daten gesichert wurden. Bei der Überlegung für eine eigene Datensicherungsstrategie sollte man dem Know-how des Praxissoftwareherstellers vertrauen, der für sein System sicher am besten eine funktionierende Lösung anbieten kann. Mit Redundanzen kann eine Ausfallsicherheit gegeben werden. Im Falle eines Ausfalles (z.B. Netzteil, Festplatte, Server, Datenbank) kann ein Ersatz voll- oder halbautomatisch die Aufgabe übernehmen. Diese Lösungen sind kostenintensiv.

12.1.6. Qualitäten der Dokumentation

Die Rechtsprechung zur Frage der ärztlichen Aufklärung hat sich in den letzten Jahren verschärft. Die ärztliche Dokumentation ist nämlich die einzige Möglichkeit, den Nachweis zu erbringen, dass eine Behandlung indiziert war und auch korrekt durchgeführt wurde.

Hier kann die EDV wertvolle Dienste leisten und dafür sorgen, dass die Dokumentation systematisch und standardisiert, aber trotzdem rasch und einfach erfolgt. Eine leere Karteikarte motiviert oft nicht zu einer ausführlichen Dokumentation.

12.1.7. Patientenfreundlichkeit

Schriftstücke wie Arztbriefe, Patientenbriefe und Honorarnoten können EDV gestützt automatisiert erstellt werden und daher dem Patienten sofort mitgegeben werden. Dies erhöht den Servicecharakter einer Ordination. In der optimalen (Wahlarzt-) Ordination sollte die Zeit für Verwaltungsaufwand (bei guter Dokumentationsqualität!) minimiert werden, die Zeit für Ihre Patienten maximiert. Gutes Zeitmanagement sowie das Anbieten von Serviceleistungen (Arztbrief, Patientenbrief, Einsendung der Honorarnote bei der Krankenkasse,...) runden den Servicecharakter ab. Weiters sollten patientenbezogene Arbeiten abgeschlossen sein, wenn der Patient die Ordination verlässt und keine „Nach(t)arbeit“ erforderlich machen.

12.1.8. Hardware

Prinzipiell ist zu sagen, dass bei einem PC nicht nur die Taktfrequenz und der Prozessor die Leistung beeinflussen, sondern dass die Gesamtkonfiguration entscheidend ist (Arbeitsspeicher, Grafikkarte,...). Es ist daher von „Superbilligangeboten“ dringend abzuraten! Für die Hardware sollte unbedingt ein Ansprechpartner vorhanden sein, der bei Ausfall des PC wegen Hardwaredefekt die Störung rasch beheben kann. Der Kauf von Hardware in Großmärkten kann dieser Anforderung nicht gerecht werden. Wem die Verfügbarkeit der Hardware wichtig ist, achtet bei der Anschaffung auf einen Vorort-Service mit garantierter Reaktionszeit.

12.1.9. Software

Die Software sollte einfach und intuitiv zu handhaben sein, ein

Maß dafür ist die nötige Einschulungszeit. Bedenken Sie, dass viele Möglichkeiten die Anwendung oft erschweren. Beachten Sie auch, dass ein gutes EDV System für Kassenärzte nicht in gleichem Maß für Wahlärzte geeignet sein muss. Simulieren Sie beim Testen eines Programms einen Ordinationsablauf und bedienen Sie dabei den PC selbst, nur so können Sie herausfinden, ob Ihnen die Anwendung zusagt. Besuchen Sie eventuell auch Ordinationen, in denen das EDV-System bereits installiert ist, falls dies möglich ist. Ihr Briefkopf, ihr persönliches Logo bzw. ihr Stempel mit ihrem Logo sollte in das Programm eingebunden werden können. Die „persönliche Note“ ist vor allem in der Wahlarztordination von großer Bedeutung. Prüfen Sie, ob sich das EDV System in der Honorargestaltung ausschließlich an den Kassenhonoraren orientiert, oder ob eine völlig freie Honorargestaltung möglich ist. Insbesondere ist es wichtig, dass Sie einem Pauschalpreis beliebig viele Einzelleistungen zuordnen können. Dies ist eine Grundvoraussetzung für die Wahlarztordination, die nicht von allen Anbietern erfüllt wird.

12.2. Wichtige Kriterien bei der Anschaffung eines EDV-Systems

Der Anbieter

Wie lange ist er schon am Markt tätig? Vor allem bei jenen Soft- (und Hard)warehäusern, die bereits seit vielen Jahren im medizinischen Bereich aktiv sind, kann entsprechendes Know-how vorausgesetzt werden. Selbstverständlich liefern auch Newcomer gute Produkte. Für einen Arzt, der neu in den EDV-Bereich einsteigt, sind jedoch zweifellos vor allem gute Beratung und Kompetenz wesentlich. Daher ist auf der Seite des EDV-Anbieters die langjährige Erfahrung mit Ärzten und Ordinationsbetrieben ein wesentliches Argument. Besuchen Sie Veranstaltungen (z.B. TÄT – Tiroler Ärztetage ...), wo Softwarehersteller als Aussteller auftreten.

