

# ZfG

Zeitschrift für Gesundheitsrecht

## BEITRÄGE

- Musiktherapie und Umsatzsteuer**  
(Thorsten Holzer) ..... 55-69
- Die tierärztlichen Verschwiegenheitspflichten**  
(Alexander Tritthart/  
Christine Oberleitner-Tschan) ..... 70-74
- Die Ordination in der Krankenanstalt**  
(Oliver Völkel) ..... 75-80

## RECHTSPRECHUNG

- Aktuelle Rechtsprechung OGH,  
VwGH, VfGH und Landesverwaltungsgerichte (Auswahl)**  
(Laura Fischer/Stephanie Jicha/  
Katharina Leitner) .....
- ..Zur Frage der Abgrenzung zwischen  
ärztlicher Tätigkeit versus  
Behandlungen im Rahmen der  
Psychotherapie**  
(Friederike Bundschuh-Rieseneder)

# Die Ordination in der Krankenanstalt

*Kooperationen zwischen Krankenanstalten und Ärzten, die im Rahmen der Krankenanstalt eine Ordination betreiben, erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Einer solchen Kooperation sind bestimmte Grenzen gesetzt. Die nachfolgende Darstellung soll diese Grenzen beleuchten und Fragen beantworten, die sich in der Praxis bei der Kooperation einer Krankenanstalt mit einer Ordination stellen.*

**RA Dr. Oliver Völkel, LL.M.**

## I. Einleitung

### A. Bedarfsgrundsatz bei der Errichtung einer Krankenanstalt

Das österreichische Krankenanstaltenrecht ist vom Bedarfsgrundsatz geprägt. Dessen Ausfluss ist unter anderem das Bedarfsprüfungsverfahren,<sup>1</sup> das am Anfang jeder neuen Krankenanstalt steht, sofern sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen angeboten werden.<sup>2</sup> Die Bewilligung zur Errichtung einer neuen Krankenanstalt wird von der Landesregierung nur dann erteilt, wenn nach dem geplanten Leistungsangebot unter Berücksichtigung bestimmter Faktoren eine wesentliche Verbesserung des Versorgungsangebotes erreicht werden kann.<sup>3</sup>

Im Rahmen eines Bedarfsprüfungsverfahrens werden regelmäßig Gutachten der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingeholt und die Systempartner eingeladen, Stellungnahmen zur Bedarfsfrage abzugeben. Erklärte Ziele der Bedarfsprüfung sind nach den Worten des Gesetzes<sup>4</sup> einerseits a) die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung sowie andererseits b) die Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit.

In der Praxis ist das Bedarfsprüfungsverfahren die wesentliche Hürde beim Vorhaben, eine neue Krankenanstalt zu errichten. Insbesondere die Einbeziehung der Systempartner in das Verfahren trägt zu diesem Befund bei. In Wien haben etwa die Sozialversicherungsträger, die gesetzliche Interessenvertretung privater Krankenanstalten und die Ärztekammer für Wien bzw bei selbständigen Zahnambulatorien auch die Österreichische Zahnärztekammer Parteistellung im Verfahren.<sup>5</sup>

Während die Kassen neuen Leistungserbringern am Markt tendenziell aufgeschlossener gegenüberstehen, sehen manche Kammern die Aussicht auf neue Anbieter eher kritisch. Die Parteistellung der Systempartner gibt diesen das Recht auf Beschwerde an die LVwG und auf Revision an den VwGH.<sup>6</sup> Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich der Bedarfsfrage. Bis rechtskräftig über einen Antrag auf Errichtungsbewilligung (oder Vorabfeststellung des Bedarfs) entschieden wurde, können somit Jahre verstreichen – möglicherweise das Aus für die geplante Krankenanstalt.

