

Projektbericht
Research Report

Skaleneffekte intermediärer Versorgungsformen

Thomas Czypionka
Susanna Ulinski
Michael Berger



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

**Projektbericht
Research Report**

Skaleneffekte intermediärer Versorgungsformen

**Thomas Czypionka
Susanna Ulinski
Michael Berger**

Endbericht

Studie im Auftrag von
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

22. März 2013

**Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna**

Kontakt:

Dr. Thomas Czypionka

☎: +43/1/599 91-127

email: thomas.czypionka@ihs.ac.at

Bemerkungen

Zum Zwecke der besseren Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form gebraucht, auch wenn sie sich auf Männer und Frauen gleichermaßen beziehen.

Inhalt

Einleitung	1
1. Gruppen- versus Einzelpraxen	3
1.1. Theoretische Überlegungen.....	3
1.1.1. Vorteile von Kooperationen	3
1.1.2. Probleme von Kooperationen	7
1.2. Empirische Untersuchungen	11
1.3. Optimale Praxisgröße	13
2. Internationale Vergleiche	15
2.1. Evidenz aus Deutschland.....	15
2.1.1. Befragungsergebnisse.....	17
2.1.2. Kostenstrukturen in Arztpraxen	20
2.1.3. Schätzungen der Praxiskosten.....	28
2.1.4. Fazit.....	30
2.2. Niederlande.....	31
2.2.1. Zelfstandig Behandel Centra	31
2.2.2. Skaleneffekte in ZBCs	32
3. Status-quo in Österreich	34
3.1. Rechtlicher Rahmen.....	34
3.2. Einschränkung der Skaleneffekte durch rechtlichen Rahmen	35
3.3. Internationaler Vergleich	36
4. Conclusio	39
5. Literaturverzeichnis	41

Tabellen

Tabelle 1: Vor- und Nachteile nach Größe der Kooperationsform	10
Tabelle 2: Überblick Arztpraxen im Jahr 2007	21
Tabelle 3: Arztpraxen nach Praxisform und Facharztbezeichnung im Jahr 2007	22
Tabelle 4: Unterschiede in Einzel- und Gemeinschaftspraxen (je Inhaber) in 1.000 EUR basierend auf ZI-Praxis-Panel.....	25
Tabelle 5: Praxen, Praxisinhaber und Praxiseinnahmen im Jahr 2008 ZI-Praxis-Panel	26
Tabelle 6: Ergebnisse der Modellberechnung von Prognos	30
Tabelle 7: Internationaler Vergleich medizinischer Kooperationen	38

Abbildungen

Abbildung 1: Verlauf der langfristigen Durchschnittskostenkurve einer Gruppenpraxis.....	5
Abbildung 2: Bedingtes durchschnittliches Netto-Jahreseinkommen und Wochenstunden nach Praxisgröße	13
Abbildung 3: Beweggründe für Tätigkeit in einem MVZ.....	16
Abbildung 4: Arbeitsgröße in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)	17
Abbildung 5: Vergleich der Gründungsmotivation (2005) mit Argumenten bei der Empfehlung einer MVZ-Neugründung (2011)	18
Abbildung 6: Beurteilung der aktuellen Geschäftslage nach Arbeitsgröße.....	19
Abbildung 7: Einsatz flexibler Arbeitszeitmodelle	19

Einleitung

Die ambulante Gesundheitsversorgung entwickelt sich in Europa von der klassischen Einzelpraxis hin zu vielfältigen kooperativen Formen im niedergelassenen Bereich. Auch in Österreich wurden in der Gesetzgebung 2010 neue Anreize für die Gründung von Gruppenpraxen gesetzt. Gruppenpraxen können nun nicht nur in Form einer Offenen Gesellschaft (OG), sondern auch als Gesellschaft mit beschränkter Haftung gegründet werden. Der Trend zu Gruppenpraxen kann nicht nur auf versorgungstechnische und wirtschaftliche Vorteile, sondern auch auf die persönlichen Präferenzen zu Teamarbeit der Ärzte zurückgeführt werden. Wirtschaftliche Vorteile können bei Gruppenpraxen beispielsweise durch eine bessere Auslastung und Nutzung von medizinischen Geräten, Ordinationspersonal und gemeinsamen Räumlichkeiten entstehen. Persönliche Vorteile ergeben sich durch eine Teilung des wirtschaftlichen Risikos und die Möglichkeit zu flexiblen Arbeitszeitmodellen und besser planbaren Arbeitszeiten, welche auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern.

In Österreich wurden die Vor- und Nachteile von Gruppenpraxen kaum analysiert. Nachdem Cypionka et al. (2012) die versorgungstechnischen Aspekte von Gruppenpraxen untersuchten, soll dieser Bericht Aufschluss über das ökonomische Potential von Gruppenpraxen bieten. Kostenvergleiche zwischen Einzel- und Gruppenpraxen sind ausgesprochen arbeitsintensiv und quantifizierbare Ergebnisse dementsprechend selten. Dennoch soll anhand einer Analyse der Literatur zu dieser Thematik ermöglicht werden, Aussagen über die Effizienz von Gruppenpraxen zu treffen und die Entscheidungsträger bei der Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems zu unterstützen.

Aufgrund der empirischen Ergebnisse internationaler Studien, welche oft auf Daten aus den USA gestützt sind, kann keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden, ob die theoretischen Vorteile von Gruppenpraxen auch in der Praxis realisiert werden. Allerdings zeigt sich, dass Ärzte bereit sind, auf einen Teil ihres Einkommens zu verzichten, um die Vorteile von Gemeinschaftspraxen nutzen zu können. Der Blick nach Deutschland offenbart, dass die Kostenstruktur in hausärztlichen und fachärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen stark voneinander abweicht. Während bei hausärztlichen Gruppenpraxen noch Skalenvorteile gegenüber Einzelpraxen erzielt werden können, liegen die Kosten, aber auch die Einnahmen und Gewinne bei fachärztlichen Gruppenpraxen je Inhaber über denen von Einzelpraxen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass in Gruppenpraxen mehr in die medizinische Ausstattung investiert wird und folglich auch qualitativ unterschiedliche und teurere Leistungen erbracht werden.

Deutschland eignet sich in mehrfacher Hinsicht für einen Vergleich. Zum einen besteht, ähnlich wie in Österreich aber international weniger üblich, ein ausgeprägter fachärztlich-niedergelassener Bereich neben einem intramuralen fachärztlichen Bereich. Das Vergütungssystem hat sich angenähert, da die Ausschüttung über EBM seit einigen Jahren

über eurowerte Tarife erfolgt. Die Rahmenbedingungen sind aber in Deutschland weit flexibler und der Druck zu Effizienz höher, sodass dort eher Gruppenpraxen entstehen und wirtschaftlich ausgerichtet werden.

Die Studie ist wie folgt aufgebaut: Im ersten Kapitel wird auf die ökonomische Theorie zu Skalenvorteilen (economies of scale) und Verbundvorteilen (economies of scope), aber auch auf mögliche Probleme von Kooperationen eingegangen. Danach wird anhand internationaler empirischer Studien die Evidenz zu Effizienzvorteilen untersucht, bevor auf die Frage der optimalen Praxisgröße näher eingegangen wird. Kapitel zwei hat das Ziel, durch Erhebungen aus Deutschland Entwicklungsmöglichkeiten für das österreichische Gesundheitssystem aufzuzeigen. Auch kooperative Behandlungseinrichtungen in den Niederlanden werden herangezogen, um in Kapitel drei Vergleiche mit dem Status-quo in Österreich zu ziehen. Die Conclusio folgt in Kapitel fünf.

1. Gruppen- versus Einzelpraxen

In vielerlei Hinsicht werden Gruppenpraxen in der ökonomischen Forschung Vorteile gegenüber den klassischen Einzelpraxen zugesprochen, jedoch sind diese Schlüsse alles andere als unumstritten und noch immer Gegenstand vieler Kontroversen, sowohl auf der theoretischen als auch auf der empirischen Ebene. In diesem Kapitel wird zunächst auf die grundlegenden ökonomischen Theorien, sowie deren Anwendbarkeit auf medizinische Zusammenschlüsse eingegangen. Im Anschluss wird ein kurzer Überblick über einen Teil der verfügbaren empirischen Untersuchungen und deren Ergebnisse geboten, welche Vorteile durch medizinische Zusammenschlüsse in der Praxis erzielt werden können. Ausgehend von diesem Rahmen wird in den späteren Kapiteln erörtert, wie die Konzipierung von Gruppenpraxen ausfallen sollte, um in möglichst hohem Ausmaß von den potentiell zu generierenden Vorteilen zu profitieren.

