

*Mag. Katharina Riedler*

*Gesundheitsökonomie, Linzer Institut  
für Gesundheitssystem-Forschung*

# Gruppenpraxis mit besonderem Blick auf OÖ

1. Historie	70
2. Hürden und Herausforderungen	71
3. Die 4 Modelle der Gruppenpraxis in OÖ	74
4. Bisherige Umsetzung	75
5. Befragung zu Gruppenpraxen in Oberösterreich	78
6. Zusammenfassung	90

# 1. Historie<sup>1</sup>

Im Ärztegesetz sind zwei verschiedene Formen der Zusammenarbeit für ÄrztInnen vorgesehen. Einerseits die „Ordinations- und Apparategemeinschaft“, die sich durch eine Vergesellschaftung von Betriebsmitteln (Ordinationsräumlichkeiten und / oder medizinische Geräte) auszeichnet, und andererseits die „Gruppenpraxis“, bei der es sich um einen Betrieb handelt, in den ärztliche Leistungen eingebracht werden.

Die Ordinations- und Apparategemeinschaft ist bereits seit 1949 per Gesetz vorgesehen und war vorerst eine reine Innengesellschaft, daher handelt nach Außen jeder Gesellschafter im eigenen Namen. Erst eine Erkenntnis des VfGH im Jahre 1996 führte zur Beseitigung der Beschränkung auf reine Innengesellschaften. Dies war der Anstoß zur Schaffung des Gruppenpraxismodells.

Jedoch kam es erst 2001 zur Einführung der Gruppenpraxis, da es große Meinungsunterschiede, besonders im Hinblick auf die rechtliche Abgrenzung zu selbstständigen Ambulatorien, gab. Als Rechtsform für die Gruppenpraxis konnte vorerst nur die Offene Erwerbsgesellschaft (OEG) gewählt werden. Erst 2010 wurde es durch das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung (BGBl I 2010/61) ermöglicht, eine Gruppenpraxis auch in der Rechtsform einer GmbH zu gründen.

Das „Hartlauer-Urteil“ des EuGH im Jahre 2009, in dem festgestellt wird, dass es nicht rechtskonform ist, dass einerseits Ambulatorien einer Bedarfsprüfung (nach KAKuG) unterliegen und andererseits Gruppenpraxen (nach ÄrzteG und ZÄG) keiner Bedarfsprüfung unterliegen, veranlasste den österreichischen Gesetzgeber dazu, auch (neue) Gruppenpraxen (als OG und GmbH) einer Bedarfsprüfung zu unterwerfen. Darüber hinaus wurde die rechtliche Abgrenzung zwischen Ambulatorien und Gruppenpraxen zu präzisieren versucht, eine obligatorische Haftpflichtversicherung für alle Ärzte (mit Sonderregelungen auch für die Ärzte GmbH) eingeführt und auch sonstige Sonderregelungen für die Gruppenpraxen überarbeitet.

---

1 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.774f.

## 2. Hürden und Herausforderungen

### 2.1. Bedarfsprüfung

Gruppenpraxen, die lediglich Leistungen anbieten, die nicht kassenrechtlich erstattungsfähig sind, unterliegen keiner Bedarfsprüfung. Ein Beispiel dafür sind etwa Schönheitsoperationen. Ebenfalls keiner Bedarfsprüfung durch den Landeshauptmann (lt. §52c ÄrzteG bzw. §26 ZÄG) unterliegen Gruppenpraxen mit Kassenvertrag, da hier davon ausgegangen wird, dass die Bedarfsprüfung im Zuge der Stellenplanung durch die Kassen und die Ärztekammer bereits stattgefunden hat. Einer vollen Bedarfsprüfung hingegen unterliegen wahlärztliche Gruppenpraxen, die auch Kassenleistungen anbieten. Dies hat zur Folge, dass kaum mehr Wahlarztpraxen gegründet werden können.<sup>2</sup>

So können etwa auch Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen Gruppenpraxen gründen. Für fächerübergreifende Leistungen existieren jedoch derzeit noch keine Kassenverträge, wodurch multicolore Zusammenschlüsse gezwungen sind, als Wahlarztpraxen zu gründen – und damit der Bedarfsprüfung unterliegen.<sup>3</sup>

Überdies müssen bestehende Gruppenpraxen bei wesentlichen Änderungen des Leistungsangebots neuerlich eine Bedarfsprüfung durchlaufen. Dies wäre etwa dann der Fall, wenn ein Gesellschafter hinzukommt, dessen Fachgebiet noch nicht in der Gruppenpraxis vertreten war.<sup>4</sup>

### 2.2. Gruppenpraxis-Gesamtvertrag

Die Krankenversicherungsträger und die örtlich zuständige Ärztekammer sind dazu verpflichtet, einen eigenen Gruppenpraxis-Gesamtvertrag zu verfassen, auf dessen Grundlage dann die Gruppenpraxis-Einzelverträge mit den Gruppenpraxen abgeschlossen werden. Die Inhalte des Gruppenpraxis-Gesamtvertrages sind in § 342a Abs. 1 und 2 ASVG geregelt. Diese Vorgehensweise soll sicherstellen, dass die Krankenversicherungen an den von den Gruppenpraxen erzielten Synergieeffekten mit profitieren.<sup>5</sup> Im oberösterreichischen Gesamtvertrag ist etwa festgelegt, dass Gruppenpraxen im Modell 1 und 2 (siehe Kapitel ) bei der Honorierung ein Abschlag in Höhe von 8,5% bei Allgemeinmedizinerinnen und 9,5% bei Fachärztinnen

---

2 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.800.

3 Fischer-See: 29. *Gesundheitspolitisches Forum am 27.01.2011 zum Thema „Die Ärzte-GmbH“*.

4 Wallner: *Handbuch Ärztliches Berufsrecht*. 2011. S.101.

5 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.776.

auf den (limitierten) Umsatz getätigt wird (§ 35 Abs. 4 OÖ Gruppenpraxis-Gesamtvertrag). Dieser Abschlag und zahlreiche andere Honorierungseinschränkungen (z.B. Leistungslimitierungen) mindern die Vorteile der Gruppenpraxis immens. Zwar kommen diese Rabattabschläge in Oberösterreich in einen Topf, der von der Ärztekammer verwaltet wird und wieder den Ärzten im Allgemeinen zu Gute kommt, die Rentabilität der rabattierten Gruppenpraxismodelle bleibt jedoch trotzdem reduziert.

## 2.3. Beschränkungen bei Anstellungen

Gemäß § 52a Abs 3 Z 7 ÄrzteG ist es Gruppenpraxen nicht erlaubt, ihre Gesellschafter oder andere ÄrztInnen anzustellen. Und auch das Eingehen sonstiger zivil- oder arbeitsrechtlicher Verhältnisse zu anderen Ärzten oder anderen Gesellschaften (etwa in Form eines Werkvertrages, eines freien Dienstvertrages oder Leiharbeit) zur Ausübung ärztlicher Leistungen in der Gruppenpraxis sind untersagt. Erlaubt ist dies lediglich in Vertretungsfällen wegen Urlaub, Krankheit oder Fortbildung.

Normativ beschränkt wird auch die Anstellung von Personen anderer Gesundheitsberufe (§ 52a Abs 3 Z 8 ÄrzteG). So dürfen pro Arzt nicht mehr als 5 Angestellte, insgesamt aber nicht mehr als 30 Angestellte in der Gruppenpraxis tätig sein.<sup>6</sup> Ausgenommen werden von dieser Regel Gruppenpraxen mit hohem Technisierungsgrad (z.B. Radiologie, Labor), solange immer ein Arzt für einen bestimmten Fall die Verantwortung trägt. Anderenfalls, bzw. bei Übersteigerung der Angestelltenzahlen, vermutet der Gesetzgeber das Vorliegen eines selbstständigen Ambulatoriums.

Wie bereits in Kapitel 2.1 erläutert, stellen diese restriktiven Bedingungen eine Gründungsbarriere für die Gruppenpraxis dar, da es für ihre Einhaltung ständiger rechtlicher Beratung und Überlegungen bedarf.