### B. Bedarfsgrundsatz bei Erweiterung des Leistungsangebotes

Nicht nur für die Errichtung und den Betrieb einer Krankenanstalt ist der Bedarf zu prüfen. Auch bei „wesentlichen Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes“, ist ein Bedarfsprüfungsverfahren durchzuführen.<sup>7</sup> Dies ergibt sich aus dem Gebot, bei solchen Veränderungen ebenfalls eine Bewilligung der Landesregierung einzuholen, wobei in diesem Verfahren die Bestimmungen über die Errichtung – und damit auch die Bedarfsprüfung – analog anzuwenden sind.<sup>8</sup>

Dieses Gebot einer erneuten Bedarfsprüfung wird in der Verwaltungspraxis weit ausgelegt. Sowohl qualitative als auch quantitative Erweiterungen des Leistungsangebotes werden davon erfasst.<sup>9</sup> Eine qualitative Erweiterung liegt dann vor, wenn Leistungen angeboten werden sollen, die vom bisherigen Leistungsspektrum nicht umfasst waren.<sup>10</sup> Eine quantitative Änderung liegt vor, wenn am Leistungsspektrum selbst zwar keine Änderungen vorgenommen werden, aber etwa aufgrund der Anschaffung weiterer oder neuerer medizinischer Geräte eine größere Anzahl an Patienten behandelt werden kann.<sup>11</sup>

Diese Fälle werden vom Gesetz wie die Errichtung einer neuen Krankenanstalt behandelt. Es ist also ebenso eine Bedarfsprüfung durchzuführen, und es kommt den Systempartnern das gleiche Recht auf Gehör und insbesondere auch das Recht auf Beschwerde an die LVwG und Revision an den VwGH zu.<sup>12</sup>

1) § 3 Abs 2 KAKuG.

2) § 3 Abs 2a KAKuG.

3) § 3 Abs 2 lit a KAKuG.

4) § 3 Abs 2 lit a KAKuG.

5) § 4 Abs 6 Wr KAG.

6) § 3a Abs 8 KAKuG.

7) § 4 Abs 1 KAKuG.

8) Ebd.

9) Vgl etwa VwGH 2. 4. 2014, 2013/11/0078; Reduzierungen des Leistungsangebotes werden in dieser Darstellung nicht behandelt.

10) Vgl etwa VwGH 21. 11. 2013, 2012/11/0074.

11) Vgl etwa VwGH 26. 3. 2015, 2013/11/0048 (Erweiterung der Bettenanzahl).

12) § 3a Abs 8 KAKuG analog.

### C. Problemstellung

Selbst aus Sicht der Krankenanstalt dringend erforderliche Erweiterungen des Leistungsangebotes, die unzweifelhaft im Wohl der Patienten liegen, können damit in der Theorie um Jahre verzögert oder gänzlich verhindert werden. De lege ferenda ist eine Neuregelung der Parteilstellung der Systempartner etwa im Sinn einer Straffung der Rechtsmittelgründe geboten. Die derzeitige Regelung ermöglicht auch Verzögerungen aus (kammer-)politischen Gründen, die weder im Wohl der Patienten sind noch mit den Zielen einer hochwertigen, ausgewogenen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung und Wahrung des Systems der sozialen Sicherheit vereinbar sind. Gerade bei Erweiterungen einer Krankenanstalt, die lediglich den Stand der medizinischen Wissenschaft abbilden, ist die derzeitige Regelung problematisch.

Eine Lösung kann für Krankenanstalten die Zusammenarbeit mit dem extramuralen Bereich darstellen. Möglich macht dies die dem österreichischen Gesundheitsrecht immanente Dualität zwischen Ärzte- und Krankenanstaltenrecht (im Sinne der kompetenzrechtlichen Unterscheidung Heil- und Pflegeanstalten einerseits und Gesundheitswesen andererseits). Der im Krankenanstaltenrecht wesentliche Bedarfsgrundsatz ist dem Betrieb einer Ordination bekanntlich fremd. Während also die Erweiterung des Leistungsangebotes im Rahmen einer Krankenanstalt an der Bedarfsprüfung scheitern kann, ist unter Umständen für dieselbe Leistung im Rahmen einer Ordination keine Prüfung des Bedarfs erforderlich. Einer solchen Kooperation sind freilich Grenzen gesetzt. Die nachfolgende Darstellung soll diese Grenzen beleuchten und Fragen beantworten, die sich in der Praxis bei der Kooperation einer Krankenanstalt mit einem selbständigen Arzt im Rahmen einer Ordination stellen.