1.1. Theoretische Überlegungen

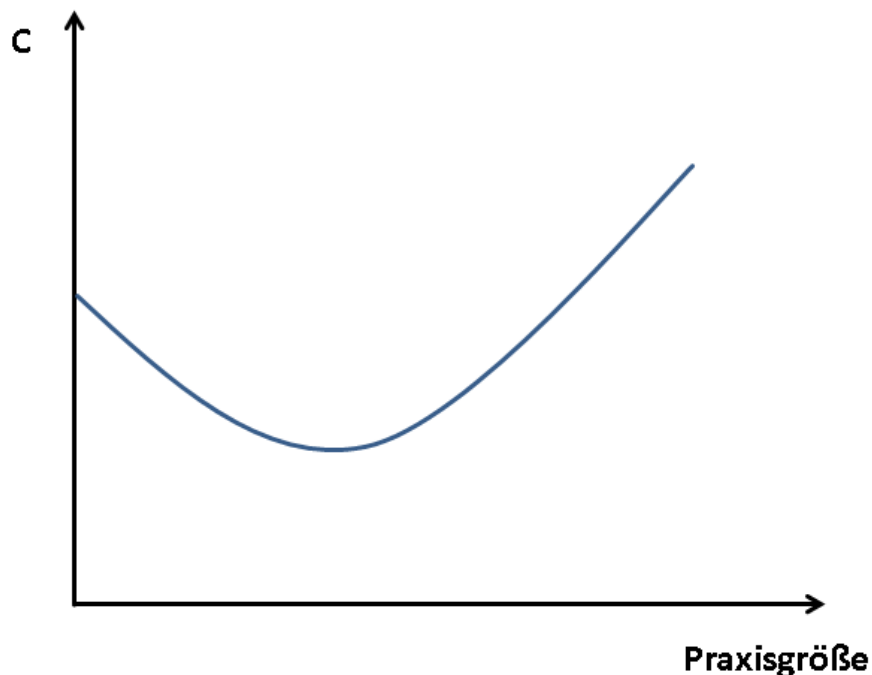
1.1.1. Vorteile von Kooperationen

Gruppenpraxen sind als alternatives Modell der gesundheitlichen Leistungserbringung durch ökonomische Kooperation von Individuen konzipiert (Cypionka et al., 2011: 5), weshalb hier einige theoretische Ansätze im Bereich der Produktion (Theorie der Unternehmung, Industrieökonomik und Wohlfahrtsökonomik) und Organisation (Neue Institutionenökonomik) anwendbar sind. Einen der meistgenannten Vorteile in der Gründung von medizinischen Kooperationen stellen positive Skaleneffekte (Engl.: „economies of scale“) dar, bei denen durch eine Erhöhung der Outputmenge die Inputfaktoren effizienter genutzt werden können, wie es zum Beispiel bei Massenproduktionen der Fall ist. In der mikroökonomischen Produktionstheorie geht man davon aus, dass die Fixkosten bis zu einem gewissen Produktionsniveau unterproportional zur Outputmenge steigen, d.h. der Anteil der Fixkosten an einer Outputeinheit nimmt ab. Skaleneffekten wird daher meist eine U-förmige Durchschnittskostenkurve zugrunde gelegt, d.h. ab einer gewissen Produktionsgröße gehen Skaleneffekte vom Positiven ins Negative über. Es existiert somit, zumindest theoretisch, eine optimale Größe der Produktionseinheit. Eine solche optimale Größe im medizinischen Bereich wurde bereits in akademischen Kreisen diskutiert (vgl. Pope und Burge, 1996; Pope und Burge, 1992; Marder und Zuckerman, 1985). Weitere Möglichkeiten, Skaleneffekte zu erzielen bestehen im erhöhten Grad der Arbeits- und Managementspezialisierung (Dilts, 2004: 41). Die U-Form der Durchschnittskostenkurve impliziert auch, dass ab einer gewissen Produktionsgröße negative Skaleneffekte (Engl.: „diseconomies of scale“) überhand nehmen und die Durchschnittskosten wieder steigen lassen. Canbäck et al. (2006) fassten für ihre empirische Untersuchung diese negativen Skaleneffekte zusammen und führten an, dass diese durch abnehmende Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen, Abgeschlossenheit der oberen Managementebenen, Beschränkung bei der Setzung von

Leistungsanreizen und Kommunikationsverzerrungen hervorgerufen werden. Diese dürften im Größenbereich heutiger Gruppenpraxen aber weniger eine Rolle spielen.

Die Möglichkeit, positive Verbundeffekte (Engl.: „economies of scope“) zu erzielen erhöht ebenfalls die Attraktivität von größeren Zusammenschlüssen. Solche Verbundeffekte sind den Skaleneffekten sehr ähnlich und liegen vor, wenn sich Güter gemeinsam kostengünstiger produzieren lassen, als dies der Fall wäre, wenn man diese Güter einzeln produzieren würde. Dies kann der Fall sein, wenn z.B. bei der Produktion eines Gutes Nebenprodukte anfallen, die für die Produktion eines anderen Gutes genutzt werden können oder eben auch durch die gemeinsame Nutzung unteilbarer und kostenintensiven Inputs, wie medizinische Großanlagen, die von mehreren Fachrichtungen benötigt werden. Ein Beispiel für solche Nebenprodukte wären Testbefunde aus einem Labor, die auch für Behandlungen in anderen Fachrichtungen von Interesse sein können und so doppelt genutzt werden können. Im Falle von medizinischen Großanlagen ist der positive Verbundeffekt erkennbar, da es weniger kostenaufwendig ist eine Anlage für mehrere Abteilungen zur Verfügung zu stellen, als je eine solche Großanlage für jede Abteilung.

Für den medizinischen Bereich stellt sich aber die Frage, wie genau der „Output“ eines Arztes beziehungsweise einer Praxis gemessen werden soll. Manche Studien nehmen die Patientenbesuche pro Woche als Output an, wohingegen andere Studien auf erwirtschaftete Umsätze zurückgreifen. Eine Analyse anhand des Verlaufs der Durchschnittskostenkurve bei Arztpraxen zeigt hier eine lehrbuchhafte U-förmige Kostenkurve (vgl. Kimbell und Lorant 1977). Dies deutet darauf hin, dass bei wachsender Praxisgröße zumindest anfangs zunehmende Skalenerträge erwirtschaftet werden können, d.h. der Output verändert sich überproportional zu den Inputs. Diese Relation schlägt jedoch ab einer gewissen Praxisgröße ins Gegenteil um und die Praxis sieht sich mit abnehmenden Skalenerträgen konfrontiert. In Abbildung 1 ist dieser Effekt der Skalenerträge auf die Durchschnittskosten veranschaulicht.

Abbildung 1: Verlauf der langfristigen Durchschnittskostenkurve einer Gruppenpraxis

Quelle: IHS HealthEcon 2013

In medizinischen Kooperationen können sich solche positiven Skaleneffekte in erster Linie in einer durch größere Patientenströme hervorgerufenen besseren Auslastung und Nutzung von unteilbaren medizinischen Anlagen, Ordinationspersonal sowie der gemeinsamen Räumlichkeiten manifestieren. Aufbau und Nutzung gemeinsamer Kapazitäten kann die bürokratische Belastung des ärztlichen Personals spürbar reduzieren und das Prozessmanagement fördern (Amelung und Wolf, 2011: 1568). Auch die Substitution bestimmter ärztlicher Tätigkeiten durch paramedizinisches Personal ist in Kooperationen leichter möglich als in einer Einzelpraxis, wodurch Kosten gesenkt werden können. Weitere Vorteile von medizinischen Kooperationen liegen außerdem in der erhöhten Flexibilität in der Reaktion auf Nachfrageänderungen und in der erhöhten Verhandlungsmacht gegenüber Vertragspartnern. Es gilt jedoch zu beachten, dass die Erzielung von Skaleneffekten stark von der gewählten Form der Vergütung innerhalb der Gruppenpraxis abhängt.