Befragen Sie Ihre Kollegen desselben Faches nach der eingesetzten Software und deren Zufriedenheit.

Regionale Verfügbarkeit

Sollte tatsächlich einmal ein Techniker in der Ordination erforderlich sein, ist es günstig, wenn sein Stützpunkt nicht allzu weit entfernt ist. Viele Einstellarbeiten und Updates können freilich per Fernwartung erledigt werden.

Unternehmensgröße

Beruhigend für den Arzt ist es, wenn sein EDV-Lieferant zumindest so groß ist, dass es auch während Urlaubs- oder Grippezeiten zu keinen Engpässen bei Support und Service kommt.

Modulstruktur

Medizinische EDV-Systeme sind häufig aus einzelnen Modulen aufgebaut. Das hat für den Arzt den großen Vorteil, dass er eine Konfiguration zusammenstellen kann, die genau auf seine

individuellen Bedürfnisse abgestimmt ist. Einzelmodule werden zum Beispiel für Labor, Befundung, Terminplanung, Hausapotheke usw. angeboten.

Grafische Darstellungen

Können Dokumente, die von bildgebenden Diagnosegeräten (Röntgen, Ultraschall, CT) stammen, im Karteikartensystem gespeichert werden? Das gleiche gilt für digitalisierte EKG-Aufzeichnungen, Fotos und Videos. Zu beachten ist dabei, dass Bilddateien sehr viel Speicherplatz benötigen und die Hardware entsprechend abgestimmt sein muss. Vorhandene Diagnosegeräte müssen selbstverständlich über Schnittstellen in das System eingebunden werden können; aber auch Bilder aus fremden Quellen sollten in möglichst einfacher Art und Weise in das EDV-System eingespielt werden können.

Export-Funktion

Sehr wichtig ist, dass alle gespeicherten Ordinations- und Patientendaten im Notfall aus einem vorhandenen System in ein anderes (neues) übertragen werden können; wenn zum Beispiel ein Softwarehersteller in Konkurs geht und der Arzt gezwungen ist, den EDV-Anbieter zu wechseln. In der Vergangenheit war ein solcher Wechsel aufgrund der Inkompatibilität der Systeme oft nicht möglich. Daher hat die Österreichische Ärztekammer gemeinsam mit den EDV-Anbietern eine Norm für den Datenexport vereinbart. Eine solche, genormte Übernahme von Daten sollte unbedingt möglich sein.

E-Card

Eine allfällige Einbindung des E-Card-Systems in das Ordinationsprogramm ist möglich. Der Anschluss via Schnittstelle dürfte bei neueren EDV-Systemen selbstverständlich sein.

Benutzerfreundlichkeit

Wesentlich für jedes Ordinations-EDV-System ist eine möglichst einfache Programmführung. Sowohl ein Arzt ohne umfangreiche Vorkenntnisse muss gut damit arbeiten können wie auch seine Mitarbeiter; eine kurze Einschulung sollte für die Anwendung der Grundfunktionen ausreichen. Schwierigkeiten bei der Bedienung der EDV können einen Ordinationsbetrieb lähmen und kosten unnötig Zeit und Nerven.

Bürofunktionen

Wenn Texte, Briefe und Informationsblätter auch unter Einbeziehung von Patientendaten aus der Kartei erstellt werden können, sind Aussendungen und Serienbriefe möglich. Wenn die Buchhaltung (Einnahmen-Ausgaben-Rechnung) in die Ordinationssoftware eingebunden ist, kann das den Zeitaufwand manueller Dateneingabe ersparen.

Kassenabrechnung

Selbstverständlich muss das EDV-System einer Kassenordination auf die elektronische Abrechnung mit den Krankenkassen vorbereitet sein und die entsprechenden Richtlinien (Datensatzaufbau) des Hauptverbandes berücksichtigen. Die unterschiedlichen Abrechnungsmodi der Kassen erfordern spezielle Adaptierungen der Software. Große Software-Lieferanten haben für jedes

Bundesland die aktuellen Versionen parat – sie werden ständig am neuesten Stand gehalten. Die Möglichkeit, Rezepte, Zuweisungen und Verordnungen auszudrucken ist in den meisten Fällen selbstverständlich. Ebenso sind integrierte Adressverzeichnisse (über die Stammdatenverwaltung hinaus) als Standard anzusehen.

Terminkalender

Ein integrierter Kalender ist für die Terminvergabe unerlässlich; hochwertige EDV-Systeme bieten sogar die Möglichkeit online Termine reservieren zu lassen. ■

13. Ärzte und Öffentlichkeit

Niedergelassene Ärzte sind als Unternehmer tätig, weshalb es von Bedeutung ist, die jeweils angebotenen Leistungen auch der breiten Öffentlichkeit mitzuteilen. Dabei sind jedoch einige Beschränkungen sowohl hinsichtlich der Werbung als auch beim Erstellen und Anbringen der Ordinationsschilder zu beachten.