## II. Zulässigkeit einer Ordination in (den Räumlichkeiten) einer Krankenanstalt

Zunächst ist zwischen verschiedenen Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalt und Ordination zu unterscheiden. Erstens ist an den Fall zu denken, dass die Ordination räumlich unabhängig von der Krankenanstalt betrieben wird, etwa in einem angrenzenden Gebäude und nur in relativer Nähe zur Krankenanstalt. Patienten würden in diesem Fall die Krankenanstalt verlassen und in einem anderen Gebäude in räumlicher Nähe die Ordination aufsuchen, um dort bestimmte medizinische Maßnahmen durchführen zu lassen. Als engere Form der Kooperation kann der Fall betrachtet werden, dass Krankenanstalt und Ordination in demselben Gebäude untergebracht sind. Dabei sollte es keinen Unterschied machen, ob in demselben Gebäude nur die Krankenanstalt und die Ordination untergebracht sind oder das Gebäude mit Dritten geteilt wird, wie dies bei vielen Ambulatorien üblich ist, die nicht ein gesamtes Gebäude in Anspruch nehmen. Die engste Form der Kooperation kann darin gesehen werden, dass die Ordination im Rahmen der Krankenanstalt betrieben wird,

also keine räumliche Trennung zwischen Ordination und Krankenanstalt erfolgt. Die Ordination ist quasi Teil der Krankenanstalt.

### A. Ordination im Rahmen der Krankenanstalt

Das KAKuG enthält keine ausdrücklichen gesetzlichen Bestimmungen über die Zulässigkeit einer Ordination im Rahmen einer Krankenanstalt (im Gegensatz zur Unterbringung der Ordination lediglich in demselben Gebäude – siehe dazu unten). Die Mehrzahl der Landes-KAG treffen ebenso keine Regelung zu dieser Frage. Lediglich das NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG),<sup>13</sup> die Kärntner Krankenanstaltenordnung (K-KAO)<sup>14</sup> und das Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG)<sup>15</sup> sehen Anordnungen vor.

Gemeinsam ist dem NÖ KAG und der K-KAO, dass jeweils der Betrieb der Krankenanstalt nicht beeinträchtigt werden darf, ein kostendeckendes bzw ein angemessenes Entgelt bezahlt werden muss und eine eindeutige Kennzeichnung der Ordinationsräumlichkeiten bzw eine kostenmäßige und organisatorische Trennung zwischen Krankenanstalt und Ordination zu erfolgen hat. Das SKAG legt den Schwerpunkt etwas anders. Damit der Betrieb der Ordination innerhalb der Krankenanstalt zulässig ist, darf die ärztliche Betreuung der Patienten nicht beeinträchtigt werden, es dürfen keine Störungen des Betriebes der Krankenanstalt eintreten, und es müssen dem Rechtsträger wirtschaftliche Vorteile erwachsen.

### B. Ordination lediglich im Gebäude der Krankenanstalt

Die Frage nach der Zulässigkeit einer Ordination innerhalb einer Krankenanstalt nach den anderen Landes-KAG (die keine gesetzliche Regelung dazu treffen) kann offengelassen werden, wenn sich Krankenanstalt und Ordination lediglich dasselbe Gebäude teilen. Bei bettenführenden Krankenanstalten werden deren räum-

13) § 43b des NÖ KAG lautet: „Die Rechtsträger der Krankenanstalten können Fachärzten unter der Voraussetzung, dass der Betrieb der Krankenanstalt keine Beeinträchtigung erfährt, die Führung einer Ordination in den Räumlichkeiten der Krankenanstalt einräumen. Es ist ein mindestens kostendeckendes Entgelt, inklusive des allfällig aufgelaufenen Personal- und Sachaufwandes, zu entrichten. Es ist eine kostenmäßige und organisatorische Trennung (einschließlich eindeutiger Kennzeichnung der Ordinationsräumlichkeiten) zwischen Krankenanstalt und Ordination vorzunehmen“.

14) § 48a K-KAO trat erst im Juni 2015 in Kraft und lautet: „Die Rechtsträger der Krankenanstalten können Ärzten unter der Voraussetzung, dass 1. der Betrieb der Krankenanstalt keine Beeinträchtigung erfährt, 2. ein angemessenes Entgelt für den auflaufenden Personal- und Sachaufwand entrichtet wird und 3. eine eindeutige Kennzeichnung der Ordinationsräumlichkeiten erfolgt, die Führung einer Ordination in den Räumlichkeiten der Krankenanstalt erlauben“.