Risikostreuung

In einer Gruppenpraxis ergibt sich durch die gemeinsame Nutzung nichtteilbarer medizinischer Inputs und Ordinationsräumlichkeiten für den einzelnen Arzt ein geringerer Investitionsaufwand und folglich eine geringere finanzielle Bindung an die Praxis. Außerdem wird das von den einzelnen Ärzten getragene Risiko durch die erhöhte Risikostreuung einer Gruppenpraxis zusätzlich verringert. DeFelice und Bradford (1997: 457) führen darüber hinaus noch an, dass für Ärzte in Einzelpraxen zwar die Möglichkeit besteht, sich gegen Schadensansprüche von Patienten zu versichern, jedoch stellt dies in diesem Fall für den

Arzt eine höhere psychologische und zeitliche Belastung dar, als wenn die Gruppenpraxis als Firma mit diesen Ansprüchen konfrontiert wird. Vor allem für Ärzte mit ausgeprägter Risikoaversion kann also die Mitarbeit in einer Gruppenpraxis eine willkommene Alternative zur Gründung einer Einzelpraxis darstellen. Amelung und Wolf (2011: 1568) verweisen auf den in Deutschland durch zunehmende Technisierung stetig ansteigenden Investitionsbedarf bei der Neugründung einer Praxis. Nicht zuletzt der zunehmende Grad der Feminisierung der Medizin ruft einen erhöhten Bedarf nach familienfreundlichen Arbeitsbedingungen im medizinischen Bereich hervor, wodurch für viele junge Ärzte ein Anstellungsverhältnis mit flexibel geregelten Arbeitszeiten attraktiver ist als der risikoreiche Schritt in die Selbstständigkeit (Amelung und Wolf, 2011: 1568), insbesondere in die allein verantwortete.

Marketing

Einen weiteren interessanten positiven Aspekt von medizinischen Kooperationen erkennt Getzen (1984) in den erweiterten Möglichkeiten, Marketing zu betreiben und einen „Marknamen“ aufzubauen, da Patienten hier mit einem einzigen Anbieter interagieren, der mehrere Fachrichtungen kombiniert. Eine mögliche Interpretation ist, dass Patienten ihre Zufriedenheit mit der Behandlung nicht ausschließlich auf den behandelnden Arzt, sondern auch auf die Gruppenpraxis an sich projizieren und folglich eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, sich anderen medizinischen Problemen wieder an eine Stelle in der Gruppenpraxis zu wenden. Je größer die Informationsasymmetrien ausfallen (z.B. bei höheren Suchkosten), desto größer sind auch die Vorteile, die durch einen Markennamen erzielt werden können (Getzen, 1984: 212).

Versorgung unter einem Dach

DeFelice und Bradford (1997) nennen als weiteren Vorteil von Gruppenpraxen, dass es nicht wie für Einzelpraxen nötig ist, Verträge bzw. informelle Übereinkünfte mit konkurrierenden Ärzten zu treffen um gegenseitige Unterstützung im Falle von Überlastung der einzelnen Praxen zu garantieren. Ist ein Patient gezwungen, auf eine andere Praxis auszuweichen, besteht die Gefahr, dass dieser Patient dauerhaft zu der neuen Praxis wechselt. Bei Gruppenpraxen müssten Patienten lediglich hausintern ausweichen, wodurch das Risiko, diesen Patienten zu verlieren, minimiert werden würde. Insgesamt finden die Autoren jedoch keine Effizienzunterschiede zwischen Einzel- und Gruppenpraxen, wobei sie die Anzahl der Patientenbesuche pro Woche als Maß für Output benutzen. Das Argument ist aber gültig in Richtung der continuity of care, da es gerade im Bereich chronischer Erkrankungen von Vorteil ist, stabile Behandlungsverhältnisse zu haben.

In multidisziplinären Gruppenpraxen kann sich, zumindest theoretisch, die Möglichkeit hausinterner Überweisungen positiv auf den Gesamtumsatz der Praxis auswirken. Müssen Patienten in Einzel- bzw. einfach spezialisierten Gruppenpraxen an externe Stellen überwiesen werden, kann dies bei multidisziplinären Praxen hausintern geschehen. Da sich

für die Patienten Ersparnisse bei Such- und Wegkosten realisieren lassen, weisen diese eine hohe Wahrscheinlichkeit auf, diese Möglichkeit auch zu nutzen, wodurch für die Gruppenpraxis höherer Umsatz lukriert wird. Aus gesellschaftlicher Sicht besteht aber die (theoretische) Gefahr, dass diese Möglichkeit überstrapaziert wird und auch Überweisungen durchgeführt werden, die aus versorgungstechnischer Sicht nicht unbedingt nötig wären. Patienten können dies jedoch nicht abschätzen, da zwischen ihnen und den Ärzten erhebliche Informationsasymmetrien bestehen.

Aus Sicht der Versorgungsqualität haben analog dazu multidisziplinäre Gruppenpraxen auch einen Vorteil darin, dass Erkrankungen, die einen komplexeren fachübergreifenden Behandlungsablauf erfordern, mitunter schneller und effizienter erledigt werden können, wenn sich die Behandlungsstationen unter einem Dach befinden. Dies verschafft multidisziplinären Gruppenpraxen im Bereich der Integrierten Versorgung (IV) einen deutlichen Vorteil. Außerdem können durch einen multidisziplinären Ansatz in der Praxisausrichtung positive Lerneffekte stärker ausgenutzt werden, wodurch der Aufbau von Humankapital gefördert wird.

1.1.2. Probleme von Kooperationen

Trittbrettfahrer, Drückeberger und Arbeitsvermeidung

Ökonomische Kooperationen bringen auch potentielle Nachteile mit sich, wobei hier allen voran das „Trittbrettfahren-Problem“ (Engl.: „freerider-problem“), „Drückebergerei“ oder Arbeitsvermeidung (Engl.: „shirking“), Materialverschwendung (Engl.: „slacking“) und die Problematik mit öffentlichen Gütern zu nennen sind. Falls in einer Gruppe der gemeinsame Output der einzige messbare Indikator für Inputs ist, bietet dies den einzelnen Akteuren die Möglichkeit, bei ihrem Arbeitsaufwand zu schwindeln (Holmstrom, 1982: 325). Umgelegt auf eine Gruppenpraxis würde dies bedeuten, dass bei unzulänglichen Kontrollmechanismen Anreize für einzelne Ärzte bestehen, ihren persönlichen Arbeitsaufwand zu drosseln und sich sozusagen von den Kollegen mitziehen zu lassen. Nach Holmstrom (1982: 338, 339) kann die Trittbrettfahrerproblematik in einem Setting mit mehreren Akteuren durch eine teilweise Trennung von Besitz und Arbeit zu großen Teilen vermieden werden, wobei hierdurch kapitalistische Unternehmungen einen Vorteil gegenüber Partnerschaften genießen. Dieser Schluss lässt sich aber nicht eins zu eins auf den medizinischen Bereich übertragen, falls die Managementebene ausschließlich aus nicht-medizinischem Personal besteht. Durch die Komplexität der medizinischen Leistungserbringung haben nicht-medizinische Manager kaum Möglichkeiten festzustellen, ob die einzelnen Ärzte ihre Zeit effizient nutzen (Kimbell und Lorant, 1977: 378). Diese Problematik betrifft multidisziplinäre Gruppenpraxen noch stärker, selbst wenn dort Ärzte in der Managementebene vertreten sind. Da zwischen Ärzten aus unterschiedlichen Fachrichtungen Informationsasymmetrien bestehen können, kann es

für fachfremde Ärzte schwer abschätzbar sein, wie effizient ein Kollege die Arbeitszeit nützt. Ein Dermatologe in der Managementebene kann eben nur schwer abschätzen, wie arbeitsaufwendig einzelne Behandlungsschritte eines Internisten tatsächlich sind. Durch das Definieren von Output-Zielen kann versucht werden dem gegenzusteuern, jedoch gilt zu bedenken, dass solche Informationsasymmetrien das Festlegen solcher Output-Ziele bereits erschwert.