---

6 Vollzeitäquivalente; ausgenommen Ordinationsgehilfen

## 2.4. Abgrenzung zu Ambulatorien schwierig

Zwar wurde nach dem in Kapitel 1 erwähnten „Hartlauer-Urteil“ versucht, die Abgrenzung zwischen Ambulatorien und Gruppenpraxen zu schärfen, jedoch wurde dies nur sehr halbherzig erledigt. In § 52a Abs 3 Satz 1 ÄrzteG wird festgelegt, dass eine Gruppenpraxis keine Organisationsdichte und -struktur einer Krankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums (gemäß § 2 Abs 1 Z 5 KAKuG) aufweisen darf und konkretisiert dies noch in § 52a Abs 3 ÄrzteG. Jedoch sind diese Vorgaben nur teilweise als Abgrenzung zum Ambulatorium einschlägig.<sup>7</sup> Es bedarf also einer umfassenden Beratungstätigkeit vor der Gründung einer Gruppenpraxis, um die Grenzen zum Ambulatorium nicht zu überschreiten, was eine Barriere darstellt. Aber auch nach der Gründung muss ständig darauf Bedacht genommen werden, die Bestimmungen nicht zu übertreten.

## 2.5. Eingeschränkte Namensgebung

Gegenüber einer GmbH im Sinne des UGB und GmbHG unterliegt die Ärzte GmbH weiteren normativen Einschränkungen. Im Wesentlichen ist das die Verpflichtung, im Wortlaut des Firmennamens den Familiennamen eines Gesellschafters anzuführen. Weiters soll im Namen der Firma ein Hinweis auf die berufliche Ausrichtung (z.B. Urologie) gegeben werden und der Hinweis auf eine Gruppenpraxis wird ebenfalls nahe gelegt.<sup>8</sup> Ein rechtskonformer Name wäre also in etwa „Gruppenpraxis Mair Urologen GmbH“. Diese Beschränkung des Gesetzgebers lässt jedenfalls darauf schließen, dass eine Flexibilität beim Wechsel der Gesellschafter nicht unterstützt wird, da beim Ausscheiden des namensgebenden Gesellschafters eine Umbenennung der GmbH notwendig wird.

## 2.6. Nur ÄrztInnen als Gesellschafter – Fremdbesitzverbot

Um die ethische Berufsverpflichtung der ÄrztInnen (Hippokratischer Eid) zu wahren, darf es weiterhin bei Gruppenpraxismodellen ausschließlich ärztliche Gesellschafter geben. Moralisches Handeln, das nicht nur ökonomischen Prinzipien gehorcht, bleibt so gesichert. Investiert eine nicht-ärztliche Person in eine ärztliche Gesellschaftsform, so besteht die Gefahr, dass diese Person auf die handelnden ÄrztInnen ökonomischen Druck ausübt, der zu nicht ausschließlich medizinisch

---

7 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.788.

8 Karollus: *Vergesellschaftung von Ärzten und Zahnärzten*. 2011. S.781f.

indiziertem Verhalten führen kann. Befürchtete Folgen wären etwa Mehrkosten für das öffentliche Gesundheitswesen, im schlimmsten Fall aber auch gesundheitliche Nachteile für PatientInnen.

Ein EuGH-Urteil vom 19. Mai 2009 bestätigte das Fremdbesitzverbot bei deutschen Apotheken mit der Begründung, dass dieses zwar grundsätzlich die Grundfreiheiten des Binnenmarktes verletze, die Gewährleistung einer sicheren Arzneimittelversorgung es jedoch rechtfertige, den Betrieb von Apotheken nur durch Apotheker zuzulassen. Für Österreich bedeutet dies, dass das Verbot des Ordinationsbetriebes durch Nicht-ÄrztInnen EU-rechtskonform ist. Daher besteht bei den Ärzte-GmbHs keine Sorge, dass berufsfremde Gesellschafter Einzug halten könnten, solange der Staat Österreich das Verbot nicht selber aufhebt.<sup>9</sup>

### 3. Die 4 Modelle der Gruppenpraxis in OÖ<sup>10</sup>

In Oberösterreich wurde 2002 der erste Gesamtvertrag für Gruppenpraxen mit der OÖ Gebietskrankenkasse abgeschlossen und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen unterfertigt. Seither ist in Oberösterreich das Führen einer Gruppenpraxis mit §-2-Kassenvertrag möglich. In Oberösterreich wurden, aufgrund der bestehenden und zu erwartenden Versorgungssituation, vier verschiedene Modelle der Gruppenpraxis geschaffen.

**Modell 1:** Freiwillige Zusammenlegung von zwei vollen Kassenstellen: Dieses Modell wurde geschaffen, um für bereits tätige KassenärztInnen die Zusammenarbeit in Form einer Gruppenpraxis zu ermöglichen. Bisher gab es jedoch noch keinen Praxisfall.

**Modell 2:** Bruchstellenpraxis: Wird von der Kammer und der Kasse ein Zusatzbedarf zwischen 0,3 und 0,7 Kassenstellen festgestellt, so kann eine Bruchstellenpraxis gegründet werden. Hierfür muss sich ein im Versorgungsgebiet tätiger Kassenarzt bereit erklären, seine Einzelpraxis während des Betriebs der Gruppenpraxis ruhend zu stellen und mit einem weiteren Arzt eine Bruchstellen-Gruppen-

<sup>9</sup> Kux: *Apotheken-Fremdbesitz hat Grenzen*. 2009.

<sup>10</sup> Hummelbrunner: *Die ärztliche Gruppenpraxis Abgrenzungsfragen und Gesamtvertragsgestaltung*. 2005. S. 89ff.

praxis zu gründen. Der Vertragsarzt kann den neuen Gesellschafter unter den vier erstgereihten ÄrztInnen (nach Punktevergabeschema) auswählen.

**Modell 3:** Job-Sharing-Praxis: In diesem Modell wird die Möglichkeit geschaffen, dass sich bestehende Vertragsärzte ihre Vertragsarztstelle mit einem anderen Arzt teilen können. Der Junior-Partner muss einen Mindestanteil von 30% an der Gruppenpraxis zugeteilt bekommen. Auch hier kann der Junior-Partner unter den vier Erstgereihten (nach Punktevergabeschema) vom Senior-Partner ausgewählt werden.

**Modell 4:** Nachfolge-Praxis: Bei diesem Modell handelt es sich um ein Job-Sharing-Modell im Falle der bevorstehenden Pensionierung oder freiwilligen Vertragsstellen-Niederlegung eines Kassenarztes. So kann der Juniorpartner in einer Vertragsarztpraxis tätig werden und muss nicht in eine Wahlarztpraxis investieren. Der Seniorpartner hat dadurch die Möglichkeit, zu Ende seiner Tätigkeit, seine Arbeitszeit zu reduzieren, und kann seine Praxis gegen Entgelt übergeben. Dadurch sind kontinuierliche Investitionen in die Praxis durch den Seniorpartner, im Sinne der Qualitätssicherung, gewährleistet. Die Auswahl des Juniorpartners erfolgt hier nicht durch den Seniorpartner (unter den vier Erstgereihten), sondern der Erstgereichte bekommt den Vertrag, da hier nur eine vorübergehende Zusammenarbeit der Partner vorliegt.

## 4. Bisherige Umsetzung

Die Umsetzung der Gruppenpraxis, auch nach Einführung der GmbH als Organisationsform, blieb in Österreich bisher hinter den Erwartungen zurück. Dies liegt daran, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen wenig Vorteile für die ÄrztInnen bieten. Dr. Fischer-See<sup>11</sup> ist der Meinung, dass es noch zahlreiche Barrieren aus dem Weg zu räumen gilt. Er führt an, dass das Gründen und Betreiben zu aufwändig ist, sich die steuerlichen Vorteile in Grenzen halten, es zu viele berufsrechtliche Einschränkungen gibt (z.B. Anstellungseinschränkungen), die ASVG-Honorierungseinschränkungen hinderlich seien und es eine ungenügende Anzahl an Kaserverträgen gebe. Er bezeichnet das Gesetz als „*handwerklich – gelinde gesagt – nicht optimal gelungen*“<sup>12</sup>

---

11 Selbstständiger Consulter im Bereich Praxisgründung und -führung in Wien, Spezialist im Bereich Gruppenpraxen.

12 Fischer-See: 29. Gesundheitspolitisches Forum am 27.01.2011 zum Thema „Die Ärzte-GmbH“.

Auch das IHS ist in einer 2012 erschienenen Studie<sup>13</sup> der Meinung, dass durch die zahlreichen regulativen Vorgaben für Gruppenpraxen in Österreich wesentliche Synergien nicht genutzt werden können. Besonders wird kritisiert, dass die Gruppenpraxis in der derzeitigen Form nicht zu einer Verschmelzung des ambulanten Bereichs (Spitalsambulanz und niedergelassener Bereich) beitragen kann, da sie die Funktionen von Spitalsambulanzen nicht übernehmen kann, wie das z.B. die Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland bereits tun. In der international üblichen Form kann die Gruppenpraxis in Österreich also nicht realisiert werden.

