

Dr. Thomas Holzgruber

Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Wien

Vertragsgruppenpraxen in Wien – ein Erfolgsmodell mit Ausbaupotential

1. Historische Entwicklung	60
2. Status quo	61
3. Zukunft der Gruppenpraxen	64
4. Zusammenfassung	68

Seit 2001 gibt es die rechtliche Möglichkeit Ärzte eine OG (Offene Gesellschaft) zu gründen; seit 2004 gibt es einen Gesamtvertrag für Ärzte OG's mit der Wiener GKK. Seit 2010 gibt es zusätzlich die Möglichkeit eine Ärzte GmbH zu gründen; seit Anfang 2011 gibt es auch den entsprechenden Gesamtvertrag mit der WGKK. Es konnten also in Wien immer relativ rasch, nach der Etablierung der rechtlichen Möglichkeiten, eine entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen werden, um das Modell der Gruppenpraxis versorgungswirksam umsetzen zu können. Dabei konnten Erfolgs- und Motivationsfaktoren für die Ärzte initiiert und festgestellt werden, aber auch limitierende Regelungen identifiziert werden. Der folgende Beitrag soll diese darstellen und Lösungsansätze für die Zukunft samt realistischen Umsetzungsmöglichkeiten zeigen.

1. Historische Entwicklung

Wien ist auf Grund der geographischen Situation als Großstadt und auf Grund des sehr guten öffentlichen Verkehrsnetzes sicherlich prädestiniert, dass freiberuflich tätige Ärzte intensiv an einem Ort unter einer Gesellschaftsform zusammenarbeiten. Deshalb hat es in Wien schon vor 2004 Pilotprojekte zwischen Kammer und Kasse gegeben, die gemäß dem Gruppenpraxisgesamtvertrag 2004 in diesen überführt wurden.

Beim Gruppenpraxengesamtvertrag 2004 wurde bewusst darauf Wert gelegt, Gruppenpraxen als dauerhafte Einrichtung zur Verbesserung der Versorgung (z.B. längere Öffnungszeiten) und nicht als temporäre Gesellschaften z.B. für Nachfolgeregelungen zu etablieren. Nach Abschluss des Gesamtvertrages 2004 hat es daher auch eine Zeitlang angedauert, bis die Ärzteschaft dieses neue Modell angenommen hat; letztendlich gab es aber durchaus eine beträchtliche Anzahl von Gruppenpraxengründungen. Der Gruppenpraxengesamtvertrag 2011 weicht nicht wesentlich von dem 2004 ab und integriert noch zusätzlich die Ärzte GmbH als Rechtsform. Dabei waren folgende Faktoren maßgeblich:

- 1. Tarifföhe:** Während die Sozialversicherung in den Verhandlungen Abschlüsse bei Gruppenpraxen wegen der wirtschaftlichen Synergieeffekte forderte, verlangte die Ärztekammer Zuschläge für Gruppenpraxen wegen der zusätzlichen Auflagen (Barrierefreiheit, längere Öffnungszeiten, etc.). Kompromiss war, dass die Tarife für Einzel- und Gruppenpraxen gleich hoch sind. Dieser Kompromiss wurde von den Ärzten angenommen, da sie durch die Gründung der Gruppenpraxis zumindest keine tariflichen Verluste in Kauf nehmen müssen.
- 2. Peer-Group-Schulungen:** Die Ärztekammer macht regelmäßig Schulungen für Ärzte, die daran denken, ihre Ordination in Form einer Gruppenpraxis zu führen. Dabei stehen nicht rechtliche oder steuerliche Aspekte im Vordergrund, sondern vielmehr soziale Skills für Gruppenpraxisinteressierte. Ärzte, die bereits Gruppenpraxen gegründet haben, erklären anderen Ärzten, die eine Gruppenpraxis gründen wollen, was sie bei der medizinischen Arbeit in Gruppenpraxen zu berücksichtigen haben. Dieses Modell wird gut angenommen, da für rechtliche und steuerliche Fragestellungen sowieso Experten von den Ärzten kontaktiert werden.
- 3. Identität der Gesamtverträge:** Die Regelungen des Gesamtvertrages für Einzelpraxen und des Gesamtvertrages für Gruppenpraxen sind fast ident. Die Gesamtvertragsinhalte unterscheiden sich „nur“ in Zusammenhang mit der Barrierefreiheit von Gruppenpraxen, der ganzjährigen Öffnung von Grup-