Zusammensetzung und Größe der kooperierenden Gruppe spielen bei der Ressourcenallokation und dem persönlichen Arbeitsaufwand ebenfalls eine entscheidende Rolle. Bei relativ homogenen Gruppen weicht die Zielfunktion des einzelnen nicht weit von der „durchschnittlichen“ Zielfunktion der Gruppe ab, wodurch die mit Drückebergerei verbundenen Probleme merklich verringert sind, sofern die Zielfunktion der gesamten Gruppe eine einfache Verbindung der individuellen Zielfunktionen ist. Je heterogener eine Gruppe ausfällt, desto höher ist der Anreiz der einzelnen Mitglieder, Aktionen zu setzen, die zwar ihren Individualinteressen entsprechen, aber womöglich zu den Interessen der Gruppe konträr sind. Ist der Output einer Gruppe ein öffentliches Gut, d.h. ein Gut ohne ausschließenden Charakter, so zeigt Olsen (1966), dass für die einzelnen Gruppenmitglieder Anreize bestehen, den eigenen Arbeitsaufwand zu minimieren. Drückebergerei gewinnt auch mit steigender Gruppengröße an Bedeutung, da die Überwachung einzelner Mitglieder zunehmend aufwändiger wird. In kleinen Gruppen spielt vor allem sozialer Gruppendruck eine wichtige Rolle bei der Vermeidung von Drückebergerei, wohingegen in großen Gruppen zunehmend komplexere Mechanismen zur Vermeidung beziehungsweise auch formale Überwachungsmethoden implementiert werden müssen. Dieses Konzept ist lediglich für Gruppenpraxen relevant, da in Einzelpraxen die Zielfunktion des Arztes die Zielfunktion der gesamten Praxis darstellt. Insoweit spielt auch Drückebergerei in der Einzelpraxis keine Rolle. (DeFelice und Bradford, 1997: 457)

Dieser theoretische Ansatz liefert auch Hinweise auf die Resultate der empirischen Untersuchung von Reinhardt (1972), wonach Ärzte in auf ein Fachgebiet spezialisierte Gruppenpraxen effizienter arbeiten als in multidisziplinären Praxen. Da Ärzte aus einem Fachgebiet offensichtlich über ähnliche Kompetenzen verfügen, ergibt sich eine größere Möglichkeit eines kontinuierlichen „Peer-review“-Prozess. Zwischen den einzelnen Ärzten bestehen keine nennenswerten Informationsasymmetrien, d.h. Kollegen können hier besser einschätzen, ob jemand seine Zeit effizient nutzt, da sie den Zeitaufwand einzelner Behandlungsschritte besser abschätzen können. In multidisziplinären Gruppenpraxen ist ein entsprechender Kontrollmechanismus bestenfalls in abgeschwächter Form vorhanden. Ein solcher Kontrollmechanismus ist nicht nur in Bezug auf die Verwendung der Arbeitszeit relevant, sondern kann auch analog auf Ressourcenvergeudung umgelegt werden. Im medizinischen Bereich sind die Inputs jedoch etwas abstrakter zu fassen, als es in der allgemeinen Produktionstheorie der Fall ist. Ressourcenvergeudung im Übertragenen Sinn kann hier zum Beispiel ein aus Versorgungssicht unnötiger (teurer) Behandlungsschritt sein, für den die Praxis weniger Vergütung erhält, als Kosten entstehen. Unter fachgleichen

Kollegen könnte ein solcher unnötiger Behandlungsschritt leichter aufgedeckt und sanktioniert werden. Konsequenterweise weitergedacht kann sich aus diesem Umstand natürlich eine für den Patienten sehr problematische Situation ergeben, da für Ärzte durch den großen Gruppendruck der Anreiz besteht, solche Behandlungsschritte möglichst selten zu setzen, was in einigen Fällen dazu führen könnte, dass notwendige Behandlungsmaßnahmen ausbleiben. Diese Gefahr scheint aber einen rein hypothetischen Charakter zu besitzen und wird stark durch die Möglichkeit abgeschwächt, schnell und unkompliziert eine Zweitmeinung eines Kollegen einzuholen. Im Falle von multidisziplinären Gruppenpraxen ist dieser informelle Austausch noch durch einen interdisziplinären Aspekt bereichert.

Konkurrenz innerhalb einer Firma

Konkurrenz innerhalb der Firma ist ein weiterer Punkt, der zu ineffizienter Ressourcenallokation in einer Gruppe führen kann und daher einen potentiellen Nachteil von Gruppenpraxen gegenüber Einzelpraxen darstellt. Ein solches kompetitives Verhalten zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern kann dann auftreten, wenn die Vergütung so ausgelegt ist, dass Mitglieder mit höherem Output proportional mehr verdienen. Im medizinischen Bereich könnte das zum Beispiel der Fall sein, wenn Ärzte, die eine höhere Zahl an Patientenbesuchen vorweisen, einen höheren Anteil am Profit der gesamten Praxis erhalten. Nun können Ärzte über zwei Wege Patienten gewinnen, nämlich einerseits über die Anwerbung neuer Patienten von außerhalb der Praxis oder andererseits durch die Abwerbung von Patienten, die sich bei einem Kollegen innerhalb der Praxis in Behandlung befinden. Würde die Gruppe von ersterem profitieren, stellt die Abwerbung lediglich eine Nutzung der persönlichen Ressourcen zur Erwirkung eines Transfers innerhalb des Unternehmens dar, wodurch unter dem Strich für die gesamte Gruppe weniger Ressourcen verfügbar wären. (DeFelice und Bradford, 1997: p 457)

Ein solches Vergütungssystem, das kompetitives Verhalten innerhalb der Firma fördert kann sich in Gruppenpraxen auch in Bezug auf die Versorgungsqualität negativ auswirken, da für Ärzte Anreize bestehen, möglichst viele Patienten in der vorhandenen Zeit abzufertigen, oder in anderen Worten, die Patientenzeit zu minimieren.

Der zuvor angesprochene U-förmige Verlauf der Durchschnittskostenkurve ist auch mit der Hypothese vereinbar, dass bei zunehmender Gruppengröße und -komplexität, Transaktions- und Koordinierungskosten ab einem gewissen Punkt überproportional stark steigen. Da viele der hier angeführten Überlegungen erheblich von der Größe der Gruppe abhängen, ist es auch wichtig zu erörtern, in welchem Bereich sich die optimale Praxisgröße bewegt.

Die Vor- und Nachteile der nach Größe geordneten Kooperationsformen sind in Tabelle 1 abschließend zusammengefasst:

Tabelle 1: Vor- und Nachteile nach Größe der Kooperationsform

Form	Einzelpraxis	Kleine bis mittelgroße Kooperationen (2-8 Ärzte)	Große Kooperationen (ab 8 Ärzten)
Vorteile & Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> - keine Anreize für „shirking“ und „slacking“ - hoher Grad an professioneller Selbstständigkeit - keine positiven Skaleneffekte erzielbar - keine gemeinsame Ressourcennutzung - keine optimale Auslastung nicht-ärztlicher Inputs - kaum Reaktionsfähigkeit auf Nachfrageänderungen - hoher Grad an bürokratischer Belastung für den Arzt - begrenztes Marketingpotential - Unflexible Öffnungszeiten - mangelnde Zurverfügungstellung von unteilbaren Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> - Generierung von positiven Skaleneffekten möglich - optimale Auslastung nicht-ärztlicher Inputs - kaum Anreize für „shirking“ und „slacking“ - hoher Grad an Identifikation mit dem Unternehmen - Risikoabwälzung auf das Unternehmen - informale Zweitmeinungen - noch keine komplexen Kontrollmechanismen nötig - einfache Managementstruktur - interne Überweisungen sind möglich - hohe Reaktionsfähigkeit auf Nachfrageänderungen - bürokratische Belastung kann auf das Unternehmen abgewälzt werden - erweiterte Möglichkeiten Marketing zu betreiben - flexiblere Öffnungszeiten - bei größeren Zusammenschlüssen kann es bereits zu negativen Skaleneffekten kommen 	<ul style="list-style-type: none"> - Anschaffung teurer Geräte ist leichter möglich - hohe Reaktionsfähigkeit auf Nachfrageänderungen - optimale Auslastung medizinischer Großgeräte - ausgeprägte Kompetenzbündelung - flexible Öffnungszeiten - interne Überweisungen - Verhandlungsmacht gegenüber Vertragspartnern - minimale bürokratische Belastung für ärztliches Personal - hoher Anreiz für „shirking“ und „slacking“ - negative Skaleneffekte könnten hier bereits überwiegen - komplexe Kontrollmechanismen sind nötig - komplexe Managementstruktur - Trittbrettfahrer-Probleme - schlechtere Identifikation mit dem Unternehmen