15) § 16 Abs 1 SKAG lautet: „Die Ausübung einer über die Obliegenheiten der Anstaltsordnung hinausgehenden ärztlichen Tätigkeit (Ordination) in einer Krankenanstalt ist nur mit Bewilligung der Landesregierung zulässig. Die Bewilligung ist auf gemeinsamen Antrag des Rechtsträgers und des Arztes zu erteilen, wenn sichergestellt ist, dass die ärztliche Betreuung der Patienten der Krankenanstalt nicht beeinträchtigt wird, keine Störungen des Betriebes der Krankenanstalt eintreten werden und dem Rechtsträger wirtschaftliche Vorteile erwachsen werden.“

liche Grenzen im Regelfall mit den Gebäudegrenzen zusammenfallen. Bei Ambulatorien ist es hingegen nicht unüblich, dass diese nur einen Teil eines Gebäudes einnehmen.

Soll die Ordination in demselben Gebäude untergebracht werden, in dem auch die Krankenanstalt betrieben wird, müssen die dazu bestimmten Räume allenfalls zuvor aus der Krankenanstalt ausgegliedert werden.<sup>16</sup> Die einfache Ausgliederung von Räumlichkeiten bedarf bereits nach dem Gesetzeswortlaut lediglich einer Anzeige an die Landesregierung, eine gesonderte Bewilligung ist nicht erforderlich.<sup>17</sup> Als Beispiel kann die Regelung des Wr KAG dienen. Geplante räumliche Veränderungen sind der Landesregierung anzuzeigen (§ 7 Abs 1 Wr KAG). Wesentliche Veränderungen bedürfen der Bewilligung durch die Landesregierung (§ 7 Abs 2 Wr KAG). Im Umkehrschluss ist eine unwesentliche Änderung nicht bewilligungspflichtig.

Es liegt der Schluss nahe, dass wesentliche Verkleinerungen der Bewilligungspflicht unterliegen würden. Dieser Befund wird aber durch einen Blick in die Materialien haltlos. Nur Erweiterungen einer Krankenanstalt sollen eine Bewilligung durch die Landesregierung erfordern.<sup>18</sup> Hinzuweisen ist auch auf die Judikatur des VwGH,<sup>19</sup> der im Zusammenhang mit dem Wr KAG feststellte, dass „§ 7 WrKAG [...] lediglich Veränderungen einer bestehenden Krankenanstalt erfasst, sei es in Form von Änderungen innerhalb der gemäß § 4 bewilligten Betriebsanlage oder in Form einer Ausweitung (Erweiterung) dieser Anlage [...]“. Verkleinerungen einer Krankenanstalt werden somit weder vom Gesetzeswortlaut noch vom in den Materialien beschriebenen Gesetzeszweck noch nach der Judikatur des VwGH als bewilligungspflichtige Tatsache erfasst.

Wenn es sich bei der Ausgliederung lediglich um eine anzeigepflichtige Tatsache handelt, sind neben der Anzeige keine weiteren Schritte zu setzen. Die ausgegliederten Räumlichkeiten können von einem Arzt grundsätzlich als Ordinationssitz gewählt werden.

### III. Anforderungen an die Ordination

Anforderungen an die Ordination ergeben sich sowohl aus krankenanstaltenrechtlicher als auch aus ärztrechtlicher Perspektive. So sind einerseits die Vorschriften des ÄrzteG einzuhalten und andererseits darauf zu achten, dass die Ordination nicht als Krankenanstalt im Sinne des jeweiligen Landes-KAG zu qualifizieren ist.

#### A. Allgemeine Abgrenzung zwischen Ordination und Krankenanstalt

Zur Abgrenzung einer Ordination von einer Krankenanstalt hat der VwGH<sup>20</sup> zuletzt folgende Unterscheidungsmerkmale herausgearbeitet:

„Während nach dem Ärztegesetz für freiberuflich tätige Ärzte die Verpflichtung besteht, ihren Beruf persönlich und unmittelbar, also ohne Unterstützung durch einen oder mehrere angestellte Ärzte, auszuüben [...], sieht

das Krankenanstaltenrecht [...] das Vorliegen einer Organisation vor, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglicht und jener einer Anstalt entspricht. Zu den Voraussetzungen einer Anstalt gehört unter anderem die Bestellung eines Stellvertreters des ärztlichen Leiters in der Person eines geeigneten Arztes, woraus sich die Notwendigkeit ergibt, dass mindestens zwei Ärzte der Krankenanstalt zur Verfügung stehen [...]. Zur Abgrenzung, ob die Tätigkeit eines Arztes noch unter das Ärztegesetz oder bereits unter das Krankenanstaltenrecht fällt, kann auch auf die Judikatur des Verfassungsgerichtshofes zurückgegriffen werden. Danach ist als unterscheidendes Merkmal zwischen Ambulatorien und den Ärztepraxen bei ersteren eine organisatorische Einrichtung, bei Ordinationen die medizinische Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes gegenüber dem Patienten maßgeblich. Überdies liegt bei Ambulatorien der (Behandlungs-)Vertrag nicht (nur) mit dem Arzt, sondern (auch) mit dieser Einrichtung, die unter sanitätsbehördlicher Aufsicht steht, vor. In der Regel weisen Krankenanstalten eine Anstaltsordnung auf, der sowohl die Patienten als auch die Ärzte unterliegen [...]. Das offenkundige Abstellen der Betriebszeiten des Instituts auf die Arbeitsmöglichkeiten des Arztes spricht gegen das Vorliegen einer für eine Krankenanstalt typischen Organisation.“

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Abgrenzungsmerkmale von Gruppenpraxis zu Krankenanstalt hinzuweisen (§ 52a Abs 3 ÄrzteG) und auf die im KAKuG festgelegten Anforderungen hinsichtlich der gleichzeitigen Behandlung mehrerer Patienten (§ 2 Abs 3 KAKuG). Diese Merkmale können auch zur Abgrenzung zwischen Krankenanstalt und Ordination herangezogen werden. Teilweise entsprechen die Abgrenzungsmerkmale den vom VwGH herausgearbeiteten Kriterien. Andere Merkmale finden bei einer Ordination ohne gesellschaftsrechtliche Struktur freilich keine Anwendung. Liest man die Kriterien des § 52a Abs 3 ÄrzteG, des KAKuG sowie die Judikatur des VwGH zusammen, sprechen die folgenden Punkte für eine Qualifizierung als Ordination:

- i. die persönliche und unmittelbare Berufsausübung durch den Arzt,
- ii. die medizinische Eigenverantwortlichkeit des Arztes gegenüber den Patienten,
- iii. der Abschluss des Behandlungsvertrags nur mit dem Arzt und nicht mit der Krankenanstalt,
- iv. das Abstellen der Betriebszeiten der Ordination auf die Arbeitsmöglichkeiten des Arztes,
- v. das Fehlen einer Organisation zur gleichzeitigen

16) § 4 Satz 1 KAKuG.

17) § 7 Abs 1 Wr KAG; § 11 Abs 2 lit a NÖ KAG; § 7 Abs 2 OÖ KAG; § 12 Abs 1 Bgld KAG; § 12 Abs 2 StKAG; § 19 Abs 4 K-KAO; § 14 Abs 1 SKAG; § 5 Abs 4 Tir KAG; § 24 Abs 2 Vgb SpitzG.

18) Vgl AB 164 BlgNR VIII. GP 6.

19) Vgl etwa VwGH 24. 3. 1999, 98/11/0085.

20) VwGH 24. 9. 2008, 2006/15/0283.

- Behandlung mehrerer Personen,  
vi. das Fehlen von angestellten Ärzten sowie  
vii. das Fehlen einer Anstaltsordnung.

In der Literatur wird zum Teil auf die geringe Aussagekraft einzelner dieser Merkmale hingewiesen.<sup>24</sup> Dem ist jedenfalls zuzustimmen. Die Merkmale werden daher nachfolgend in den praktisch relevanten Punkten behandelt. Eine Begrenzung auf diese Merkmale ist allerdings für die vorliegende Fragestellung nicht ausreichend. Es ist auch auf andere Bestimmungen einzugehen, die bei der Kooperation von Krankenanstalt und Ordination zu beachten sind.