Eine französische Studie<sup>14</sup> aus dem Jahr 2007 zeigt den Organisationsgrad von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen in Gruppenpraxen in ausgewählten europäischen Ländern auf. Dabei wurde zwischen Ländern unterschieden, in denen die Mehrheit der Ärzte in Gruppenpraxen tätig sind, und solchen, in denen diese Ärzte in der Minderheit sind. Die folgende Tabelle ist insofern interessant, da sie klar zeigt, dass der österreichische Organisationsgrad von AllgemeinmedizinerInnen in Gruppenpraxen sehr niedrig ist.

Finnland	Schweden	Vereinigtes Königreich	Niederlande	Frankreich	Belgien	Deutschland	Italien	Oberösterreich*	Wien**
> 90%	98%	92%	57%	39%	30%	25 – 30%	15 – 20%	ca.11%	< 2%

\* Organisationsgrad unter vertragsärztlichen AllgemeinmedizinerInnen AUS Ärztliches Qualitätszentrum: Arbeitszufriedenheit Ärzte OÖ – Gesamtbericht. 2011. S.22.

\*\* Organisationsgrad unter vertragsärztlichen AllgemeinmedizinerInnen; Eigene Berechnungen nach Auskünften der Ärztekammer für Wien und Zahlen der Standesführung der ÖÄK.

Anteil der niedergelassenen Allgemeinmediziner, die in Gruppenpraxen tätig sind<sup>15</sup>

Der, im Vergleich zu Wien, in Oberösterreich hohe Organisationsgrad kommt daher, dass Allgemeinmediziner in Oberösterreich gerne die Gruppenpraxismodelle 3 und 4 wählen, wobei es sich aber um vorübergehende Formen der Zusammenarbeit handelt. Nicht nur das Modell 4 (Job-Sharing-Modell für die Praxisübergabe, meist wegen Pension), sondern auch das Modell 3 (zwei Ärzte teilen sich einen Kassenvertrag) wird meist von älteren AllgemeinmedizinerInnen gewählt, um bei der täglichen Arbeit und den Diensten entlastet zu werden. Viele wechseln nach einiger Zeit ins Modell 4 und übergeben dann die Praxis an den Junior-Partner. Synergieeffekte sind bei den Modellen 3 und 4 jedoch kaum zu erwarten, weshalb die Kassen hier auch keine Honorarabschlüsse vorsehen. Das Modell 1, die frei-

13 IHS: *Health Cooperation: Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen*. April 2012. S. 78f.

14 Bourgueil, Marek, Mousques: *Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France?* 2007. S.1.

15 Die europäischen Zahlen (außer Österreich) stammen aus 2007 und sind daher wahrscheinlich seither in einigen Ländern noch angestiegen.

willige Zusammenlegung zweier Kassenstellen, also ein Modell einer „echten“ Gruppenpraxis, wurde in Oberösterreich hingegen noch nie realisiert, was darauf hindeutet, dass die bestehenden positiven Effekte einer Gruppenpraxis, die Nachteile durch die aktuelle Gesetzgebung nicht ausgleichen können. In Wien gibt es die Form der Gruppenpraxis, die zur Übergabe der Praxis vom Senior- an den Juniorpartner gedacht ist, nicht. Daher zeigen die Zahlen aus Wien lediglich die „echten“ Gruppenpraxen – also auf Dauer angelegte Zusammenarbeitsformen.

Bei oberösterreichischen Vertrags-Fachärzten liegt der Anteil derer, die in einer Gruppenpraxis ordinieren, viel niedriger (rd. 4%)<sup>16</sup> als bei den Allgemeinmedizinern. In Wien ist der Anteil der in Gruppenpraxen ordinierenden Vertrags-Fachärzten (rd. 16%) hingegen viel höher als der Organisationsgrad bei den Allgemeinmedizinern. Diese Zahlen kommen deshalb zu Stande, weil der Bedarf nach zwei oder mehr Fachärzten desselben Faches an einem Standort, im Ballungsraum Wien, häufiger gegeben ist als in Oberösterreich. Dennoch schließen sich auch in Wien hauptsächlich Fachärzte zusammen, deren Arbeit sehr apparateintensiv ist, da sich hier höhere Synergieeffekte ergeben als bei anderen Fächern. Etwa ein Drittel der Vertrags-Fachärzte, die in Wiener Gruppenpraxen tätig sind, sind Radiologen. Fachärzte der Inneren Medizin und der Orthopädie schließen sich ebenfalls etwas häufiger zusammen als andere Fachärzte. Am niedrigsten ist der Organisationsgrad bei den Wahlärzten, was auf die restriktive gesetzliche Lage (Bedarfsprüfung) zurückzuführen ist. In Wien bestehen lediglich vier Wahlarzt-Gruppenpraxen.

Die Möglichkeit, eine Gruppenpraxis als GmbH zu führen, wird noch sehr zögerlich genutzt. Ein Jahr nach Einführung der GmbH als Rechtsform gab es in Österreich lediglich eine Gruppenpraxis, die in der Form gründete. Es handelte sich dabei um eine orthopädische Gruppenpraxis in Wien.<sup>17</sup> In Oberösterreich gibt es bis jetzt noch keine einzige Ärzte GmbH, da es noch immer keinen Gesamtvertrag mit den Kassen für GmbHs gibt. In Wien werden derzeit 6 von 66 §-2-Gruppenpraxen in Form einer GmbH geführt (3 Orthopädie, 2 Radiologie und 1 Orthopädie), von den gemeldeten Wahlarzt-Gruppenpraxen in Wien haben alle die Rechtsform einer OG.<sup>18</sup> Im städtischen Bereich gibt es auch deshalb mehr GmbHs als in peripheren Gegenden, da dort die nötigen Umsätze erzielt werden können, um die Rechtsform der GmbH überhaupt lukrativ werden zu lassen. Denn nur bei hohem Umsatz und geringen Gewinnausschüttungen hat die GmbH gegenüber der OG steuerliche Vorteile.<sup>19</sup> Um diese Umsätze zu erwirtschaften, bedarf es hoher Patientenzahlen und damit eines hohen Bedarfs, der am Land meist nicht gegeben

---

16 Eigene Berechnungen aus den Daten der Umfrage zur Arbeitszufriedenheit der Ärzte in OÖ des Ärztlichen Qualitätszentrums 2011.

17 Weilguny: *Ärzte-GmbH: mehr als eine Frage der Zeit*. 7. Sept. 2011.

18 Auskunft der Ärztekammer für Wien, Stand April 2012.

19 Mag. Monika Seywald von TPA Horwath IN *Ärzte-GmbH steuerlich nur bedingt ein Vorteil*. 2010.

ist. Ein bedeutender Vorteil der GmbH gegenüber der OG und der OEG ist die Beschränkung der Haftung auf das Betriebsvermögen. Medizinische Haftungen (durch z.B. Behandlungsfehler) sind zwar durch die verpflichtende Haftpflichtversicherung abgedeckt, die wirtschaftliche Haftung im Falle eines Konkurses bleibt jedoch bestehen. Die Nachteile der GmbH gegenüber der OG sind jedoch in den meisten Fällen bedeutender.

## 5. Befragung zu Gruppenpraxen in Oberösterreich

Schon eine 2011 durch das ärztliche Qualitätszentrum durchgeführte Befragung unter oberösterreichischen Ärzten zeigte, dass die Bereitschaft niedergelassener Ärzte zu einer Zusammenarbeit mit Kollegen durchaus hoch ist. Etwa ein Drittel der befragten Niedergelassenen gab an, es sei ihr angestrebtes Ziel, mit Kollegen eine Zusammenarbeit einzugehen. Ein weiterer großer Teil der Ärzteschaft (45%)<sup>20</sup> konnte sich vorstellen, unter bestimmten Umständen eine Zusammenarbeit mit Kollegen einzugehen. Diese Personen nannten am häufigsten, dass es für einen Zusammenschluss eine adäquate Honorierung geben müsse, wobei diesbezüglich besonders auf die Problematik der Kassenlimitierungen hingewiesen wurde. Weiters wurden andere Formen der Gruppenpraxis, die Möglichkeit der Anstellung von Ärzten, eine Reduktion der gesetzlichen Hürden und klare rechtliche und finanzielle Regelungen gefordert. Der Wunsch nach der Möglichkeit einer freien Partnerwahl und zum Zusammenschluss verschiedener Fachrichtungen als Kassenpraxis wurde ebenfalls gehäuft geäußert. Insgesamt bezogen sich über zwei Drittel der Aussagen auf eine notwendige Veränderung in den Rahmenbedingungen für Kooperationsformen.