Quelle: IHS HealthEcon, 2013

1.2. Empirische Untersuchungen

Kosten und Effizienz

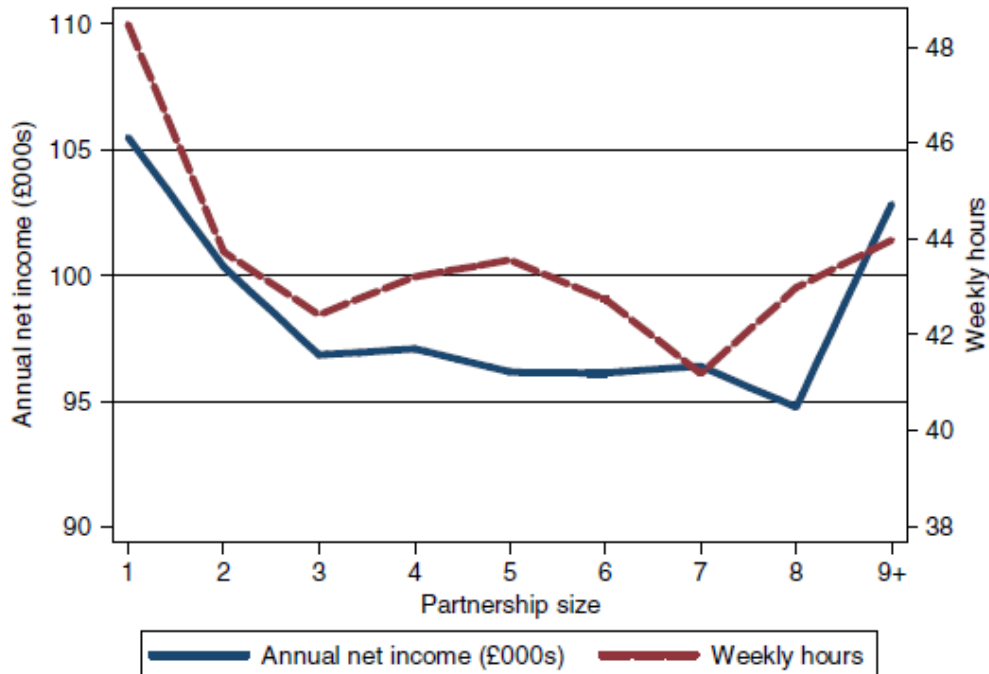
Frech und Ginsburg (1974: 36) erkennen in einer Survivor-Analysis, dass Gruppenpraxen höhere marginale Effizienzgewinne als Einzelpraxen aufweisen, wobei bei Gruppenpraxen kleine und größere Zusammenschlüsse effizienter zu sein scheinen, als mittelgroße (7-25 Ärzte). Diese invertierte U-Form der Durchschnittskostenkurve wird von den Autoren auf die Unteilbarkeit von Managementservices und die ungünstigen Anreize einiger Vergütungssysteme zurückgeführt. Kimbell und Lorant (1977: 376f) kommen zu dem Schluss, dass kleinere spezialisierte Gruppenpraxen zunehmende Skalenerträge aufweisen, während größere multidisziplinäre Gruppenpraxen mit abnehmenden Skalenerträgen konfrontiert sind. Sie sehen vor allem in der besseren Auslastung von Ordinationshilfen und unteilbaren Inputs Stärken von Gruppenpraxen. In Gruppenpraxen ist es außerdem für Ordinationshilfen möglich, sich besser auf einzelne Aufgaben zu spezialisieren, was in Einzelpraxen ob des universellen Anspruchs des Einsatzgebietes bestenfalls begrenzt möglich ist. Diese Ergebnisse sind mit jenen von Reinhardt (1972) im Einklang, der mittels einer geschätzten Produktionsfunktion für ärztliche Leistungen zu dem Schluss kommt, dass nicht-ärztliche Inputs in Einzelpraxen nicht voll ausgenutzt werden und weiter, dass auf ein Fachgebiet spezialisierte Gruppenpraxen die höchste Effizienz in der Leistungserbringung aufweisen. Graham (1972) wendet hingegen ein, dass es in Einzel- sowie Gruppenpraxen sehr wohl zu ineffizienter exzessiver Nutzung von Neben- bzw. nicht-ärztlichen Inputfaktoren bei der Leistungsbereitstellung kommt, verweist aber darauf, dass Gruppenpraxen durch die erhöhte gemeinsame Ressourcennutzung auch höheres Potential für effiziente Produktion aufweisen. Im Gegensatz hierzu liefert Newhouse (1973) durch die Analyse der Kostenstruktur verschiedener Praxen und Kliniken theoretische und empirische Hinweise darauf, dass in Gruppenpraxen keine Effizienzvorteile gegenüber Einzelpraxen erzielt werden können, da Kostenteilung und Ertragsaufteilung hier zu Ineffizienzen führen. Aufbauend auf Olsen (1966) sieht Newhouse einen Grund für die negative Anreizsetzung in Bezug auf den individuellen Arbeitsaufwand sowie mangelnde Anreize zur Kostensenkung im öffentlichen Charakter der produzierten Leistungen. Er warnt jedoch vor einer Überbewertung seiner Resultate, da die verwendete Sample, also die Anzahl der untersuchten Praxen, sehr klein ist (Newhouse, 1973: 52).

Rosenman und Friesner (2004) analysieren durch *data envelopment analysis (DEA)* die erzielbaren Verbundvorteile in Bezug auf die Zusammensetzung von Gruppenpraxen, wobei sie hier zwischen heterogenen Gruppenpraxen, also mehrfachspezialisierten Praxen, die sich aus verschiedenen spezialisierten Ärzten zusammensetzen, und homogenen Gruppenpraxen, die lediglich eine einfache Spezialisierung aufweisen, unterscheiden. Die Autoren argumentieren, dass einfach spezialisierte Gruppenpraxen effizienter arbeiten als ihre multidisziplinären Pendanten, deren Ineffizienzen zu großen Teilen technischer und allokativer Natur sind.

Unter Ärzten ist die Möglichkeit durch den Zusammenschluss zu Gruppenpraxen positive Skaleneffekte zu erzielen weitgehend bekannt. So führen Casalino et al. (2003: 1960) an, dass in Interviews mit Ärzten aus den USA der zweitemeist genannte Grund für die Gründung einer Gruppenpraxis die Möglichkeit der Erzielung von Skaleneffekten bei Einkauf, Management und Informationssystemen war. Der am häufigsten genannte Vorteil aus großen Zusammenschlüssen war in den Augen der Ärzte die verbesserte Verhandlungsposition gegenüber den Krankenversicherungen.

Arbeitsverhältnisse

Wie attraktiv Zusammenschlüsse und Partnerschaften für Ärzte sind lässt sich zu einem gewissen Grad daran abschätzen, inwieweit Ärzte bereit sind Einkommen gegen Freizeit und andere nicht-ökonomische Faktoren zu substituieren. Ist ein solches Arbeitsverhältnis in einer Partnerschaft für Ärzte attraktiver als ein eigenständiges Arbeitsverhältnis, würden diese auch die Bereitschaft aufweisen, Einkommenseinbußen hinzunehmen. Umgekehrt würde dies aber bedeuten, dass für ein unattraktives Arbeitsverhältnis verhältnismäßig höhere Entlohnung realisierbar sein muss. Morris et al. (2011) untersuchten die Bestimmungsgrößen für das Gehalt von Allgemeinmedizinerinnen in England und stellten dabei fest, dass das Netto-Einkommen von Ärzten bei einer Praxisgröße von zwei bis acht Ärzten deutlich niedriger ist, als das von Ärzten in Einzelpraxen, jedoch liegt auch die Arbeitszeit pro Woche deutlich unter der ihrer selbständigen Kollegen. Ab einer Praxisgröße von neun Ärzten steigen sowohl Einkommen als auch der Arbeitsaufwand gemessen in Wochenstunden wieder deutlich an.