### B. Klare äußere Bezeichnung als Ordination

Die Ordinationsstätte des Arztes ist bereits nach den ärztlichen Vorschriften deutlich durch eine entsprechende äußere Bezeichnung kenntlich zu machen.<sup>22</sup> Auch die oben zitierten drei Landes-KAG sehen dies als Voraussetzung für den Betrieb einer Ordination innerhalb der Krankenanstalt vor.<sup>23</sup> Ordination und Krankenanstalt müssen klar sichtbar voneinander unterschieden werden können. Für die Beschilderung der Ordination ist auch das Wort „Ordination“ zu verwenden. Auch wenn Begriffe wie etwa „Klinik“ nicht definiert sind, hat der OGH<sup>24</sup> (in einem wettbewerbsrechtlichen Zusammenhang) entschieden, dass dieser Begriff auf eine Krankenanstalt hindeutet.

Beim Betrieb einer Ordination im Gebäude einer Krankenanstalt sollte daher darauf geachtet werden, dass diese klar von der Krankenanstalt abgegrenzt wird. Dies kann etwa durch Markierungen am Boden und Wänden und eine ausreichend große Beschilderung am Eingangsbereich zu den Ordinationsräumlichkeiten erfolgen. Es muss dem Patienten stets bewusst sein, ob er sich in der Krankenanstalt befindet oder in der Ordination des selbständig behandelnden Arztes.

### C. Organisationsdichte und -struktur

Die Ordination kann nicht in beliebiger Größe betrieben werden. Einrichtungen, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und eine Organisationsdichte und -struktur aufweisen, die eine Anstaltsordnung erfordern, sind nicht als Ordinationsstätten anzusehen.<sup>25</sup> Sie unterliegen den krankenanstaltenrechtlichen Vorschriften. Für die angebotenen Leistungen wäre dann also ebenso eine Bewilligung der Landesregierung samt Bedarfsprüfungsverfahren erforderlich.

Wann eine ordinationsschädliche Organisationsdichte und -struktur vorliegt, ist freilich nicht einfach zu beantworten. Wesentlich ist, dass § 2 Abs 3 KAKuG für das Vorliegen einer Krankenanstalt die drei genannten Tatbestandsmerkmale kumulativ verlangt, also die Möglichkeit zur gleichzeitigen Behandlung, die Anstellung Angehöriger anderer Gesundheitsberufe sowie die Notwendigkeit einer Anstaltsordnung kumulativ vorliegen

müssen. Werden nicht alle drei Tatbestandsmerkmale erfüllt, so liegt keine Krankenanstalt vor. Judikatur zur Frage der Organisationsdichte und -struktur ist allerdings nur spärlich vorhanden.

Beim Betrieb einer Dialysestation mit eigener Organisationsstruktur zur gleichzeitigen Behandlung mehrerer Patienten und der Beschäftigung von nichtärztlichem Personal hat der VwGH festgestellt, dass diese Einrichtung nicht mehr unter das ÄrzteG fällt.<sup>26</sup> In anderem Zusammenhang hat der VwGH entschieden, dass mindestens zwei Ärzte der Organisation zur Verfügung stehen müssen, um von einer Krankenanstalt sprechen zu können, ein Arzt allein wäre damit im Umkehrschluss ein Indiz für die Qualifizierung als Ordination.<sup>27</sup>

Im Zusammenhang mit dem Betrieb eines Instituts für medizinische und chemische Labordiagnostik hat der VwGH weiters festgehalten, dass die krankenanstaltenrechtliche Bewilligung zwar ein qualifiziertes Indiz sei, aber für die formale Anerkennung als Krankenanstalt dann nicht reichte, wenn die tatsächlich erbrachten Leistungen nicht dem wirtschaftlichen Bild einer Krankenanstalt entsprechen.<sup>28</sup> Zu den Voraussetzungen einer Anstalt gehört unter anderem die Bestellung eines Stellvertreters des ärztlichen Leiters in der Person eines geeigneten Arztes, woraus sich die Notwendigkeit ergibt, dass mindestens zwei Ärzte der Krankenanstalt zur Verfügung stehen.<sup>29</sup>

Beim Betrieb einer Ordination im Gebäude einer Krankenanstalt sollte daher darauf geachtet werden, dass diese tatsächlich nur von einem einzelnen Arzt genutzt wird und dass tatsächlich nicht mehrere Personen gleichzeitig behandelt werden können. Die gleichzeitige Vorbereitung mehrerer Patienten auf eine Behandlung oder auch die gleichzeitige Nachbehandlung sollte hingegen unproblematisch sein.