Im Herbst 2012 wurde daraufhin eine Befragung gestartet, die sich speziell mit der Zusammenschlussform der Gruppenpraxis befasste. Neben den Kassen- und Wahlärzten wurden auch angestellte Ärzte bis 40 Jahre in die Umfrage einbezogen, da auch für diese Gruppe die Arbeit in einer Gruppenpraxis interessant sein könnte. Der Rücklauf der Vollerhebung betrug 21,7% (N=912), was durchaus repräsentative Schlüsse zulässt.

---

20 Eigene Berechnungen aus den Daten der Umfrage des Ärztlichen Qualitätszentrums zur Arbeitszufriedenheit der Ärzte in OÖ 2011.

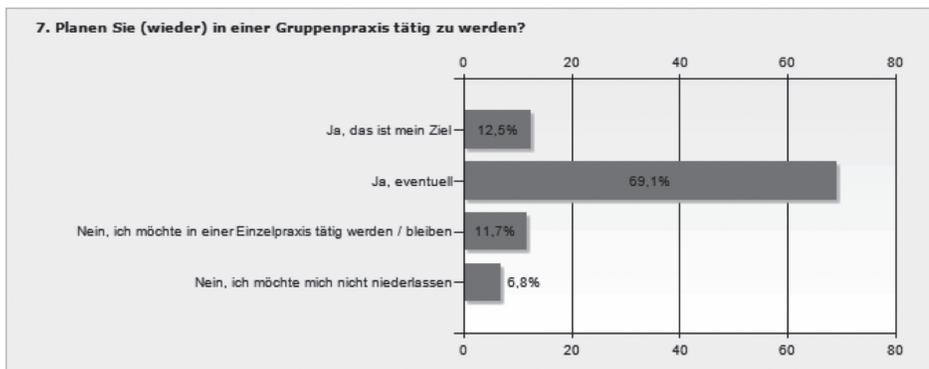
## 5.1. Großes Interesse an Gruppenpraxen

Zum Zeitpunkt der Umfrage waren 11,4% der Befragten in einer Gruppenpraxis tätig. Allen anderen Personen wurde die Frage gestellt, ob sie planen, in einer Gruppenpraxis tätig zu werden. Hier zeigte sich das riesige Interesse an einer Zusammenarbeit, denn ganze 11,7% der Ärzte gaben an, es sei ihr erklärtes Ziel, in einer Gruppenpraxis tätig zu werden. Weitere 57,9% möchten eventuell in einer Gruppenpraxis tätig werden. Hier muss jedoch etwas relativiert werden, denn viele dieser Personen möchten zwar (eventuell) eine Gruppenpraxis gründen, denken dabei aber an Übergangsmodelle, die zur vorübergehenden Arbeitsentlastung oder für eine Praxisübergabe vor Beendigung der Tätigkeit (z.B. wegen Pensionierung) gedacht sind (Modelle 3 und 4). Daher wurde zusätzlich erhoben, wie viele dieser Personen eine auf Dauer angelegte Gruppenpraxis planen. Tatsächlich liegt der Anteil derer, die vorübergehende Modelle planen, bei 21,9%. Weitere 24,6% sind sich über diese Frage noch nicht im Klaren, während der Großteil dieser Ärzte (53,4%) ein auf Dauer angelegtes Modell bevorzugt. Aus diesen Zahlen kann geschlossen werden, dass etwa 37% der befragten Ärzteschaft zum Ziel hat, in einer auf Dauer angelegten Gruppenpraxis tätig zu werden oder dies zumindest überlegt.

Das größte Potential liegt hier bei den jungen Ärzten (bis 40 Jahre), unter denen 12,5% die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis als ihr erklärtes Ziel angeben und weitere 69,1% dies eventuell in Betracht ziehen. Lediglich 8,2% der jungen Ärzte würden lieber eine vorübergehende Gruppenpraxis gründen, wohingegen 59,8% ein auf Dauer angelegtes Modell vorziehen. 32% sind unentschlossen. Das ergibt unter den jungen Ärzten ein Gesamtpotential von rund 49%, die (eventuell) eine auf Dauer angelegte Gruppenpraxis gründen möchten.

Zwar schlummert auch bei den Kassenärzten hohes Potential für Gruppenpraxisgründungen (16,1% Ziel; 51% eventuell), jedoch ist in diesen Gruppen der Anteil jener, die Übergangsmodelle wählen möchten, hoch (36,4% vorübergehend; 49,4% auf Dauer angelegt; 14,2% unentschlossen). Auch unter den Wahlärzten gibt es hohes Interesse an Gruppenpraxen (8,3% Ziel; 52,9% eventuell). 64,6% dieser Wahlärzte würden eine auf Dauer angelegte Gruppenpraxis wählen, wohingegen das Interesse an vorübergehenden Modellen vergleichsweise gering ist (12,5%).

Diese Erhebungsdaten zeigen auf, dass es prinzipiell großes Interesse an Gruppenpraxen gibt. Gerade bei jungen Ärzten bis 40 Jahre wollen nur wenige Personen in einer Einzelpraxis tätig sein bzw. bleiben (11,7%) und lediglich 6,8% wollen sich gar nicht niederlassen.



OÖ. ÄrztInnen bis 40 Jahre, die nicht in einer Gruppenpraxis tätig sind

## 5.2. Stärken und Schwächen der Gruppenpraxis aus Sicht der oö. Ärzteschaft

Um festzustellen, wo die oö. Ärzteschaft die Stärken und Schwächen der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in Oberösterreich sieht, wurden 28 Aspekte der Gruppenpraxen ausgewählt, welche von den Befragten auf einer 7-teiligen Skala (1 = sehr positiv; 4 = neutral; 7 = sehr negativ) bewertet wurden. Die 28 Aspekte waren in die Fragenblöcke „Rahmenbedingungen“, „Finanzielle Aspekte“ und „Tägliche Arbeit“ unterteilt. Nach der Bewertung der Einzelaspekte sollte ein Gesamturteil zu den derzeitigen Gruppenpraxismodellen abgegeben werden<sup>21</sup>.

Insgesamt wurden die oö. Gruppenpraxismodelle mit einem durchschnittlichen Wert von 4,4 bewertet, also leicht negativ. Am negativsten wurden die Aspekte der Kategorie „Rahmenbedingungen“ bewertet ( $\bar{X}$  4,6), die die rechtliche Situation, Vorgaben des Gruppenpraxisgesamtvertrages, Gründung und Ein- und Ausstieg in eine bzw. aus einer Gruppenpraxis beinhaltet. Die Kategorie „Finanzielle Aspekte“ wurde dem gegenüber bereits viel positiver bewertet ( $\bar{X}$  3,5). Wettbewerbsfähigkeit, Investitionsfähigkeit, der Leistungsumfang für Patienten, die Kosten der Praxisführung und die faire Aufteilung des Honorars unter Kollegen werden eher positiv gesehen, wohingegen das Einkommen als eher negativ bewertet wurde. Die Aspekte der Kategorie „Tägliche Arbeit“ wurden durchwegs eher positiv oder positiv bewertet, sodass die Kategorie einen Durchschnittswert von 3,1 erreichte. Lediglich neutral bewertet wird hier das Konfliktpotential unter Kollegen ( $\bar{X}$  4,0). Am positivsten werden in dieser Kategorie arbeitsentlastende