penpraxen und längeren Wochenöffnungszeiten. Daher setzen die Gesamtverträge auf Bewährtes und weichen nur bei den Themen ab, die als Ziele gesundheitspolitisch mit den Gruppenpraxen erreicht werden sollen. Auch bei neuen Gesamtverträgen hat sich gezeigt, dass nur wenige leicht erklärbare Änderungen besser wirken, als großflächige neue Ideen, da die Ärzteschaft eher für Investitionen bereit ist, wenn auf Bekanntem aufgesetzt wird.

4. **Versorgungsverbesserung:** Ein gemeinsames klares Bekenntnis der Ärztekammer und der Sozialversicherung, die Gruppenpraxis als Modell für eine quantitativ verbesserte Versorgung der Bevölkerung einsetzen zu wollen und nicht – wie dies in anderen Bundesländern teilweise der Fall war – die Idee der Gruppenpraxis für Ordinationsübergabemodelle standespolitisch zu benutzen.
5. **Stellenplanpolitik:** Eine über Jahre konsequente Stellenplanpolitik, in deren Rahmen einerseits in einigen Fächern die Nachbesetzung von Einzelpraxen gesamtvertraglich ausgeschlossen wurde (z.B. Radiologie und Labor) und in anderen Fächern sowie in der Allgemeinmedizin kleinere Praxen, wenn der jeweilige Einzelvertragsinhaber seine vertragsärztliche Tätigkeit beendet, diese Stellen für die Verwendung von Gruppenpraxen herangezogen wurden.

2. Status quo

Der Status quo zum Stand 31.12.2012 der vertragsärztlichen Versorgung mit Gruppenpraxen in Wien sieht auf Basis der geschilderten Maßnahmen folgendermaßen aus:

Insgesamt gibt es in Wien 68 Vertragsgruppenpraxen; davon insgesamt 61 in der Rechtsform der OG und 7 in der Gesellschaftsform der GmbH. Dass nur ca. 10% der Gruppenpraxen die Rechtsform GmbH gewählt haben, liegt vor allem daran, dass die OG einen zeitlichen Vorsprung von sechs Jahren hat und die in dieser Zeit gegründeten Gruppenpraxen in der Gesellschaftsform der OG verharren. Dies deshalb – was als zweiter Grund zu nennen ist –, da die GmbH gegenüber der OG kaum Vorteile bringt, da steuerrechtlich nur bei ganz großen GmbHs jene günstiger sind und haftungsrechtlich durch die verpflichtende Haftpflichtversicherung sich dieses Thema ziemlich relativiert hat.

Auf Grund der Tatsache, dass Honorarsysteme für multicolore, fächerübergreifende Gruppenpraxen gänzlich fehlen (die Gründe hierfür werden im nächsten Kapitel erläutert), sind alle Vertragsgruppenpraxen fächergleich.

Schaut man sich die Verteilung auf die Fachgebiete an, so ergibt sich folgendes Bild:

- 7 Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin
- 4 Vertragsgruppenpraxen für Augenheilkunde und Optometrie
- 2 Vertragsgruppenpraxen für Chirurgie
- 4 Vertragsgruppenpraxen für Gynäkologie und Geburtshilfe
- 1 Vertragsgruppenpraxis für HNO
- 12 Vertragsgruppenpraxen für Innere Medizin
- 2 Vertragsgruppenpraxen für Kinder- und Jugendheilkunde
- 7 Vertragsgruppenpraxen für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- 24 Vertragsgruppenpraxen für Radiologie
- 3 Vertragsgruppenpraxen für Pathologie
- 2 Vertragsgruppenpraxen für med. chem. Labordiagnostik