13.1. Werbebeschränkung

In Hinblick auf Werbungen für Ärzte gilt es grundsätzlich, auf einige Einschränkungen zu achten. Es ist etwa erlaubt, Informationen über den eigenen medizinischen Tätigkeitsbereich zu veröffentlichen sowie eine eigene Homepage zu errichten, wobei gemäß § 53 Ärztegesetz die Angaben stets sachlich und wahr sein müssen. Darüber hinaus dürfen sie nicht das Standesansehen beeinträchtigen und der Arzt hat in zumutbarer Weise dafür zu sorgen, dass standeswidrige Informationen auch durch Dritte, insbesondere durch Medien, unterbleiben.

13.1.1. Erlaubte Werbung

Ausdrücklich gestattet sind folgende Informationen gegenüber der Öffentlichkeit:

- Die Information über die eigenen medizinischen Tätigkeitsbereiche, die der Arzt aufgrund seiner Aus- und Fortbildung beherrscht;
- Die Einladung eigener Patienten zu Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen, Impfungen und dergleichen (Recall-System);
- Die Information über die Ordinationsnachfolge;
- Die Einrichtung einer eigenen Homepage oder die Beteiligung an einer fremden Homepage.
- Information über die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen,
- Information über gewerbliche Leistungen oder Gewerbebetriebe, sofern sie im Zusammenhang mit der eigenen Leistung stehen,
- Information mittels elektronischer Medien oder gedruckter Medien (insbesondere Broschüren, Aushänge) in der Ordination oder im Wartezimmerbereich

Veröffentlichungen mit Namen und/oder Bildern von bzw. mit Patienten sind nur mit deren, gegenüber dem Arzt erklärten, Zustimmung zulässig.

13.1.2. Verbotene Werbung

Verboten sind:

- Herabsetzende Äußerungen über Ärzte, ihre Tätigkeit und ihre medizinischen Methoden;
- Das Darstellen einer wahrheitswidrigen medizinischen Exklusivität;
- Die Selbstanpreisung der eigenen Person oder Leistungen durch aufdringliche bzw. marktschreierische Darstellung;
- Werbung für Arzneimittel, Heilbehelfe und sonstige medizinische Produkte sowie für deren Hersteller und Vertrieber.

13.1.3. Verstoß gegen das Werbeverbot

Ärzte, die gegen das Werbeverbot verstoßen, haben mit einem Disziplinarverfahren zu rechnen.

13.2. Schilderordnung

Ein Arzt ist verpflichtet, seine Ordinationsstätte durch eine entsprechende äußere Bezeichnung (Ordinationsschild) kenntlich zu machen. Bei der Gestaltung muss er sich an die Vorgaben der Schilderordnung der Österreichischen Ärztekammer halten. Diese legt fest, welche Inhalte zwingend auf einem Ordinationsschild angeführt werden müssen und welche ergänzend hinzugefügt werden können.

13.2.1. Notwendiger Inhalt

- Name
- Akademischer Grad
- Berufsbezeichnung
- Bei Führung einer Gruppenpraxis iSd § 52a ÄrzteG der Firmenwortlaut
- Erreichbarkeit (z.B. Ordinationszeiten oder Hinweis: „nach Vereinbarung“, etc.)

13.2.2. Fakultativer Inhalt (auszugsweise)

- Amtlich verliehene Titel (z.B. Medizinalrat, Obermedizinalrat)
- In anderen Gesetzen vorgesehene der Wahrheit entsprechende Titel (z.B. Univ.-Prof., Univ.-Doz., Ass.-Prof.)
- Von der Österreichischen Ärztekammer verliehene oder

anerkannte Fortbildungsnachweise (Diplome, Zertifikate, Spezialisierungen)

- Ordinationszeiten (Sprechstunden)
- Telefonnummern, Hinweise, wie der Arzt außerhalb der Sprechstunde erreichbar ist; sowie Hinweise auf elektronische Kommunikationseinrichtungen (Fax, E-Mail, Homepage, etc.)
- Krankenversicherungsträger, für die der Arzt als Vertragsarzt tätig ist
- Tätigkeit als „Wahlarzt“
- Ein Logo, eine bildliche Darstellung
- Andere Einrichtungen des Arztes, wie etwa Kosmetik-, Kontaktlinsen-, Massageinstitute, dürfen nicht am Ordinationsschild, jedoch auf einem gesonderten Schild angeführt werden

13.2.3. Weitere Voraussetzungen

Das Schild darf nicht in aufdringlicher oder marktschreierischer

Form ausgestattet und angebracht sein, wobei eine Beleuchtung des Schildes zulässig ist.