21 Frage: „Wie bewerten Sie die derzeitigen Gruppenpraxismodelle in OÖ. insgesamt?“

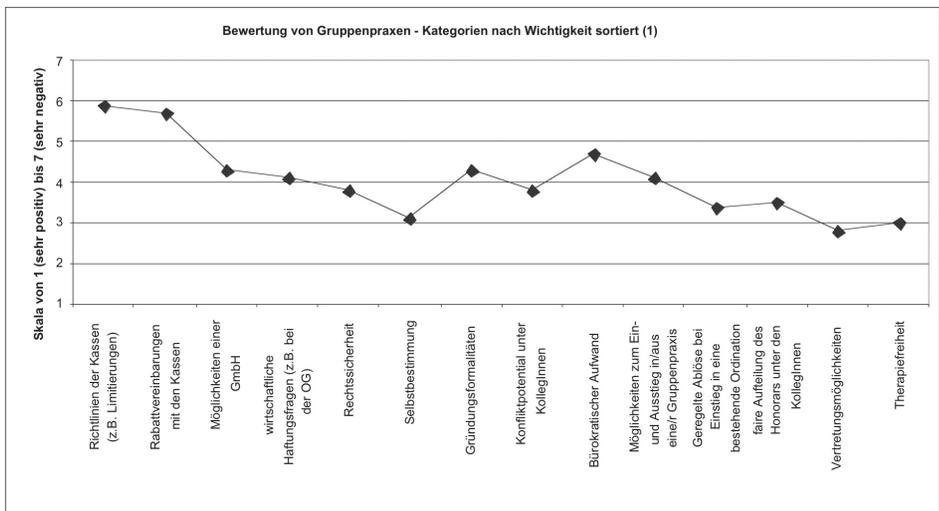
Aspekte, wie Vertretungsmöglichkeiten und die Teilungsmöglichkeit von Nacht- und Wochenenddiensten, bewertet.

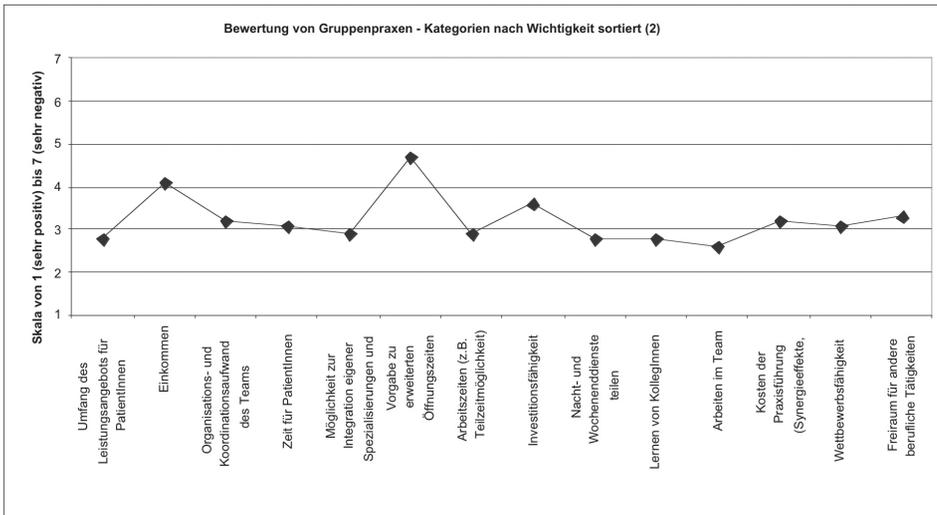
<b>Bewertung der derzeitigen GP-Modelle in OÖ.</b>	<b>Ø</b>
Gesamtbewertung	4,4
Rahmenbedingungen	4,6
Finanzielle Aspekte	3,5
Tägliche Arbeit	3,1

Überblick: Bewertung der derzeitigen GP-Modelle in OÖ.

In der Befragung wurde mit Hilfe einer Bewertungsskala von 1 (sehr wichtig) bis 7 (sehr unwichtig) auch erhoben, wie wichtig den Ärzten bestimmte Aspekte bei ihrer beruflichen Tätigkeit sind. Die erfragten Kategorien wurden so gewählt, dass sie mit den Bewertungen zu Gruppenpraxen verknüpft werden können. Das macht einen Abgleich möglich, wie wichtig bestimmte Aspekte der öö. Ärzteschaft einerseits sind und inwieweit sie diese Aspekte andererseits in den öö. Gruppenpraxismodellen verwirklicht sehen. Bei der Wichtigkeit der einzelnen Aspekte wurden auf der 7-teiligen Bewertungsskala Werte zwischen 1,3 und 3,2 erhoben.

Die folgenden 2 Grafiken zeigen die Bewertung der einzelnen Aspekte der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in Oberösterreich, sortiert nach der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit für die Ärzteschaft (wichtigste zuerst).





Bewertung der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in OÖ.

Auffällig ist dabei, dass den Ärzten eine faire Abgeltung durch die Kassen sehr wichtig ist ( $\bar{X}$  1,3), jedoch gleichzeitig die Richtlinien der Kassen (z.B. Limitierungen) und die Rabattvereinbarungen mit den Kassen negativ bewertet werden ( $\bar{X}$  5,9 /  $\bar{X}$  5,7). Bedenklich ist hier auch, dass diese Aspekte von Befragten mit höherem Informationsstand zum Thema Gruppenpraxen um jeweils 0,3 Skaleneinheiten schlechter bewertet werden als von weniger gut informierten Befragten<sup>22</sup>. Und das, obwohl ein höherer Informationsstand bei allen anderen Aspekten<sup>23</sup> einen positiven Einfluss auf ihre Bewertung zeigte. Der derzeitige Gruppenpraxisgesamtvertrag könnte also ein großes Hindernis für die Gründung einer Gruppenpraxis sein.

Weiters ist es den ÄrztInnen äußerst wichtig, gegen wirtschaftliche Haftungsfragen abgesichert zu sein ( $\bar{X}$  1,3), diese Thematik wird jedoch für Gruppenpraxen leicht negativ bewertet ( $\bar{X}$  4,1). Auch die Möglichkeiten einer GmbH werden eher negativ bewertet ( $\bar{X}$  4,3), welche ja gerade den Vorteil einer haftungsrechtlichen Absicherung bieten würde. Eine Verbesserung der Bedingungen zur Gründung und Führung einer GmbH könnte die Ärzte also motivieren, eine Gruppenpraxis zu betreiben.

22 Selbsteinschätzung des eigenen Informationsstandes zu Gruppenpraxen auf einer 7-teiligen Skala (1 = sehr hoch; 4 = mittelmäßig; 7 = sehr niedrig). Verglichen werden jeweils Personen, die ihren Informationsstand mit 1, 2 oder 3 angaben, mit Personen, die ihren Informationsstand mit 5, 6 oder 7 angaben.

23 Mit einer Ausnahme: die „Möglichkeiten einer GmbH“ wurden von Personen mit höherem Informationsstand um 0,1 Skaleneinheiten negativer bewertet.

Ein weiteres Anliegen ist den ÄrztInnen ein niedriger bürokratischer Aufwand ( $\bar{O}$  1,6), welcher in Gruppenpraxen eher negativ beurteilt wird ( $\bar{O}$  4,7). Dies ist kein spezifisches Problem der Gruppenpraxen. Zahlreiche Umfragen zeigten, dass der zunehmende bürokratische Aufwand in allen ärztlichen Berufsfeldern eine maßgebliche Belastung im Arbeitsalltag darstellt. Zwar sollte darauf geachtet werden, dass Gruppenpraxen nicht zusätzliche bürokratische Hürden auferlegt werden, jedoch bedarf es vielmehr genereller Änderungen in der Dokumentationspflicht, um den bürokratischen Aufwand auf das notwendige Minimum zu beschränken. Ärzte beklagten in anderen Befragungen vielfach, es würde „zu Tode dokumentiert“ werden.

Flexible Arbeitszeiten und genügend Freizeit sind den Ärzten ein wichtiges Anliegen ( $\bar{O}$  2,1 und  $\bar{O}$  2,0). Jungen Ärzten bis 40 Jahren sind diese Punkte sogar noch wichtiger als dem Durchschnitt ( $\bar{O}$  1,7;  $\bar{O}$  1,6). Die Arbeitszeiten in Gruppenpraxen werden demgegenüber auch positiv bewertet ( $\bar{O}$  2,9). Die Möglichkeit, Wochenenddienste zu teilen ( $\bar{O}$  2,8) und Vertretungen zu organisieren ( $\bar{O}$  2,8) werden ebenfalls positiv gesehen. Lediglich die Vorgaben der Kassen zu erweiterten Öffnungszeiten werden eher negativ bewertet ( $\bar{O}$  4,7). Die Ärzte sind also der Meinung, dass in Gruppenpraxen eine ausgewogene Work-Life-Balance durchaus lebbar ist, auch wenn sie diesbezüglichen Bestimmungen durch Dritte gegenüber kritisch sind.