Auch hier ist die Verteilung erklärbar. Insgesamt sind die Vertragsgruppenpraxen im Bereich der Zuweisungsfächer gemessen an der Zahl der Vertragsärzte mit Einzelpraxen bei weitem überwiegend. In den Fächern Radiologie und med. chem. Labordiagnostik gibt es Einzelpraxen mit Kassenverträgen nur mehr vereinzelt, da diese auch nicht mehr nachbesetzt werden. In den klinischen fachärztlichen Fächern nimmt die Innere Medizin gemeinsam mit der Orthopädie die Spitzenstellung ein, während z.B. in den Fächern Haut- und Geschlechtskrankheiten derzeit noch keine aktive Vertragsgruppenpraxis besteht. Nur in der Inneren Medizin lässt sich diesbezüglich ein Trend ablesen; dieses Fach ist auf Grund der Breite und der vielen Subspezialisierungen in der Einzelpraxis immer schlechter ausübbar und auch die technischen Investitionen lassen sich weit besser nützen, wenn dies mehrere Ärzte machen. In diesem Fach wird die Führung von Einzelpraxen wahrscheinlich eher zurückgehen. Bei den anderen Fächern ist ein Trend zu mehr Gruppenpraxen sichtbar, hier zeichnet sich aber in der Ausschreibungspraxis der Ärztekammer mit der Sozialversicherung ab, dass es ein breites nebeneinander von Einzel- und Gruppenpraxen geben wird.

Eine absolute Sonderstellung nimmt die Allgemeinmedizin ein. Hier sind erst 14 von 800 Allgemeinmediziner in Gruppenpraxen tätig. Die Gründe hierfür liegen in der Wahrnehmung der Ärzte darin, dass das System der Gruppenpraxis in der Allgemeinmedizin noch nicht gänzlich ausgereift erscheint (siehe folgendes Kapitel) und daher nur vereinzelt Pioniere den Sprung in die Gruppenpraxis wagen.

Die Gesellschafterzahl bewegt sich von 2 bis 13, wobei in klinischen Fächern derzeit zwischen Kammer und Kasse eine Höchstzahl von vier Gesellschaftern am Beispiel der Inneren Medizin vereinbart ist; in den Zuweisungsfächern wird diese Zahl inzwischen überschritten, was auf Grund der Arbeitsteiligkeit und neuer Screeningsysteme mit Qualitätsvorgaben (z.B. Mammascreeing) auch in der Zukunft notwendig sein wird. Ob die Zahl vier im klinischen Bereich dauerhaft Sinn macht, kann derzeit nicht abgeschätzt werden, ist aber im urbanen Bereich eher zu bezweifeln.

Während also ca. 10% der Vertragsärzte in Vertragsgruppenpraxen arbeiten, ist die Zahl der Wahlarztgruppenpraxen mit insgesamt 4 seit Jahren unverändert. Auf Grund des komplexen Gründungsverfahrens von Wahlarztgruppenpraxen ist auch seit der Etablierung der Ärzte-GmbH keine Wahlarztgruppenpraxis beantragt worden; diejenigen, die bestehen, wurden auf Grund der Übergangsbestimmungen der Neuregelung 2010 zugelassen.

Erwähnenswert ist, dass weitere 23 Vertragsgruppenpraxen oder Erweiterungen bestehender Vertragsgruppenpraxen gerade in Gründung bzw. Umsetzung sind (z.B. 5 in der Allgemeinmedizin, 5 in der Kinderheilkunde, 4 in der Orthopädie).

Während dies den Trend zu Gruppenpraxis verfestigt, ist weit bedenklicher die Zahl der offenen, unerledigten Ansuchen um Vertragsgruppenpraxen bzw. Erweiterung bestehender Vertragsgruppenpraxen. Diese Ansuchen werden zwar versorgungspolitisch von GKK und Ärztekammer befürwortet, können aber derzeit nicht umgesetzt werden (siehe folgendes Kapitel). Deren Zahl ist mit 58 (!!) quer über alle Fachgebiete zumindest fast so hoch wie die Zahl der gegründeten Gruppenpraxen. Rechnet man diese Zahlen zusammen, so hätte man ca. 150 Vertragsgruppenpraxen in Wien, wenn es nicht an der Umsetzung mangeln würde.