Abbildung 2: Bedingtes durchschnittliches Netto-Jahreseinkommen und Wochenstunden nach Praxisgröße

Quelle: Morris et al. 2011: 154

1.3. Optimale Praxisgröße

Eine endgültige Antwort auf die Frage der optimalen Praxisgröße lässt sich jedoch nicht ohne weiteres liefern. Einerseits gelangen andere Studien zu gegensätzlichen Ergebnissen und andererseits scheint die optimale Praxisgröße je nach Art, Auslegung und Anforderungen zu variieren. Pope und Burge (1996: 436) kommen mittels einer Schätzung unter Verwendung einer Brutto-Umsatz Produktionsfunktion für selbstständige Ärzte zu dem Schluss, dass durch den Zusammenschluss zu einer einfach spezialisierten Kooperation die Durchschnittskosten gesenkt werden können. Die Praxisgröße mit den geringsten Durchschnittskosten liegt nach ihrer Schätzung bei 5,2 Ärzten. Da die realisierte durchschnittliche Praxisgröße bei ihrer Untersuchung bei 2,4 Ärzten lag, kann darauf geschlossen werden, dass Ärzte bei der Gründung von Gruppenpraxen vordergründig ihren Nutzen maximieren, wobei hier auch nicht-ökonomische Faktoren wie die jeweilige Präferenz zur Selbständigkeit miteinfließen (Pope und Burge, 1996: 437). Nach Casalino et al. (2003: 1961) waren sich die interviewten Ärzte zwar bewusst, dass die in der Literatur empfohlene Gruppengröße zwischen fünf und sieben Ärzten liegt, wandten aber ein, dass durch die aktuellen Anforderungen an Informationssysteme und Manager die für Skaleneffekte notwendige Praxisgröße zugenommen hat. Auch die von Morris et al. (2011) erhobenen Einkommensdaten deuten darauf hin, dass aus Sicht der Ärzte eine Beteiligung

an einer Gruppenpraxis mit zwei bis acht Ärzten erstrebenswert zu sein scheint, da Ärzte hier die größte Bereitschaft aufweisen Gehaltsabschläge zu akzeptieren. Dies deutet ebenfalls darauf hin, dass nicht-ökonomische Faktoren in die Entscheidung miteinfließen. So gelangen Kimbell und Lorant (1977) zu dem Ergebnis, dass Einzel- und kleine Gruppenpraxen höhere Skalenerträge aufweisen als große Gruppenpraxen, wohingegen Marder und Zuckerman (1985) die optimale Praxisgröße in großen multidisziplinären Gruppenpraxen erfüllt sehen.

2. Internationale Vergleiche

2.1. Evidenz aus Deutschland

Im folgenden Kapitel wird auf Skaleneffekte in und Präferenzen der Ärzte für Gruppenpraxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland näher eingegangen um daraufhin Parallelen zur Situation in Österreich ziehen zu können. Aufgrund historischer und kultureller Ähnlichkeiten der Gesundheitssysteme und der Tatsache, dass vergleichbare Reformen in Deutschland in der Regel früher durchgeführt werden, nimmt Deutschland vielfach eine Vorreiterrolle für Österreich ein.

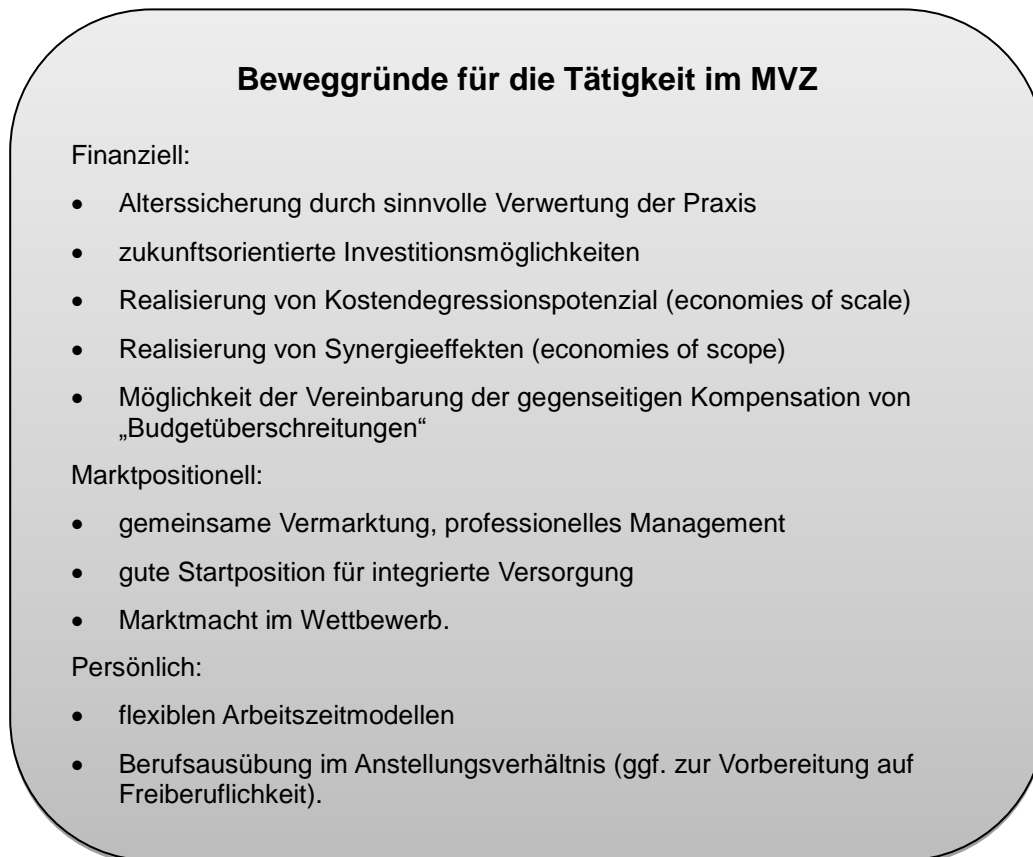
Das deutsche Gesundheitssystem ist mit dem österreichischen historisch und in der Organisationsstruktur vergleichbar. So haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) z.B. freie Arztwahl und es gibt keine Gatekeeper-Funktion der Hausärzte. Obwohl Versicherte gemäß § 76 Sozialgesetzbuch V ihren Hausarzt pro Abrechnungsquartal nicht wechseln sollen, wird diese Bestimmung in der Praxis oft nicht eingehalten¹ (Busse und Riesberg, 2005).

Wie in Czypionka et al. (2012) erläutert, können sich Ärzte in Deutschland zu Praxismgemeinschaften, Apparatgemeinschaften, Ärztehäusern und Praxisnetzen zusammenschließen, wobei in diesen Einheiten nur eine organisatorische und keine ärztliche Kooperation enthalten ist und die Ärzte getrennt mit der Krankenkasse abrechnen. Dagegen findet im Rahmen von Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) eine gemeinsame Ausübung der ärztlichen Tätigkeit statt. MVZ zeichnen sich im Besonderen durch die Möglichkeit aus, dass Ärzte nicht nur als Gesellschafter, sondern auch als Angestellte tätig sein können und dass MVZ nicht nur durch Vertragsärzte, sondern auch durch alle medizinischen Leistungserbringer gegründet werden können, welche an der medizinischen Versorgung aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag teilnehmen. Dazu gehören neben Vertragsärzten auch Krankenhäuser, Apotheken, Psychotherapeuten, Rehabilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringer oder Leistungserbringer für die häusliche Krankenpflege.

Im Gegensatz zu Gruppenpraxen müssen MVZ aber verschiedene Fachärzte oder Ärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten umfassen (§ 95 SGB V, KBV, 2010). Durch die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten ergeben sich drei verschiedene MVZ „Grundtypen“: MVZ mit ausschließlich angestellten Ärzten, MVZ mit Vertragsärzten und angestellten Ärzten und MVZ ausschließlich mit Vertragsärzten (KBV, 2010: 16).

¹ Seit der Gesundheitsreform 2004 müssen Krankenkassen ihren Versicherten allerdings die Möglichkeit einer hausarztzentrierten Versorgung anbieten (Busse, Riesberg 2005).