Die Gründungsformalitäten und die Möglichkeiten zum Ein- und Ausstieg in eine Gruppenpraxis werden als eher negativ beurteilt ( $\bar{O}$  4,3 /  $\bar{O}$  4,1), dabei sind einfache Gründungsformalitäten und ein geregelter Ein- und Ausstieg in die bzw. aus der Ordination ein wichtiges Anliegen der Ärzte ( $\bar{O}$  1,5 /  $\bar{O}$  1,6). Eher positiv bewertet werden hingegen die geregelte Ablöse beim Ein- und Ausstieg in bzw. aus einer bestehenden Ordination ( $\bar{O}$  3,4) und die Rechtssicherheit in den derzeitigen Gruppenpraxismodellen ( $\bar{O}$  3,8). Interessant ist bei diesen Aspekten, dass die Bewertungen mit höherem Informationsstand zu Gruppenpraxen um über einen halben Skalenpunkt besser werden. Das soll nicht bedeuten, dass formal in diesem Bereich nichts mehr getan werden muss, denn vor allem die Gründungsformalitäten und die Möglichkeiten zum Ein- und Ausstieg werden auch von besser Informierten nur neutral bewertet. Jedoch kann in diesen Bereichen auch mit Informationskampagnen das Image der Gruppenpraxen verbessert werden.

Ein wichtiges Anliegen bei der täglichen Arbeit ist den Ärzten auch Teamarbeit ( $\bar{O}$  2,2) und das Lernen von Kollegen ( $\bar{O}$  2,0). Auffällig ist bei diesen Punkten, dass jungen Ärzten unter 40 Jahren ( $\bar{O}$  2,0 /  $\bar{O}$  1,7) – speziell Turnusärzten ( $\bar{O}$  1,8 /  $\bar{O}$  1,6) – diese Aspekte noch wichtiger sind. Dies unterstreicht, dass die Einzelpraxis für Turnusärzte keine besonders interessante berufliche Option mehr ist. Nur 8,8% der Turnusärzte geben an, sie hätten vor, sich in einer Einzelpraxis nieder-

zulassen. Selbstbestimmung und Therapiefreiheit sind den Ärzten ebenfalls sehr wichtig ( $\bar{x}$  1,4 /  $\bar{x}$  1,7), diese Aspekte werden in der Gruppenpraxis auch als eher positiv bewertet ( $\bar{x}$  3,1 /  $\bar{x}$  3,0).

Die Wettbewerbsfähigkeit von Gruppenpraxen ( $\bar{x}$  3,1), die Kosten der Praxisführung ( $\bar{x}$  3,2) und die Investitionsfähigkeit ( $\bar{x}$  3,6) werden ebenfalls als eher positiv eingestuft.

Im Bereich der Patientenversorgung ist es den Ärzten sehr wichtig, ihren Patienten ein umfangreiches Leistungsangebot zur Verfügung stellen zu können ( $\bar{x}$  1,8) und viel Zeit für ihre Patienten zur Verfügung zu haben ( $\bar{x}$  1,9). Diese Aspekte werden für Gruppenpraxen positiv bewertet ( $\bar{x}$  2,8 /  $\bar{x}$  3,1). Das zeigt, dass Ärzte daran glauben, dass Patienten in Gruppenpraxen gut versorgt werden können.

Die unten stehende Tabelle zeigt die durchschnittliche Bewertung aller erhobenen Aspekte der öö. Gruppenpraxismodelle, von negativ zu positiv sortiert.

<b><math>\bar{x}</math> Bewertung von Aspekten der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in ÖÖ.</b>	
Richtlinien der Kassen (z.B. Limitierungen)	5,9
Rabattvereinbarungen mit den Kassen	5,7
Bürokratischer Aufwand	4,7
Vorgabe zu erweiterten Öffnungszeiten	4,7
Möglichkeiten einer GmbH	4,3
Gründungsformalitäten	4,3
wirtschaftliche Haftungsfragen (z.B. bei der OG)	4,1
Möglichkeiten zum Ein- und Ausstieg in/aus eine/r Gruppenpraxis	4,1
Einkommen	4,1
Rechtssicherheit	3,8
Konfliktpotential unter KollegInnen	3,8
Investitionsfähigkeit	3,6
faire Aufteilung des Honorars unter den KollegInnen	3,5
Geregelte Ablöse bei Einstieg in eine bestehende Ordination	3,4
Freiraum für andere berufliche Tätigkeiten	3,3
Organisations- und Koordinationsaufwand des Teams	3,2
Kosten der Praxisführung (Synergieeffekte, Skaleneffekte)	3,2
Selbstbestimmung	3,1
Zeit für PatientInnen	3,1
Wettbewerbsfähigkeit	3,1
Therapiefreiheit	3
Möglichkeit zur Integration eigener Spezialisierungen und Interessen	2,9
Arbeitszeiten (z.B. Teilzeitmöglichkeit)	2,9

Vertretungsmöglichkeiten	2,8
Umfang des Leistungsangebots für PatientInnen	2,8
Nacht- und Wochenenddienste teilen	2,8
Lernen von KollegInnen	2,8
Arbeiten im Team	2,6

Bewertung der einzelnen Aspekte der derzeitigen Gruppenpraxismodelle in OÖ auf einer 7-teiligen Skala (1 = sehr positiv; 4 = neutral; 7 = sehr negativ)

Der Bewertung der Einzelaspekte und der Gesamtbewertung der derzeitigen Gruppenpraxismodelle folgte im Fragebogen ein Freitextfeld, in dem die Ärzte Themen festhalten konnten, die ihnen am Herzen lagen. 205 der 912 befragten Ärzte (22,5%) meldeten sich zu Wort und schrieben insgesamt 232 kategorisierbare Meldungen.

65 (28%) dieser Meldungen bezogen sich auf Limitierungen durch die Kassen. Besonders hervorgehoben wurden zu diesem Thema die Scheinlimitierungen, die es einerseits nicht möglich machen, ein faires Honorar für die geleistete Arbeit zu erhalten, und andererseits eine gesicherte Versorgung der Bevölkerung nicht sicherstellen, da die Ärzte nach Erreichung des Limits eigentlich alle Patienten nach Hause schicken müssten. Einige Ärzte berichten von Strafzahlungen, die die Existenz der Praxis gefährden und zudem mit höheren Werten als dem Durchschnittsfallwert berechnet werden.

Ein weiterer brisanter Aspekt zu den Kassen sind die Rabattvereinbarungen (11 Nennungen, 4,7%). Hier wurde von den Ärzten verdeutlicht, dass bereits Einzelpraxen nicht mehr besonders lukrativ sind und Gruppenpraxen dann auf diese ohnehin niedrigen Honorare noch zusätzlich Rabatte in Kauf nehmen müssen, wodurch sie in vielen Bereichen nicht rentabel zu führen sind. Drei weitere Ärzte meinten überdies, die Kassen müssten im Gegenteil sogar die erweiterten Öffnungszeiten und breiteren Leistungsangebote der Gruppenpraxen zusätzlich abgelden.

Weitere 16 Ärzte (6,9%) meinten, dass es unbedingt notwendig ist, Ärzten die Möglichkeit zur Anstellung anderer Ärzte zu geben. Junge Ärzte könnten so in mehreren Praxen gleichzeitig angestellt werden, andere Ärzte entlasten (z.B. bei Nacht- und Wochenenddiensten) und dabei selber vielfältige Praxiserfahrungen sammeln. Burn-out-Fälle würden sich reduzieren, das Pensionsalter könnte sich erhöhen und Ärzte mit familiären Verpflichtungen könnten Unterstützung finden. Gleichzeitig wäre das System flexibler und unbürokratischer als das Eingliedern eines Partners, so einige Ärzte. Zum Ausdruck kam hier auch ein gewisser Ärger über die Ungleichbehandlung gegenüber anderen Unternehmern in dieser Frage.

Ein weiteres großes Thema sind den Ärzten die Hürden einer Gruppenpraxisgründung (11 Nennungen, 4,7%). Dabei wurde auf den enormen bürokratischen Aufwand, die Komplexität des Themas und auch auf die hohen Kosten der Gründung hingewiesen (Steuerberater, Notar etc.). Viele Ärzte würden aus diesen Gründen bereits bei den ersten Informationseinholungen vor einer Gründung zurückschrecken.