Wechselt der Arzt seine Ordinationsstätte, so kann ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk für die Dauer eines halben Jahres angebracht werden. In diesem Fall dürfen nur der Name, die Berufsbezeichnung und die Adresse der Ordinationsstätte angeführt werden. Bei Beendigung der Berufsausübung müssen sämtliche Schilder entfernt werden.

13.2.4. Verstoß gegen die Schilderordnung

Verstöße gegen die Bestimmungen der Schilderordnung stellen Disziplinarvergehen dar und können zudem mit Verwaltungsstrafen geahndet werden.

Die Werberichtlinie und die Schilderordnung finden Sie auf unserer Homepage unter www.aektirol.at. ■

14. Qualitätssicherungsverordnung 2012

14.1. Praxisevaluierung

Die Verpflichtung zur ärztlichen Qualitätssicherung ist im Ärztegesetz verankert. Die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (Kurz: ÖQMed) hat den Auftrag zur Durchführung dieser Bestimmungen erhalten. Der in der Qualitätssicherungsverordnung 2012 (QS-VO 2012) festgelegte Evaluierungsprozess gliedert sich in folgende Bestandteile:

- die Selbstevaluierung der Ärzteschaft = die Beurteilung der des Arztes, inwiefern seine Ordination den vorgeschriebenen Kriterien für Struktur- und Prozessqualität entspricht, anhand -eines vorgegebenen Fragebogens.
- Auswertung der Selbstevaluierung
- Überprüfung der Validität der Selbstevaluierung (des Zutreffens der einzelnen Parameter) durch stichprobenartige Ordinationsbesuche
- Definition der Verbesserungsmaßnahmen
- Kontrolle der Mängelbehebung
- Aufforderung zur Selbstevaluierung erfolgt mittels eingeschriebenem Brief durch die ÖQMed

14.2. Konsultation mit dem Behindertenverband

Die Qualitätssicherungsverordnung 2012 der Österreichischen Ärztekammer sieht weiters vor, dass „bei Neuerrichtungen der behindertengerechte Zugang und die behindertengerechte Ausstattung zu berücksichtigen sind“.

Die Bestimmung gilt dann als erfüllt, wenn bei erstmaliger Einrichtung einer Ordination an einem konkreten Standort ein behindertengerechter Zugang sowie eine behindertengerechte Ausstattung, im Rahmen des rechtlich Zulässigen und bei wirtschaftlicher Angemessenheit berücksichtigt wurden. Der Nachweis für die Erfüllung des Kriteriums kann beispielsweise durch eine Konsultation mit einem Interessensverband behinderter Personen erbracht werden.

Im Zuge der Qualitätsevaluierung der Ordination (siehe oben) erhalten Sie die Möglichkeit Informationen über die Barrierefreiheit Ihrer Ordination über die Internetplattform www.arztbarrierefrei.at (Barrierefreiheitsregister) zu veröffentlichen.

Den Volltext sowie Erläuterungen und weiterführende Informationen zur „Qualitätssicherungsverordnung 2012 der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Gruppenpraxen“ erhalten Sie auf der Homepage der ÖQMed unter www.oqmed.at. ■

15. Hygiene-Verordnung 2014

Im Ärztegesetz ist seit jeher vorgeschrieben, dass jeder Arzt verpflichtet ist, seine Ordinationsstätte in einem solchen Zustand zu halten, dass sie den hygienischen Anforderungen und den fachspezifischen Qualitätsstandards entspricht. Amtsärzte der Bezirksverwaltungsbehörden können diese Voraussetzungen überprüfen. Bei Vorliegen von Missständen, die für das Leben und die Gesundheit von Patienten eine Gefahr mit sich bringen, wird eine Sperre der Ordinationsstätte bis zur Behebung der Missstände verfügt.

Ziel der seit 1.1.2014 geltenden „Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen“ (Hygiene-VO 2014) ist der Schutz von Patienten, Ärzten, Ordinationspersonal und beteiligten Dritten vor der Ansteckung mit Infektionen in Ordinationen.

Die Hygiene-VO 2014 beschreibt die generellen und speziellen Anforderungen zur Hygiene, die von Arztordinationen erfüllt werden müssen. Sie gilt für alle Arztordinationen in Österreich. Sie findet auch Anwendung bei der Qualitätssicherung der österreichischen Arztordinationen.

Die Hygiene-VO 2014 wurde erstellt unter Einbeziehung von Experten der ÖÄK, der Bundesfachgruppe für Hygiene und Mikrobiologie, geprüft vom Qualitätsausschuss der ÖÄK und beschlossen von der Vollversammlung der ÖÄK. Sie wird mindestens alle 3 Jahre auf Aktualität geprüft, gegebenenfalls

überarbeitet und erneut freigegeben.

Verantwortlich für den hygienisch einwandfreien Betrieb der Ordination ist grundsätzlich der Ordinationsstätteninhaber selbst. Er kann die einzelnen Aufgaben an Mitarbeiter unter seiner Aufsicht delegieren. Die Delegation muss dokumentiert sein.