Diese Zahlen zeigen, dass es geradezu absurd ist, den Ärzten vorzuwerfen, sie würden sich gegen Gruppenpraxen stellen oder diese blockieren. Viele Ärzte wollen eine Gruppenpraxis gründen, werden aber vom Gesundheitssystem gehindert. Tatsache ist, dass es zahlreiche externe limitierende Systemfaktoren gibt, die es im Folgenden zu analysieren gilt.

3. Zukunft der Gruppenpraxen

Wenn man – so wie bei „politischen Sonntagsreden“ immer wieder postuliert – den niedergelassenen Bereich und die Gruppenpraxen stärken möchte, so sollte man folgende aktuell limitierende Faktoren beseitigen:

1. Mehr Stellen im Stellenplan bzw. ambulanten RSG für Gruppenpraxen:

Die vorhin angeführten 58 offenen Ansuchen können deshalb nicht umgesetzt werden, da nach den politischen Vorgaben für die GKK auf Grund deren finanzieller Situation durch die Gruppenpraxen die Anzahl der ärztlichen Köpfe (= Stellen), die im Stellenplansystem arbeiten, nicht vermehrt werden darf. Das bedeutet, dass eine Gruppenpraxis immer nur dann gegründet werden darf, wenn eine Einzelpraxis nicht nachbesetzt wird. Damit kann aber keine Verbesserung der Versorgung und längere Öffnungszeiten erreicht werden, sondern bloß eine Verschiebung von Einzel- zu Gruppenpraxen. Das wird in der Stellenplanpraxis von Kammer und Kasse auch gemacht, kann aber niemals die gesundheitspolitischen Aufgabenstellungen der Spitalsentlastung durch Gruppenpraxen befriedigen. Wenn dieses Dogma nicht bald aufgegeben wird, wird die Gruppenpraxis niemals die Versorgungsaufgaben befriedigen, die mit ihr verknüpft werden. Dass man dafür ua. die Kassen finanziell sanieren oder Gelder vom Spital in den niedergelassenen Bereich umleiten muss, sind andere Themen, die Aufgaben der Gesundheitspolitik wären.

2. Flexiblere Honorarsysteme bei fächerübergreifenden Gruppenpraxen:

Im ASVG (§ 342a Abs 2) ist festgeschrieben, dass fächerübergreifende Gruppenpraxen „nach Pauschalmodellen“ zu entlohnen sind. Diese gesetzliche Vorgabe des Honorarsystems ist kontraproduktiv. Gerade Honorarsysteme sind im Verhältnis Kasse zu Ärzteschaft sehr fragile Gebilde, die sich nur in ganz langen Zeiträumen verändern lassen, da die Kassen um ihre finanzielle Situation bangen und die Ärzte um ihr ökonomisches Auskommen. Es hat sich in den letzten Jahrzehnten bewährt, dass der Gesetzgeber sich bei diesem sensiblen Punkt zurückgehalten hat und die Lösung dieser Frage den Selbstverwaltungen von Kammer und Kasse überlassen hat. Tatsache ist, dass es in den letzten Jahren, trotz diesbezüglicher Urgenzen und Bemühungen der Ärztekammer, nicht einmal ein einziges Gespräch zwischen Hauptverband und Ärztekammer zu diesem Thema gegeben hat. Besser wäre es, in dieser Frage mehr Gestaltungsspielraum zu lassen und darauf zu vertrauen, dass die Selbstverwaltungen sich auf etwas einigen, was für beide Seiten akzeptabel ist, auch wenn es kein Pauschalmodell ist.