### D. Medizinische Eigenverantwortlichkeit und Abschluss des Behandlungsvertrags

In mehreren Entscheidungen hat der VwGH betont, dass als Abgrenzungskriterium zwischen Ordination und Krankenanstalt auf die bestehende Judikatur des VfGH<sup>30</sup> zurückgegriffen werden könne. Danach ist „als unterscheidendes Merkmal zwischen Ambulatorien und den Arztpraxen bei ersteren eine organisatorische Einrichtung [Ann: siehe dazu oben], bei Ordinationen die

21) Etwa *Staerker* in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht<sup>2</sup> (2015) 418 ff.

22) § 56 Abs 1 Z 3 ÄrzteG.

23) § 43b NÖ KAG; § 48a K-KAO; § 16 Abs 1 SKAG.

24) OGH 11. 8. 2015, 4 Ob 134/15g.

25) § 2 Abs 3 KAKuG.

26) VwGH E 30. 7. 2002, 98/14/0203.

27) Ebd.

28) VwGH E 24. 9. 2008, 2006/15/0283.

29) Ebd.

30) VfGH E 7. 3. 1992, G 198/90, VfSlg 13023/1992.



medizinische Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes gegenüber dem Patienten maßgeblich“.<sup>31</sup> Ebenso ist es nach der zitierten Rechtsprechung ein Zeichen für das Vorliegen einer Krankenanstalt, wenn der Behandlungsvertrag mit dem Krankenanstaltenträger abgeschlossen wird und nicht mit dem behandelnden Arzt.

Beim Betrieb einer Ordination im Gebäude der Krankenanstalt sollte also darauf geachtet werden, dass der Behandlungsvertrag nicht mit dem Krankenhaus abgeschlossen wird. Es empfehlen sich dafür separate Aufklärungsbögen und Vertragsformblätter, auf denen deutlich der Name der Ordination abgedruckt ist und kein Hinweis auf die Krankenanstalt erfolgt.

### E. Mitbenutzung der Geräte der Krankenanstalt

Es spricht nichts gegen die Mitbenutzung der Infrastruktur der Krankenanstalt durch einen Arzt mit eigenen Ordinationsräumlichkeiten im Gebäude der Krankenanstalt. Einerseits anerkennen dies die oben zitierten Landes-KAG, indem sie ein kostendeckendes Entgelt oder einen wirtschaftlichen Vorteil verlangen.<sup>32</sup> Andererseits ist dies auch bei anderen Formen der Zusammenarbeit mit Ärzten, etwa im Belegarztsystem, übliche Praxis.

Im Allgemeinen versteht man unter Belegärzten niedergelassene Ärzte, die in einer Krankenanstalt einige Betten mit Patienten belegen und erforderliche Untersuchungen und Behandlungen freiberuflich und eigenverantwortlich durchführen, wobei ihnen die Einrichtungen der Krankenanstalt zur Verfügung stehen. Bei Belegärzten ist nach der Verkehrsauffassung davon auszugehen, dass sie im eigenen Namen auftreten und der Behandlungsvertrag somit grundsätzlich mit dem behandelnden Belegarzt zustande kommt.<sup>33</sup> Diese Konstellation ist vergleichbar mit jener des Arztes, der sich im Rahmen einer Kooperation der Infrastruktur der Krankenanstalt bedient.

Beim Betrieb einer Ordination im Gebäude der Krankenanstalt sollte allerdings darauf geachtet werden, dass die Infrastruktur der Krankenanstalt nicht in einer Weise eingesetzt wird, die zur Qualifizierung der Ordination als Krankenanstalt führen würde, wenn der Arzt diese Infrastruktur selbst betreiben würde. Anders ausgedrückt: Nutzt der Ordinationsarzt die Infrastruktur des Krankenhauses auf eine Weise, die ihm die gleichzeitige Behandlung mehrerer Personen möglich macht, würde dies gegen die Qualifizierung als Ordination sprechen.

### F. Leistungsspektrum der Ordination

Der Arzt hat Patienten stets *lege artis* zu behandeln. In Österreich besteht mit bestimmten Ausnahmen jedoch keine gesetzliche Zuordnung von Behandlungen an einen bestimmten Leistungserbringer, also entweder Krankenanstalt oder Ordinationsbetreiber.<sup>34</sup> Die Frage, welche Leistungen im Rahmen der Ordination *lege artis* erbracht werden können, muss daher über den Umweg der oben dargestellten Anhaltspunkte ermittelt werden (Organisationsdichte, medizinische Eigenverantwort-

lichkeit des Arztes, Notwendigkeit von Unterstützung durch anderes medizinisches Personal und notwendige Geräte).