Die Anforderungen an die Hygiene in einer Ordination sind direkt abhängig von

- deren Aufgabenstellung
- der Art der erbrachten Leistungen
- der Patientenfrequenz
- dem Gefährdungspotential besonderer Erkrankungen

und müssen daher für jede Ordination eigens definiert werden. Allgemeine Empfehlungen und Leitlinien sind dem Leistungsspektrum der jeweiligen Ordination anzupassen. Für jede Ordination ist daher entsprechend der oben angeführten Punkte eine Bewertung des Infektionsrisikos vorzunehmen. Dies ist Aufgabe des ordinationsführenden Arztes.

Den Volltext sowie Erläuterungen und weiterführende Informationen zur „Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (Hygiene-VO 2014)“ erhalten Sie auf unserer Homepage (www.aektirol.at). ■

16. Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBVO)

Die auf dem Medizinproduktegesetz basierende Verordnung ist mit 1.4.2007 in Kraft getreten. Sie enthält detaillierte Vorgaben für das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von in Einrichtungen des Gesundheitswesens in Verwendung stehenden Medizinprodukten.

Bei der erstmaligen Inbetriebnahme und der weiteren Anwendung von Medizinprodukten sind je nach Art des Gerätes folgende Anforderungen vorgesehen:

16.1. Eingangsprüfung

Vor der ersten Anwendung bestimmter Medizinprodukte ist eine Eingangsprüfung durchführen zu lassen. Der Umfang der

Eingangsprüfung hat sich an jenem der wiederkehrenden sicherheitstechnischen Prüfung (siehe unten) zu orientieren. Bei Mitlieferung eines detaillierten Hersteller- oder Lieferanten-Messprotokolls kann die Eingangsprüfung auf eine Sichtprüfung auf Transportschäden beschränkt werden. In vielen Fällen wird die Eingangsprüfung Teil der vertraglich vereinbarten Lieferbedingungen bzw. Bestellung sein.

16.2. Einweisung der Anwender

Der Arzt hat sicherzustellen, dass die mit der Handhabung eines Medizinproduktes befassten Personen durch besonders geeignete, erfahrene bzw. geschulte Personen (z.B. Medizinprodukteberater) entsprechend eingewiesen werden.

Eine Einweisung kann allerdings für jene Personen unterbleiben, bei denen auf Grund ihrer Ausbildung, ihrer sonstigen Kenntnisse oder auf Grund ihrer praktischen Erfahrungen davon ausgegangen werden kann, dass ihnen die Geräteinformationen hinlänglich bekannt sind.

16.3. Wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung

- Bei allen aktiven (im Wesentlichen mit elektrischer Energiequelle betriebenen), nicht implantierbaren Medizinprodukten und
- auf Verlangen des Herstellers auch bei nicht aktiven nicht implantierbaren Medizinprodukten

ist eine wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung vorzunehmen bzw. vornehmen zu lassen.

Wenn der Hersteller eine wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung vorgeschrieben hat, ist diese grundsätzlich nach dem in den Begleitpapieren enthaltenen Prüfumfang und in dem angegebenen Prüfindintervall durchzuführen.

Wenn Angaben des Herstellers über eine wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfung nicht vorliegen, ist eine Prüfung, die auch sicherheitsrelevante Funktionskontrollen einzuschließen hat, nach dem Stand der Technik durchzuführen. Sollten Herstellerangaben zum Prüfindintervall fehlen, so ist dieses von einer fachlich geeigneten Person festzulegen.

Wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfungen dürfen nur von Personen und Stellen durchgeführt werden, die den Anforderungen der Verordnung entsprechen.

16.4. Messtechnische Kontrollen

Zum Zwecke der Rückführung auf nationale oder internationale Normale sind bei einigen Medizinprodukten messtechnische Kontrollen, die die Bewertung und Kalibrierung umfassen, durchzuführen.

Messtechnische Kontrollen sind in den vom Hersteller angegebenen Intervallen durchzuführen. Fehlen derartige Angaben, sind die in der Verordnung genannten Intervalle heranzuziehen. Eine Überschreitung dieser Intervalle ist unter Berücksichtigung von Geräteart und Gefährdungspotential bis zu sechs Monaten zulässig.

Auch die messtechnischen Kontrollen dürfen nur von Personen und Stellen durchgeführt werden, die den Anforderungen der Verordnung entsprechen.

16.5. Gerätedatei

Für Medizinprodukte, für die wiederkehrende sicherheitstechnische Prüfungen oder Messtechnische Kontrollen vorgesehen sind, ist eine Gerätedatei zu führen, für die alle Datenträger inklusive Papierform zulässig sind.