- 3. Individuelle flexible Öffnungszeiten:** Die Öffnungszeiten sind für alle Fächer und Fachgebiete gesamtvertraglich geregelt und werden über einen Leisten geschlagen. Das ist in der Praxis nicht sinnvoll, da einige Fachgebiete wie z.B. Allgemeinmedizin in Sommermonaten weniger frequentiert werden als im Winter. Trotzdem müssen bestimmte Öffnungszeiten eingehalten werden, was zu unnötigen Kosten führt. Hier sollte der Gesamtvertrag bedarfsgerechte Öffnungszeiten vorsehen.
- 4. Vertretungsregelungen:** Das Thema Vertretungen ist ein generelles, das aber auch bei den Gruppenpraxen eine besondere Rolle spielt. Schließlich ist Medizin und die Aufrechterhaltung einer Versorgung bei der notwendigen Qualität zunehmend nur mehr in verstärkt arbeitsteiligen Prozessen möglich. Die Vertretungsregelungen in Gesamtverträgen und im Besonderen bei Gruppenpraxen – hier auch auf Grund des ÄrzteG – sind aber noch immer restriktiv, hier müsste sowohl auf gesetzlicher als auch gesamtvertraglicher Ebene mehr Flexibilität ermöglicht werden. Das ist notwendig, da verlangt wird, die Praxen immer eine bestimmte Zeitlang zu öffnen. Die Tätigkeit als Einzelunternehmer, mehr aber noch in einer Gruppenpraxis verlangt aber neben der reinen Patientenbetreuung immer mehr Zeit für patientenferne Administration und Organisation. Auch wenn immer wieder beteuert wird, dass das nicht das gesundheitspolitische Ziel ist, spricht die Realität eine andere Sprache, der sich die Ärzte nolens volens unterwerfen müssen. Damit aber bei mehr patientenferner Administration die Patientenversorgung nicht leidet, muss vermehrt auf Vertretungssysteme zurückgegriffen werden. Während das im Spitalsmanagement bei der ärztlichen Bedarfsplanung längst mitberücksichtigt wird, wird das im niedergelassenen Bereich, der hier noch mehr administrative Anforderungen an den einzelnen Arzt stellt, immer wieder ignoriert.
- 5. Nutzen des §-3-Einzelvertrags:** Die Bestimmung des §-3-Einzelvertrags ist den meisten nicht bekannt, obwohl seit 1956 Teil des österreichweit noch immer in Verwendung stehenden Musters für Einzelverträge. Die Bestimmung, die auch für Gruppenpraxen übernommen wurde, regelt, dass im Einvernehmen zwischen Vertragsgruppenpraxis, Sozialversicherung und Ärztekammer für die jeweilige Gruppenpraxis Sonderregelungen vereinbart werden können (z.B. in Hinblick auf den Leistungsumfang, Verrechnung etc.). Damit wäre es z.B. möglich, flexibel Spezialleistungen in Gruppenpraxen anzubieten, um tatsächlich die Spitalsambulanzen zu entlasten oder auch andere Verrechnungsmodelle auszuprobieren.

3.1. Umsetzungsmodell – Ärztehäuser mit (fachgleichen) Gruppenpraxen

In Anbetracht des sehr rigiden politischen Systems und der langwierigen Umsetzung gesundheitspolitischer Innovationen (so mussten die Ärzte mehr als 30 Jahre mit Hilfe der VfGH-Judikatur auf die Umsetzung der Gruppenpraxen drängen, da sie vom Hauptverband blockiert wurden), sind gesetzliche Änderungen der Situation in den nächsten Jahren nicht zu erwarten.

Daher wird es an den regionalen Sozialversicherungen, den Ländern und der Ärztekammer in den Ländern, liegen Modelle auf Basis der bestehenden Rechtssituation auszuarbeiten und umzusetzen. Das ist auch durchaus kein hoffnungsloses Unterfangen, wenn man nicht den fächerübergreifenden Vertragsgruppenpraxen die höchste Priorität einräumt, da diese am Honorarsystem scheitern werden. Es ist bei den unzähligen Fächerkombinationen auch eher undenkbar, für alle diese Kombinationen samt fächerübergreifender Spezialleistungen a priori pauschale Honorarmodelle zur Hand zu haben.

Stattdessen sollte man der fachgleichen Vertragsgruppenpraxis, die bereits etabliert ist, den Vorzug geben und versuchen, mehrere fachgleiche Gruppenpraxen räumlich unter einem Dach zusammenzufassen. Wenn man will, dass man Spitalsambulanzen ersetzt, wo für den Patienten immer garantiert ist, dass ein Facharzt des entsprechenden Faches anwesend ist, dann ist auch eine fächerübergreifende Gruppenpraxis mit einem Allgemeinmediziner, einem Augenarzt, einem Gynäkologen keine Versorgungsverbesserung, weil es für einen einzelnen Freiberufler unzumutbar ist, z.B. Mo bis Fr von 7 bis 21 Uhr anwesend zu sein.