Dabei ist es wesentlich, nicht auf die tatsächlichen Verhältnisse abzustellen. Nur weil ein Arzt im Rahmen der Ordination Einrichtungen der Krankenanstalt mitverwendet, bedeutet dies noch nicht, dass die Leistungen auch nur im Rahmen einer Krankenanstalt erbracht werden könnten. Möglicherweise wird durch die Nutzung der Geräte lediglich die Eigenanschaffung erspart. Können die angebotenen Leistungen typischerweise auch im Rahmen einer Ordination erbracht werden, dann spricht nichts gegen die Leistungserbringung in Kooperation mit einer Krankenanstalt.

Am einen Ende des Spektrums stehen somit einfache Untersuchungen, wie sie von praktischen Ärzten oder Fachärzten in Ordinationen üblicherweise durchgeführt werden. Diese sind jedenfalls im Rahmen einer Ordination in Kooperation mit einer Krankenanstalt zulässig. Hat der Arzt im Rahmen der Kooperation jedoch Zugriff auf Großgeräte und besondere medizinische Ausrüstung, so können auch Behandlungen unter Zuhilfenahme dieser Geräte zulässig sein. Am ehesten empfiehlt sich hier ein empirischer Vergleich mit anderen Leistungserbringern. Werden die angebotenen Leistungen anderswo im Rahmen von eigenständigen Ordinationen erbracht, spricht dies für die Zulässigkeit der Kooperation mit einer Ordination. Verlangen die Behandlungen selbst eine Organisationsdichte und -struktur, wie sie nur von einem Krankenhaus bereitgestellt werden kann, spricht dies gegen die Zulässigkeit der Kooperation. Das andere Ende des Spektrums bilden daher intensive Eingriffe wie Operationen, die nur von mehreren Ärzten gemeinsam durchgeführt werden können und etwa auch Anästhesisten und Hilfspersonal erfordern. Solche Eingriffe verlangen eine besondere Organisationsform und -dichte und wären im Rahmen einer Ordination unzulässig.

## IV. Zusammenfassung

Der Betrieb einer Ordination im Rahmen einer Krankenanstalt ist grundsätzlich zulässig. Ohne vorherige Ausgliederung von Räumlichkeiten aus der Krankenanstalt sehen das NÖ KAG, die K-KAO und das SKAG eigene Verfahren hierzu vor. Soll die Ordination lediglich in demselben Gebäude wie die Krankenanstalt untergebracht sein, wäre allenfalls zuvor eine Ausgliederung der Räume bei der jeweiligen Landesregierung anzuzeigen. Bei der Einrichtung und dem Betrieb der Ordination ist zusammenfassend insbesondere darauf zu achten, dass

31) Vgl etwa VwGH E 24. 9. 2008, 2006/15/0283.

32) § 43b NÖ KAG; § 48a K-KAO; § 16 Abs 1 SKAG.

33) Riesz, Ärztliche Verschwiegenheitspflicht (2013) 359, 364; Schneider, Ordination/Ambulatorien 70 mwN.

34) Vgl zu den Ausnahmen Stöger in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), KAKUG § 1 Rz 2 mwN.

- die Ordination klar nach außen als Ordination bezeichnet ist, insbesondere
  - die Ordination klar (etwa durch Markierungen) von den Räumen der Krankenanstalt abgegrenzt ist,
  - in der Ordination nur ein einzelner behandelnder Arzt tätig ist,
  - in der Ordination nicht mehrere Personen gleichzeitig behandelt werden können,
  - der behandelnde Arzt die medizinische Verantwortung trägt und daher insbesondere
- der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patienten abgeschlossen wird sowie
  - auf diesen Umstand ein deutlicher Hinweis auf Aufklärungsbogen und Vertragsformblättern erfolgt,
  - im Fall der Mitbenutzung von Geräten der Krankenanstalt deren Verwendung nicht zu einer gleichzeitigen Behandlung mehrerer Patienten führen kann und
  - nur solche Leistungen angeboten werden, die auch tatsächlich im Rahmen einer Ordination durchgeführt werden können.