Folgende Daten sind einzutragen:

- Bezeichnung und Angaben zur stückbezogenen Identifikation des Medizinproduktes,
- Anschaffungsdatum,
- Dokumentation der Eingangsprüfung,
- Einweisungen, sofern sie nicht in gesonderten Aufzeichnungen geführt werden,
- Intervalle, Datum der Durchführung sowie die Ergebnisse wiederkehrender sicherheitstechnischer Prüfungen sowie Name der verantwortlichen Person oder Stelle, die diese Prüfungen durchgeführt hat,
- Intervalle, Datum der Durchführung sowie die Ergebnisse der messtechnischen Kontrollen sowie Name der verantwortlichen Person oder Stelle, die diese Prüfungen durchgeführt hat,
- Datum, Art von Instandsetzungen und die Ergebnisse von Prüfungen nach Instandsetzungen, sowie Name der Person oder Stelle, die diese Maßnahme durchgeführt hat,
- Namen und Anschrift von Personen oder Stellen, mit denen Verträge zur Durchführung wiederkehrender sicherheitstechnischer Prüfungen oder messtechnischer Kontrollen oder Instandhaltungsmaßnahmen bestehen,
- Datum, Art und Folgen von sicherheitsrelevanten Zwischenfällen (Funktionsstörungen, Bedienungsfehler),
- Datum und Inhalt der Meldungen schwerwiegender Mängel gemäß § 70 Medizinproduktegesetz, und
- Datum der endgültigen Außerbetriebnahme.

Die Gerätedatei ist so aufzubewahren, dass sie während der Betriebszeit zugänglich ist. Bei endgültiger Außerbetriebnahme des Gerätes sind dessen Daten in der Gerätedatei mindestens 5 Jahre aufzubewahren.

Für manuelle Blutdruckmessgeräte, batteriebetriebene Lichtquellen (z.B. Taschenlampen), Pulsmessgeräte, die nicht zur Überwachung verwendet werden und elektrische Fieberthermometer besteht keine Pflicht zur Führung einer Gerätedatei.

16.6. Bestandverzeichnis

Für alle zur Verwendung bereit stehenden aktiven (mit einer elektrischen Energiequelle betriebenen) Medizinprodukte ist ein Bestandverzeichnis zu führen. In das Bestandverzeichnis sind folgende Angaben einzutragen:

- Bezeichnung, Art und Typ, Loscode oder Seriennummer, Herstellungsjahr,
- Name und Anschrift des Herstellers,

- Name und Anschrift des Vertreibers,
- die der CE-Kennzeichnung allenfalls hinzugefügte Kennnummer der benannten Stelle, und
- Standort bzw. betriebliche Zuordnung.

Auch für das Bestandverzeichnis sind alle Datenträger inklusive Papierform zulässig. Es kann auch mit der Gerätedatei gemeinsam geführt werden.

16.7. Implantatregister

Für alle implantierbaren Medizinprodukte gemäß Anhang 5 der Verordnung (z.B. Herzschrittmacher, Chochlea-Implantate, Gelenks-Implantate,...) ist darüber hinaus ein Implantatregister zu führen. ■

17. Wartung medizinischer Geräte und elektrischer Anlagen

Da die Ordinationen niedergelassener Ärzte von diesen umfangreichen Verpflichtungen betroffen sind und die Umsetzung der bestehenden gesetzlichen Prüfvorschriften für den einzelnen Arzt mit einem erheblichen Dokumentations- und Kostenaufwand verbunden ist, hat die Kurie der niedergelassenen Ärzte mit dem TÜV Austria eine entsprechende Rahmenvereinbarung für die Durchführung der

- Wiederkehrenden sicherheitstechnischen Überprüfungen (§ 6 MPBVO)
- Messtechnischen Kontrollen (7 MPBVO) sowie
- Überprüfung der Elektroinstallationen (ElektrotechnikVO, ÖVE 8007) abgeschlossen.

Die Rahmenvereinbarung beinhaltet ein pauschaliertes Preismodell. Um die teilnehmenden Ärzte von der zusätzlichen Dokumentationsverpflichtung nach der MPBVO weitgehend zu entlasten, umfasst der jeweilige Prüfauftrag auch das Führen der vorgeschriebenen Gerätedateien und Bestandsverzeichnisse.

Damit Prüfungstermine nicht übersehen werden, bietet der TÜV auch eine automatische Evidenzhaltung und Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Termine an.

Sowohl die Medizinproduktebetreiberverordnung als auch die TÜV-Rahmenvereinbarung ist auf unserer Homepage www.aektirool.at abrufbar. ■

18. Ärztliche Hausapotheke

18.1. Gesetzliche Grundlagen

Apothekengesetz, bzw. Apothekenbetriebsordnung

18.2. Funktion der ärztlichen Hausapotheke

Die ärztliche Hausapotheke dient der Versorgung der in der Behandlung des niedergelassenen Arztes für Allgemeinmedizin stehenden Kranken mit Arzneimitteln gemäß den Bestimmungen des Apothekengesetzes.