Das kann nur gewährleistet werden, wenn es mehrere fachgleiche Ärzte eines Faches gibt, die eine umfassende Präsenz sicherstellen (z.B. Gruppenpraxen mit 3 bis 4 Allgemeinmedizinern, Augenärzten und Gynäkologen). Wenn diese dann auch noch räumlich in einer Einrichtung arbeiten, dann ist der Effekt für den Patienten dem einer Spitalsambulanz sehr ähnlich. Wenn diese auch nicht noch wirtschaftlich miteinander verwoben sind, wie das bei einer fachübergreifenden Gruppenpraxis der Fall ist, dann könnten auch auf Seiten der Sozialversicherung weniger Sorgen bestehen, dass die Patienten immer alle Leistungserbringer durch Reihenüberweisungen konsultieren. Zusätzlich könnte man für Spezialleistungen dann im Wege des §-3-Einzelvertrags Sonderhonorierungen im Rahmen von §-3-Einzelvertrag vereinbaren oder das Überweisungsverhalten einem gesonderten Monitoring bzw. Limitierungen unterwerfen.

Der Vorteil an solchen Ärztehäusern mit mehreren fachgleichen Gruppenpraxen wäre aus der Praxis heraus auch, dass

- a) es in Wien durchaus Projekte mit Baurägern gibt, die derartige Häuser bauen oder betreiben würden,
- b) auf Grund des Gesamtvertrages und des ASVG nicht wirklich viel Neues notwendig wäre, um rechtlich diese Struktur zu schaffen und
- c) es den Ärzten, die letztendlich in diese Strukturen investieren müssen, auch eine gewisse Sicherheit gibt, dass sie sich in bestehenden Systemen bewegen und nicht ihre Investitionen für gesundheitspolitische Versuchszwecke herangezogen werden.

In der Art-15a-Vereinbarung, die Ende 2012 als großer politischer Erfolg verabschiedet wurde, werden neue ambulante Versorgungsformen als die große Novation verkündet, ohne dass in der Art-15a-Vereinbarung zur Zielsteuerung im Gesundheitswesen auch nur eine Zeile steht, wie diese Einrichtungen strukturiert sein sollen. Eventuell wäre es im vorgenannten Sinne besser, langsam die bestehenden Strukturen zu nützen und sozialpartnerschaftlich weiterzuentwickeln, bevor im gesundheitspolitisch-adminstrativen Labor wieder neue Versuchsanordnungen zusammengestellt werden.

4. Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich zusammenfassend feststellen, dass man in Wien gesamtvertraglich einen guten sozialpartnerschaftlichen Kompromiss gefunden hat, um Gruppenpraxen zu etablieren. Das zeigt sich sehr gut an den diesbezüglichen Zahlen der bestehenden, in Gründung befindlichen und beantragten Gruppenpraxen. Trotzdem ist dieser Prozess extrem langsam und auf Grund der Vorgabe, dass die kassenärztlichen Planstellen durch Gruppenpraxen nicht erhöht werden dürfen, trotz hohem Interesse der Ärzte, im Ausbau extrem limitiert.

Möchte man die Gruppenpraxis als Form der Spitalsentlastung verstärkt einsetzen, so sind Bund, Länder und vor allem die Sozialversicherung aufgerufen, diesen Prozess zu beschleunigen und Verbesserungen der Situation herbeizuführen. Verbesserungspotentiale sind obenangeführt und würden teilweise schlagartig (z.B. mehr Planstellen für Gruppenpraxen) zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen und könnten Spitalsambulanzen entlasten.

Leicht umsetzbar als Modell neuer ambulanter Versorgungsformen ohne jegliche Änderung gesetzlicher Bestimmung wären Ärztehäuser mit mehreren fachgleichen Gruppenpraxen, die letztendlich mit längeren Öffnungszeiten spitalsambulanzentlastend aktiv werden könnten.