Viele Ärzte fühlen sich zum Thema Gruppenpraxis schlecht informiert und wünschen sich mehr Informationen (11 Nennungen; 4,7%). Da die Befragung zeigte, dass besser Informierte eine positivere Einstellung zu Gruppenpraxen haben (mit Ausnahme der Aspekte Limitierungen, Rabatte und GmbH), sollte in diesem Bereich auch etwas getan werden.

Acht Nennungen bezogen sich auf sehr konkrete Kritikpunkte zu den derzeit in OÖ bestehenden Gruppenpraxismodellen, zum Beispiel die neuerlich notwendige Bewerbung des Junior-Partners am Ende der Laufzeit von Modell 3.

Sieben Nennungen fielen zum Thema freie Partnerwahl, welche sich viele Ärzte wünschen, da nur so eine gute Zusammenarbeit gewährleistet werden kann. Weitere sieben Ärzte fordern die Erhöhung des Alterslimits für die Führung einer Gruppenpraxis, da viele Ärzte mit 65 Jahren noch fit, arbeitswillig und an Gruppenpraxen interessiert sind. Weitere sieben Nennungen beschäftigen sich mit der GmbH als mögliche Rechtsform und bezeichnen diese als wenig interessant. Der Wunsch, diese Rechtsform als Option zu verbessern, besteht, da die unbeschränkte Haftung durchaus einen interessanten Punkt darstellt. Ebenfalls sieben Ärzte sehen die Gruppenpraxis auf jeden Fall als Zukunftsmodell an, auch wenn, wegen der ungünstigen Rahmenbedingungen, nicht alle darüber glücklich sind. Sechs Ärzte wünschen sich weiters die Förderung fächerübergreifender Gruppenpraxismodelle.

### **5.3. Potential zur Erreichung gesundheitspolitischer Zielsetzungen**

Ein weiterer Fragenblock beschäftigte sich mit gesundheitspolitischen Zielsetzungen und dem Potential, das Gruppenpraxen zur Erreichung dieser Ziele in sich bergen. Bewertet wurde auch hier auf einer 7-teiligen Skala (1 = großes Potential; 4 = mittelmäßig; 7 = kein Potential). Es wurde hier allerdings nicht das Potential der derzeit bestehenden Gruppenpraxismodelle eingeschätzt, sondern der Gruppenpraxis im Allgemeinen, also unter idealen Rahmenbedingungen. Dieser Fragenblock verdeutlicht, dass die Ärzte der Gruppenpraxis im Allgemeinen ein hohes Potential zuschreiben.

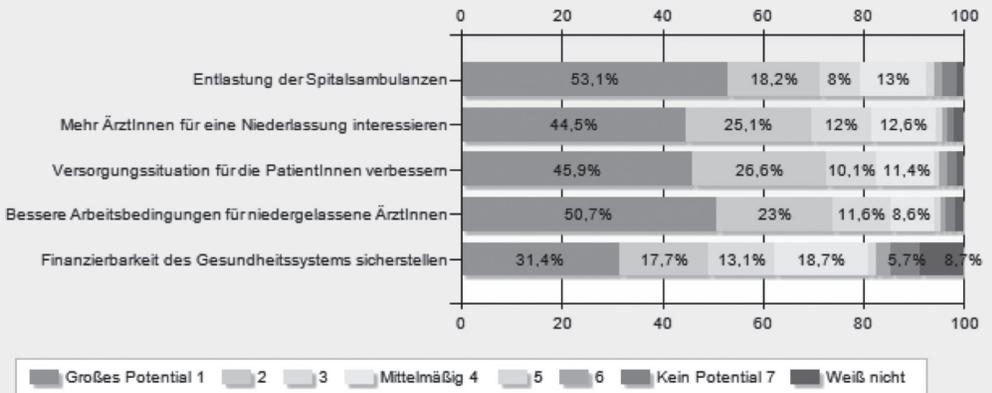
Besonders hoch wurde das Potential zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für niedergelassene Ärzte eingeschätzt (Ø 2,0). Das deckt sich auch mit den Bewertungen der derzeitigen Gruppenpraxismodelle, wo besonders Aspekte der Teamarbeit und der Arbeitszeit positiv bewertet wurden. Die Ärzte glauben auch daran, dass es mit einem guten Modell der Gruppenpraxis möglich sein wird, wieder mehr Ärzte für den niedergelassenen Bereich zu interessieren (Ø 2,1). Nachdem lt. Befragung lediglich 8,8% der Turnusärzte in einer Einzelpraxis tätig werden möchten und durch die kommende Pensionierungswelle bei Kassenärzten viele Kassenstellen frei werden, ist die Gruppenpraxis eine wichtige Alternative, um ausreichend junge Ärzte für eine Niederlassung zu gewinnen und damit die Basisversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Ein weiteres Problem des österreichischen Gesundheitssystems sind die überfüllten Spitalsambulanzen. Die oberösterreichischen Ärzte schätzen das Potential der Gruppenpraxen zur Entlastung der Spitalambulanzen hoch ein (Ø 2,1). Ganze 53,1% der Ärzte werteten hier auf der 7-teiligen Skala mit Eins (Großes Potential) und sind damit voll und ganz vom Entlastungspotential überzeugt. Die bessere Investitionsfähigkeit (moderneres Inventar) und das breitere Leistungsspektrum für Patienten (one-stop-shop) machen Gruppenpraxen zu einer interessanten Alternative zu den Ambulanzen.

Die oberösterreichischen Ärzte sind auch davon überzeugt, dass Gruppenpraxen die Versorgungssituation für die Patienten verbessern können (Ø 2,1). PatientInnen können von besserer Erreichbarkeit, einem breiteren Leistungsspektrum, kürzeren Wartezeiten bei gleichzeitig wohnortnaher Situierung profitieren. Patienten haben bei ambulanten Eingriffen in Gruppenpraxen außerdem den Vorteil kleinerer Infektionsrisiken, da hier die Problematik der „Krankenhauskeime“ viel geringer ist.

Immerhin beinahe ein Drittel der oö. Ärzteschaft meint, Gruppenpraxen können einen Beitrag zur Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems schaffen (Bewertung mit 1 = großes Potential). Durchschnittlich wurde das Potential mit 2,7 bewertet. Gruppenpraxen ermöglichen die Verschiebung von bislang spitalsambulanten Leistungen (z.B. multidisziplinäre Behandlungen, kleine Operationen) in den extramuralen Bereich und können Leistungen von Spitalsambulanzen übernehmen. Die Verlagerung von Patienten in kostengünstigere Behandlungsstrukturen spart dabei Kosten im Gesundheitssystem.

**14. Unabhängig von bestehenden Rahmenbedingungen: Für wie groß halten Sie das Potential von Gruppenpraxen in Hinblick auf die Erreichung folgender gesundheitspolitischer Ziele?**



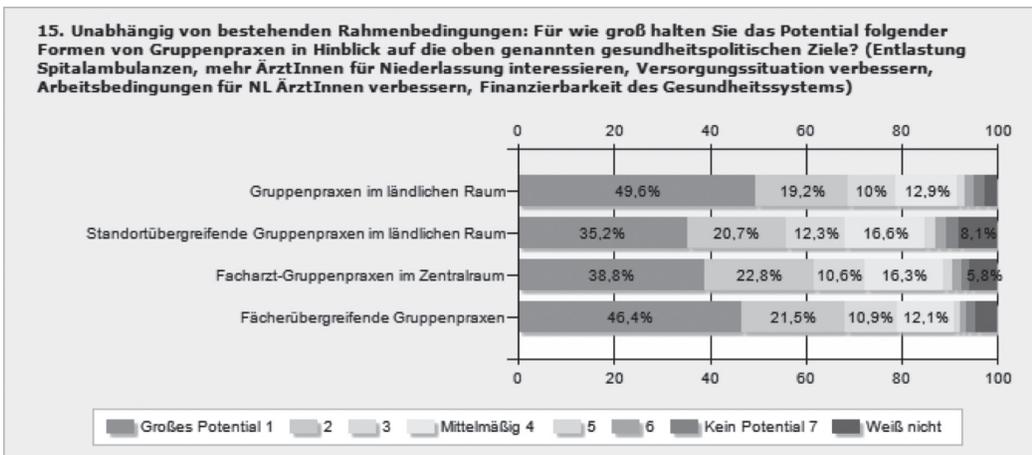
Potential von Gruppenpraxen zur Erreichung gesundheitspolitischer Ziele

Anschließend wurden die Ärzte befragt, wie hoch sie das Potential verschiedener Formen von Gruppenpraxen in Bezug auf die zuvor befragten gesundheitspolitischen Ziele einschätzen. Das größte Potential wurde hier Gruppenpraxen im ländlichen Raum zugemessen ( $\bar{x}$  2,1), wo beinahe die Hälfte der Ärzte sogar mit 1 = großes Potential werteten. Wahrscheinlich war die Tatsache, dass gerade für den ländlichen Raum ausreichend Ärzte für die niedergelassene Versorgung gewonnen werden müssen, für dieses Ergebnis verantwortlich. Attraktivere Arbeitsbedingungen in Gruppenpraxen sind auch nach Meinung der Ärzte eine Lösung für das Landarztsterben und damit eine wichtige Maßnahme zur Sicherstellung der wohnortnahen Basisversorgung der Bevölkerung.