18.3. Voraussetzungen für eine Hausapotheke

18.3.1. „Ein-Vertragsarzt“-Gemeinde

In ländlichen Gemeinden, in denen nur ein Arzt für Allgemeinmedizin mit Kassenvertrag oder eine Vertragsgruppenpraxis, die versorgungswirksam höchstens eineinhalb Vertragsstellen entspricht, seinen bzw. ihren ständigen Berufssitz hat, hat die Hausapotheke den Vorrang - die Versorgung mit Arzneimitteln erfolgt durch die Hausapotheke. Sie bleibt auch dann jedenfalls bestehen, wenn eine neue öffentliche Apotheke in einer

benachbarten Gemeinde mit weniger als vier Kilometer entfernt eröffnet wird.

18.3.2. „Zwei-Vertragsarzt“-Gemeinde

In ländlichen Gemeinden, in denen zwei Ärzte für Allgemeinmedizin mit Kassenvertrag niedergelassen sind, wird die Konzession für eine öffentliche Apotheke möglich.

Auswirkungen für Hausapotheken bei Eröffnung einer öffentlichen Apotheke in einer Entfernung von weniger als 4 Kilometer:

- a) für bestehende Hausapotheken (bei rechtskräftiger Bewilligung vor 29.3.2006):
- Konzessionserteilung einer öffentlichen Apotheke zwischen 29.3.2006 und 1.1.2016

Der Hausapotheker darf bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, längstens jedoch bis 31.12.2018 die Hausapotheke weiterführen.

- b) für bestehende bzw. neue Hausapotheken (bei rechtskräftiger Bewilligung nach 29.3.2006):

Ärztliche Hausapotheken werden auf Antrag des Inhabers der öffentlichen Apotheke bei Neuerrichtung einer öffentlichen Apotheke drei Jahre nach Rechtskraft des Konzessionsbescheides zurückgenommen.

18.3.3. „Drei (oder mehr)-Vertragsarzt“-Gemeinden

In diesen Gemeinden müssen Hausapotheken bei Eröffnung einer öffentlichen Apotheke in einer Entfernung von weniger als 4 Kilometer nach drei Jahren schließen.

18.4. Bewilligung von neuen Hausapotheken

Eine Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke können Ärzte für Allgemeinmedizin erhalten, die

- mindestens einen (1) Kassenvertrag haben, und
- deren Berufssitz mindestens sechs Straßenkilometer von der öffentlichen Apotheke entfernt ist.
- In der Gemeinde, in welcher der Arzt seinen Berufssitz hat, befindet sich keine öffentliche Apotheke.

Verlegt ein Arzt für Allgemeinmedizin seinen Berufssitz in eine andere Gemeinde, so erlischt die für den vorherigen Berufssitz erteilte Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke.

18.5. Ansuchen um Erteilung der Hausapothekenbewilligung

Antrag - mittels formlosen Ansuchens an die für den Standort der zukünftigen Hausapotheke zuständige Bezirkshauptmannschaft.

Im Antrag ist der Name, (die genaue Adresse, Postleitzahl, Straße, Hausnummer), der Praxisbeginn, die Entfernung des Ordinationsstitzes bis zur nächstgelegenen öffentlichen Apotheke und das Gebiet, für welches eine ärztliche Hausapotheke beantragt wird, anzugeben.

Dem Antrag ist ferner beizuschließen:

- Diplom als Arzt für Allgemeinmedizin
- Promotionsurkunde
- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis

Nach Antragstellung erfolgt die Kundmachung im „Boten für Tirol“. Wird kein Einspruch betroffener öffentlicher Apotheken erhoben und liegen die Voraussetzungen gemäß Apothekengesetz vor, ergeht der Bewilligungsbescheid an den betroffenen Arzt.

18.6. Vorschriften für den Betrieb von ärztlichen Hausapotheken

- Die Hausapotheke muss von dem Arzt selbst geführt werden und darf daher nicht durch einen Dritten betrieben oder verpachtet werden. In der Hausapotheke dürfen Hilfskräfte zum selbständigen Dispensieren von Arzneien nicht verwendet werden.
- Der Arzt darf die zur Einrichtung und Ergänzung seiner Hausapotheke erforderlichen Drogen, chemischen und pharmazeutischen Präparate sowie sonstige arzneiliche Zubereitungen nur aus einer öffentlichen Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum beziehen.
- Die Bewilligung zur Haltung einer ärztlichen Hausapotheke berechtigt einen Arzt für Allgemeinmedizin zur Verabreichung von Arzneimitteln an die in seiner Behandlung stehenden Personen, sofern die Behandlung nicht an einem Ort, an dem eine öffentliche Apotheke vorhanden ist, oder im Umkreis von 4 Straßenkilometern, gemessen von der Betriebsstätte einer öffentlichen Apotheke stattfindet.
- Mit dem Arzneimittel ist dem Patienten stets das vorschriftsmäßig ausgefertigte und taxierte Rezept auszufolgen.
- Der hausapothekenführende Arzt ist berechtigt und verpflichtet, ein Arzneimittel aus der ärztlichen Hausapotheke zu verabfolgen, wenn es von einem anderen Arzt verordnet wurde und aus einer öffentlichen Apotheke nicht mehr rechtzeitig beschafft werden könnte.