Abbildung 3: Beweggründe für Tätigkeit in einem MVZ



Quelle: KBV, 2010: 14

Als Beweggründe für Ärzte, in einem MVZ tätig zu sein, gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2010: 14) weit gefächerte Vorteile an, die grob in finanzielle, marktpositionelle und persönliche Vorteile gegliedert werden können. Zu den finanziellen Vorteilen können Alterssicherung durch sinnvolle Verwertung der Praxis, zukunftsorientierte Investitionsmöglichkeiten, Realisierung von Kostendegressionspotenzial (economies of scale), Realisierung von Synergieeffekten (economies of scope) und die Möglichkeit der Vereinbarung der gegenseitigen Kompensation von „Budgetüberschreitungen“ gezählt werden. Die bessere Marktposition eines MVZ gegenüber einer Einzelpraxis entsteht durch eine gemeinsame Vermarktung, professionelles Management, eine gute Startposition für integrierte Versorgung, und Marktmacht im Wettbewerb. Außerdem bieten MVZ als „persönliche“ Vorteile die Möglichkeit zu flexiblen Arbeitszeitmodellen und zu einer Berufsausübung im Anstellungsverhältnis (gegebenenfalls zur Vorbereitung auf Freiberuflichkeit).

Erhebungen der „economies of scale“ und „economies of scope“ in MVZ und Gruppenpraxen sind ausgesprochen arbeitsintensiv und quantifizierbare Ergebnisse dementsprechend selten. Dieses Kapitel versucht, sich an die Annahme, dass in Deutschland Effizienzvorteile durch Kooperationen erzielt werden können, durch Umfrageergebnisse,

Kostenstrukturerhebungen und Kostenfunktionsschätzungen anzunähern. Diese Annahme wird Großteils bestätigt.

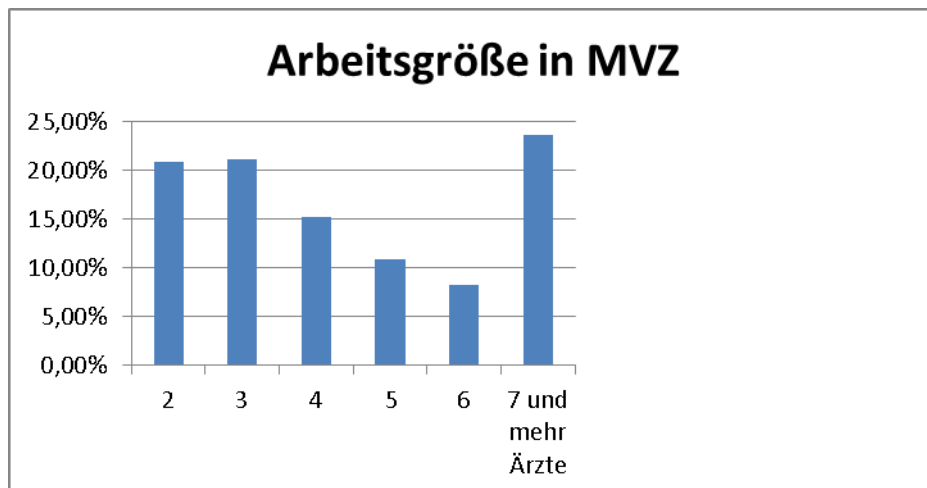
2.1.1. Befragungsergebnisse

Im Folgenden wird besonders auf die finanziellen und persönlichen Vorteile von MVZ Bezug genommen, welche im Rahmen von regelmäßigen Erhebungen der KBV empirisch untersucht werden.

Seit der gesetzlichen Möglichkeit zur Gründung von MVZ 2004 stieg die Zahl der MVZ und der darin tätigen Ärzte kontinuierlich. Waren es im 3. Quartal 2007 noch 880 MVZ mit 1.109 Vertragsärzten und 2.509 angestellten Ärzten, gab es 4 Jahre später im 3. Quartal 2011 bereits 1750 MVZ mit 1.314 Vertragsärzten und 8.257 angestellten Ärzten (KBV, 2011). Mit Ende 2012 waren 6% (8.969) der niedergelassenen Ärzte in MVZ tätig, 37% (51.054) arbeiteten in Gemeinschaftspraxen und 57% (79.515) der niedergelassenen Ärzte führten Einzelpraxen.

Dabei stieg nicht nur die Zahl der angestellten Ärzte in MVZ, auch erhöhte sich die durchschnittliche Zahl der in MVZ tätigen Ärzte. Abbildung 4 zeigt die Arbeitsgröße der MVZ in Prozent (KBV, 2012). Mit einem Anteil von 20,9% und 21,2% erfreuen sich kleine MVZ mit zwei und drei Ärzten großer Beliebtheit. In 15,2% der MVZ arbeiten vier Ärzte, in 10,9% der MVZ arbeiten fünf Ärzte und 8,3% der MVZ verfügen über sechs Ärzte. Der Anteil von „großen“ MVZ mit sieben und mehr Ärzten bildet mit 23,6% wiederum die größte Gruppe in dieser Darstellung.

Abbildung 4: Arbeitsgröße in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

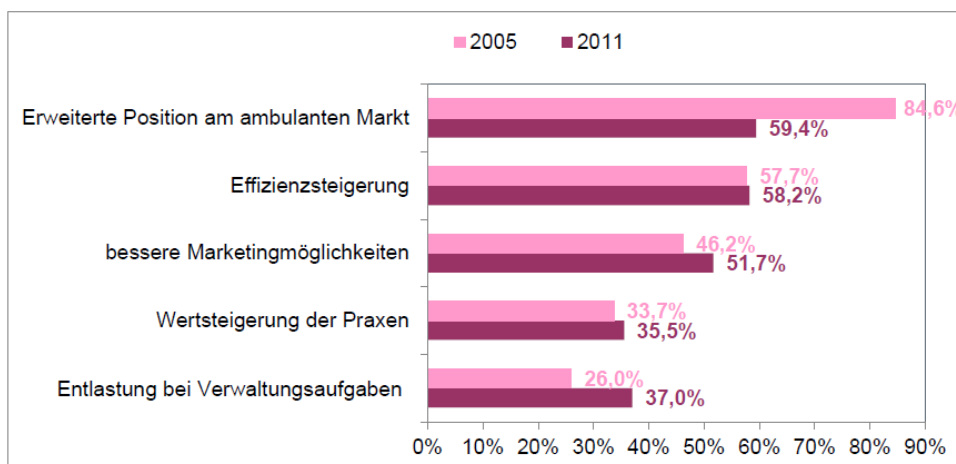


Quelle: KBV, 2012, Darstellung IHS HealthEcon 2013

Es wurde vom KBV (2012: 20) erhoben, auf Grundlage welcher Vorteile Leiter eines MVZ ihren Kollegen eine MVZ-Neugründung empfehlen würden. 80% der Befragten geben als Argument für die Gründung eines MVZ die bessere Nutzbarkeit von Synergieeffekten an und 78,5% weisen auf eine bessere fachliche Kooperation hin. Seltener werden die Wertsteigerung der Praxen (35,5%) und die Verbesserung der finanziellen Situation (25,1%) als potentielle Gründe für eine MVZ-Neugründung genannt.

Ein Vergleich der Gründungsmotivation 2005 mit den Argumenten bei der Empfehlung einer MVZ-Neugründung 2011, die bereits die Erfahrungswerte der letzten Jahre darstellen, in Abbildung 5 zeigt, dass Effizienzsteigerung, bessere Marketingmöglichkeiten, Wertsteigerung der Praxen und Entlastung bei Verwaltungsausgaben immer öfter als Vorteil von MVZ angeführt werden. Dahingegen wird eine erweiterte Position am ambulanten Markt nicht mehr als so großer Vorteil empfunden als noch fünf Jahre zuvor. (KBV, 2012: 21)

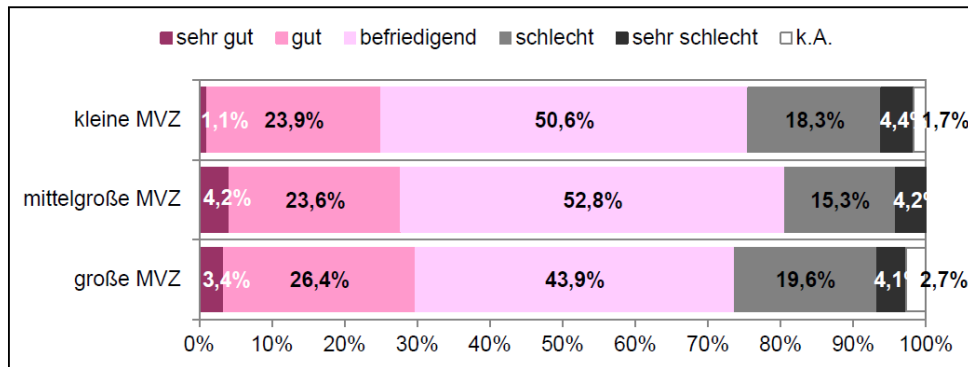
Abbildung 5: Vergleich der Gründungsmotivation (2005) mit Argumenten bei der Empfehlung einer MVZ-Neugründung (2011)



Quelle: KBV, 2012: 21

Die aktuelle Geschäftslage wird von ungefähr 75% der Befragungsteilnehmer als „befriedigend“ oder besser beurteilt wie aus Abbildung 6 ersichtlich. Ein differenzierteres Bild zeigt die Beurteilung der Geschäftslage abhängig von der Größe des MVZ. Mit steigender Anzahl der Ärzte nimmt auch die „sehr gute“ und „gute“ Beurteilung zu, allerdings haben große MVZ mit sieben und mehr Ärzten auch öfter eine negative Bewertung. Die größte Zufriedenheit mit der Geschäftslage scheint in mittelgroßen MVZ mit fünf bis sechs Ärzten vorzuherrschen (KBV 2012: 22).