Ein gleich hohes Potential wie ländlichen Gruppenpraxen schreiben die öö. Ärzte auch fächerübergreifenden Gruppenpraxen zu ( $\bar{x}$  2,1). Sie könnten einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung der Spitalsambulanzen leisten, aber auch in peripheren Gebieten Leistungen anbieten, für die Patienten bisher in die Spitalsambulanz pendeln mussten.

38,8% der Ärzte sehen das Potential von Facharzt-Gruppenpraxen im Zentralraum zur Erreichung der genannten gesundheitspolitischen Ziele als groß an (Bewertung mit 1). Durchschnittlich wird das Potential mit 2,3 angenommen. Gerade in urbanen Gebieten könnten sich einzelne fachgleiche Fachärzte zusammenschließen, deren Kassenstellen ohnehin nicht weit auseinander liegen. In diesem Fall könnten Fachärzte von denselben Vorteilen profitieren wie Allgemeinmediziner in Gruppenpraxen und diese Vorteile auch in ihre Patienten weitergeben.

Und auch der standortübergreifenden Gruppenpraxis am Land wird durchschnittlich ein hohes Potential zugeschrieben (Ø 2,4). Dieses Modell ermöglicht vor allem eine einfachere Vertretung und Arbeitsteilung zwischen den Ärzten, hat jedoch wegen der Aufrechterhaltung mehrerer Standorte Nachteile gegenüber der klassischen Gruppenpraxis. Oft ist es am Land jedoch nicht möglich, zwei Kassenstellen an einem Ort zusammenzufassen. Das Modell einer standortübergreifenden Gruppenpraxis ermöglicht hier wenigstens einige Verbesserungen gegenüber einer Einzelpraxis. Bei diesem Modell wählten auch die meisten Ärzte die Kategorie „weiß nicht“, was darauf schließen lässt, dass es unter den vier genannten Modellen das am wenigsten Bekannte ist.



Potential einzelner Formen von Gruppenpraxen zur Erreichung gesundheitspolitischer Ziele

Interessant ist auch bei diesen letzten beiden Fragestellungen, dass besser informierte Personen alle Potentiale etwas höher einschätzten als weniger gut informierte Personen.

## 6. Zusammenfassung

Die oberösterreichischen Ärzte haben prinzipiell großes Interesse an der Arbeit in einer Gruppenpraxis, wobei das Interesse unter jungen Ärzten besonders hoch ist. Geschätzt werden vor allem die flexibleren Arbeitszeiten und die Arbeit im Team. Jedoch gibt es auch zahlreiche Kritikpunkte an den derzeitigen Modellen der Gruppenpraxis. Besonders negativ werden die bestehenden Richtlinien der Kassen, die Rabattvereinbarungen mit den Kassen, der bürokratische Aufwand und die Vorgaben zu den erweiterten Öffnungszeiten bewertet. Zwar werden fast alle Aspekte der Gruppenpraxis von Personen mit besserem Informationsstand zu Gruppenpraxen positiver bewertet als von weniger Informierten, aber gerade die Richtlinien und Rabattabschläge der Kassen werden von besser Informierten sogar noch negativer bewertet. Auch im Freitextfeld sind diese Themen vorherrschend, wobei vor allem Scheinlimitierungen negativ hervorgehoben werden.

Trotz der leicht negativen Gesamtbewertung der derzeit bestehenden oö. Gruppenpraxismodelle sind die Ärzte vom Potential der Gruppenpraxis zur Erreichung von gesundheitspolitischen Zielen überzeugt. Vor allem die Entlastung der überfüllten Spitalsambulanzen ist nach Meinung der Ärzteschaft mit Hilfe von Gruppenpraxen möglich. Wahrscheinlich schreiben die Ärzte auch aus diesem Aspekt heraus fächerübergreifenden Gruppenpraxen hohes Potential zu.

Aber auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Ärzte im niedergelassenen Bereich ist laut den Ärzten mit der Gruppenpraxis grundsätzlich erreichbar. Die Ärzte sind der Meinung, dass mit guten Gruppenpraxismodellen wieder vermehrt Ärzte für den niedergelassenen Bereich gewonnen werden können und so einem eklatanten Ärztemangel, vor allem in ländlichen Gebieten, entgegengesteuert werden kann. Daher schreiben die Ärzte auch besonders Gruppenpraxen in ländlichen Gebieten besonders hohes Potential zu.

Aber auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Ärzte im niedergelassenen Bereich ist laut den Ärzten mit der Gruppenpraxis grundsätzlich erreichbar. Die Ärzte sind der Meinung, dass mit guten Gruppenpraxismodellen wieder vermehrt Ärzte für den niedergelassenen Bereich gewonnen werden können und so einem eklatanten Ärztemangel, vor allem in ländlichen Gebieten, entgegengesteuert werden kann. Daher schreiben die Ärzte vermutlich auch Gruppenpraxen in ländlichen Gebieten besonders hohes Potential zu. Und auch der standortübergreifenden Gruppenpraxis wurde hohes Potential zuerkannt. Sie kann dort, wo Zusammenschlüsse an einer Kassenstelle nicht möglich sind, die Zusammenarbeit von Ärzten erleichtern und so für jeden dieser Ärzte eine passende Work-Life-Balance schaffen.

Weiters sehen die oö. Ärzte die Gruppenpraxis auch als Möglichkeit, die Versorgungssituation für die Patienten zu verbessern. Der Leistungsumfang, der Patienten geboten wird, und die Zeit, die für Patienten zur Verfügung steht, wird bereits für die heute bestehenden Gruppenpraxen positiv beurteilt. Längere Öffnungszeiten, ein modernes Inventar (aufgrund erhöhter Investitionsfähigkeit) und ein etwas erhöhter Leistungsumfang (wegen möglicher Spezialisierungen der einzelnen Gesellschafter) können bereits von unicoloren Gruppenpraxen geboten werden. Im Zentralraum sind daher, auch nach Meinung der oö. Ärzte, fachgleiche Facharztgruppenpraxen sinnvoll. Nachteile durch die räumliche Zusammenlegung der Praxen ergeben sich für die Patienten im urbanen Raum nicht, da die Praxen hier ohnehin nicht weit auseinander liegen und die wohnortnahe Versorgung daher nicht gefährdet wird.

Die Ärzteschaft in Oberösterreich bezeugt den Gruppenpraxen überdies großes Potential zur Sicherstellung der Finanzierung des Gesundheitssystems. Besonders Einsparungen, die sich durch die Verschiebung von Leistungen vom spital-sambulanten Bereich in den niedergelassenen Bereich ergeben, sind hier maßgeblich. Hier spielen fächerübergreifende Gruppenpraxen eine zentrale Rolle, da dort auch komplexere Leistungen übernommen werden könnten.

Es kann insgesamt festgehalten werden, dass die oberösterreichischen Ärzte zwar noch starke Kritik an den derzeitigen Gruppenpraxismodellen anbringen, jedoch an die Zukunft der Gruppenpraxis per se glauben und zahlreiche Vorteile für Ärzte, Patienten und das Gesundheitssystem sehen. Die Bereitschaft der Ärzte, in einer Gruppenpraxis tätig zu werden, ist äußerst hoch. Jedoch müssen noch zahlreiche Schwächen der heutigen Rahmenbedingungen gelöst werden, damit die Gruppenpraxis ihr Potential in vollem Umfang ausschöpfen kann.