- Der Arzt ist verpflichtet, über die Herkunft, der von ihm geführten Arzneimittel und Verbandsstoffe solche Vormerkungen zu führen oder durch Belege auszuweisen, dass Art und Menge der bezogenen Waren, die Bezugsquelle und das Datum der einzelnen Bezüge jederzeit nachgewiesen werden können (das bedeutet, dass die Lieferscheine über den Bezug von Apothekerwaren in der Hausapotheke übersichtlich geordnet abzulegen sind und jederzeit für die behördliche Einsichtnahme bereitzuhalten sind).

18.7. Suchtgiftgebarung

- Für Suchtgiftverschreibungen benötigt der Arzt eine Suchtgiftvignette. Diese grünen Vignetten mit elektronisch einlesbarem Barcode können bei den für den Berufssitz des Arztes zuständigen Verwaltungsbehörden (Bezirkshauptmannschaften bzw. Stadtmagistratsabteilung V Innsbruck) bezogen werden. (weitere Informationen siehe gesonderter Punkt - Suchtgiftverschreibung). Formblätter für die Substitutionsverschreibung werden von den Krankenversicherungsträgern zur Verfügung gestellt.
- Der hausapothekenführende Arzt ist verpflichtet, ein Vormerkbuch (auch automationsunterstützt) nach den Vorschriften der Suchtgiftverordnung zu führen.
- Ärzte dürfen Suchtgift für ihre Hausapotheke und für ihren Praxisbedarf nur aus inländischen öffentlichen Apotheken beziehen.
- Weitere Bestimmungen sind im Apothekengesetz, im Arzneimittelgesetz, in der Apothekenbetriebsordnung sowie im Suchtmittelgesetz und der Suchtgiftverordnung geregelt.

18.8. Beschaffenheit, Einrichtung und Lagerung

- Ärztliche Hausapotheken müssen mindestens einen Raum zur Lagerung und Abgabe von Arzneimitteln aufweisen. Dieser Raum sowie allenfalls vorhandene weitere Räume der ärztlichen Hausapotheke dürfen zu anderen Zwecken nicht verwendet werden. Die Gesamtfläche der ärztlichen Hausapotheke hat dem Versorgungsumfang zu entsprechen.
- Die Einrichtung muss so beschaffen sein, dass eine ordnungsgemäße Lagerung und Abgabe von Arzneimitteln gewährleistet sind. Besondere Lagervorschriften sind einzuhalten.
- Weitere Bestimmungen sind im Apothekengesetz, im Arzneimittelgesetz und in der Apothekenbetriebsordnung geregelt.

18.9. Gerätschaften

18.9.1. Informationsaustausch

Im Bereich der ärztlichen Hausapotheke müssen zum Empfang wichtiger Informationen

- ein Telefon
- ein Telefaxgerät und
- ein netzunabhängiger Rundfunkempfänger vorhanden sein.

Diese Geräte bzw. Einrichtungen müssen ständig funktionsfähig sein.

18.9.2. Magistrale Zubereitungen

Sofern der hausapothekenführende Arzt Tätigkeiten gemäß § 55 Abs. 3 durchführt, muss die ärztliche Hausapotheke über

- einen geeigneten Arbeitsplatz,
- dafür geeignete Geräte und Behelfe und
- einen Waschplatz mit fließendem Warm- und Kaltwasser verfügen. Diese haben dem Stand der Wissenschaften und Technik zu entsprechen.

Für eine ausreichende Belüftung ist vorzusorgen.

18.10. Fachliteratur

Folgende Bücher (Fachliteratur) müssen in der ärztlichen Hausapotheke vorhanden sein:

- Arzneibuch (gültige Fassung)
 - Aufzeichnungen der behördlich genehmigten Preise der Arzneimittel
 - Austria Codex - Fachinformation (jeweils gültige Ausgabe)
 - Sammlung aller behördlichen Verfügungen der zuständigen Bezirkshauptmannschaft in Urschrift oder Abschrift
 - Erstattungskodex (aktuelle Fassung)
- Die angeführten Unterlagen können mit Einsatz der automationsunterstützten Datenverarbeitung oder über Datendienste geführt werden.
- Hausapothekenbewilligung und etwaige Überprüfungsprotokolle.

18.11. Überprüfung (Visitationen)

Die ärztlichen Hausapotheken werden in regelmäßigen Abständen (ca. 3 Jahre) durch den Amtsarzt im Hinblick auf die Einhaltung der baulichen, hygienischen und apothekenspezifischen Vorschriften überprüft. Die Visitation erfolgt unter Teilnahme eines Vertreters der Ärztekammer. ■



www.aektirol.at