Abbildung 6: Beurteilung der aktuellen Geschäftslage nach Arbeitsgröße

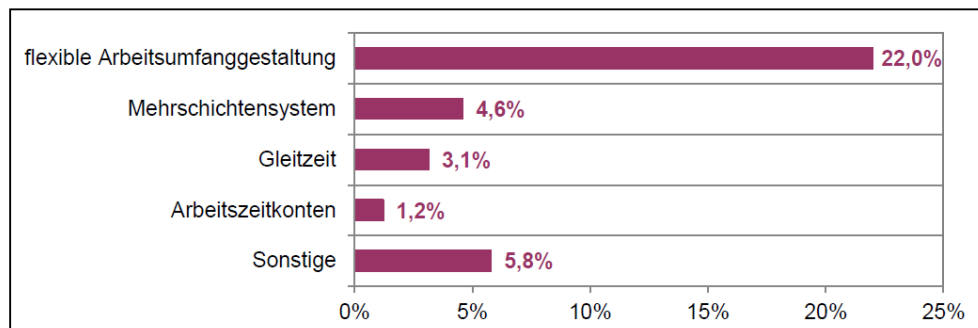


Quelle: KBV, 2012: 22

Eine Auswertung der Geschäftslage abhängig vom Standort wurde nicht durchgeführt. Allerdings zeigt die Umfrage, dass für 55,5% („trifft sehr stark zu“ und „trifft eher zu“) der MVZ in ländlichen Regionen die Versorgung einer hohen Zahl älterer Patienten eine aktuelle Herausforderung darstellt, während nur 33,3% in MVZ in Kernstädten und 35,4% der Leiter von MVZ in Ober-/Mittelzentren eine Herausforderung darin sehen. Eine hohe Zahl älterer Patienten erfordert viele Hausbesuche, die wiederum die Organisation der Praxissprechstunden komplizieren. (KBV 2012: 27)

Der zunehmende Wunsch nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die zunehmende Feminisierung der Medizin wirft die Frage auf, inwiefern flexible Arbeitszeitmodelle in MVZ genutzt werden. In 22% der befragten MVZ wird flexible Arbeitsumfanggestaltung angewandt, d.h. es wurden abweichend von der Normalarbeitszeit von 40h pro Woche Arbeitszeitvereinbarungen getroffen. Weitere 4,6% der MVZ wenden Mehrschichtsysteme an, 3,1% Gleitzeit, 1,2% Arbeitszeitkonten und 5,8% der MVZ wenden sonstige flexible Arbeitszeitmodelle an. (KBV, 2012: 25)

Abbildung 7: Einsatz flexibler Arbeitszeitmodelle



Quelle: KBV, 2012: 25

Folgt man den Präferenzen der zukünftigen Mediziner, werden flexible Arbeitszeitmodelle zukünftig eine größere Rolle spielen müssen. Nicht nur die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sondern auch das geringere Risiko der Tätigkeit in einem MVZ spiegelt den Wunsch der Studierenden zur vermehrten Tätigkeit in kooperativen Formen wider. Eine Umfrage des Hartmannbundes (2012) unter 4.396 Studierenden der Medizin zeigt, dass die zukünftigen Ärzte die Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis/MVZ höher schätzen als in einer Einzelpraxis. 66% der Teilnehmer würden, wenn sie sich niederlassen, eine Gemeinschaftspraxis/Praxiskooperation bevorzugen, 24% ein MVZ und 10% eine Einzelpraxis. Faktoren, welche die zukünftigen Ärzte davon abhalten, sich in einer Einzelpraxis niederzulassen, sind für 72% das finanzielle Risiko, für 63% zu wenig Zeit für die Familie, 62% Bürokratie, 60% fehlendes Arbeiten in Team, 49% ein hohes Arbeitspensum, 44 % zu wenig Zeit für Freizeit und 30% jahrelange Unsicherheit durch Regresse. Aber nicht nur die generelle Mitarbeit in einer kooperativen Einrichtung, sondern auch die Möglichkeit der Anstellung stellt eine attraktive Option für die Studierenden dar. Ein Anteil von 22% würde ein Angestelltenverhältnis in einer Praxis oder ein einem MVZ wählen.

Diese Studienergebnisse bestätigen die zuvor genannte Hypothese, dass Ärzte das geringere finanzielle Risiko einer Anstellung oder Mitarbeit in einer kooperativen Einrichtung gegenüber der ungeteilten Verantwortung in einer Gruppenpraxis bevorzugen. Als zweiter großer Vorteil einer Gruppenpraxis/MVZ bildet sich unter den Studierenden eine ausgewogenere Work-Life Balance heraus. Um den Beruf des Arztes attraktiver zu machen, müsste es für 85% der Befragten Unterstützung in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf geben, für 78% geregelte Arbeitszeiten und für 77% einen Bürokratieabbau. Die Möglichkeit zu flexible Arbeitszeitmodelle und besser planbare Arbeitszeiten in MVZ und Gruppenpraxen wird als Ausweg aus der Unvereinbarkeit zwischen Familie und Beruf gesehen. (Hartmannbund, 2012)

Eine besondere Bedeutung haben diese Ergebnisse deshalb, weil sie zum einen direkt auf die Motivation der Ärzte schließen lassen und zum anderen anders als planerische Ansätze oder theoretische Modelle Ergebnis eines Markttests sind. Mit anderen Worten, die Beurteilung von Effekten erfolgt hier aus dem realen Geschehen heraus. Es ist beispielsweise nicht davon auszugehen, dass Leiter eines bestehenden MVZs eine Empfehlung zur Neugründung aufgrund von Synergien und Effizienzsteigerungen aussprechen würden, ohne dass sich diese auch in ihren Einrichtungen realisiert hätten.

2.1.2. Kostenstrukturen in Arztpraxen

Quantifizierbare Ergebnisse über divergierende Kostenstrukturen in Gemeinschaftspraxen/MVZ und Einzelpraxen sind leider rar. Einerseits werden vom

statistischen Bundesamt und andererseits vom ZI-Praxis-Panel² ökonomische Daten über Arztpraxen erhoben, wobei allerdings nicht im Detail auf den Unterschied bzw. die Größe von Einzel- und Gruppenpraxen eingegangen wird. Des Weiteren gibt es zwei Modelle zur Berechnung der Kosten von Arztpraxen, welche in der Folge abgehandelt werden.

Das Statistische Bundesamt erhebt vierteljährlich die Kostenstruktur von Arztpraxen. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die aktuellsten verfügbaren Daten aus dem Jahr 2007. Darin ist ersichtlich, dass Einzelpraxen 130.000 EUR Reinertrag einbringen, während Gemeinschaftspraxen 160.000 EUR Reinertrag je Praxisinhaber und MVZ 199.000 EUR Reinertrag je Praxisinhaber erwirtschaften. Die Praxisinhaber in einem MVZ sind seine Träger, welche in keinem Angestelltenverhältnis stehen.

Tabelle 2: Überblick Arztpraxen im Jahr 2007

	Praxen	Praxis- inhaber	Einnahmen* ¹⁾ je Praxis	Aufwendungen je Praxis	Reinertrag je Praxis	Reinertrag je Praxisinhaber
	Anzahl		in 1.000 EUR			
Einzelpraxis	51.673	51.673	279	149	130	130
Gemeinschaftspraxis	17.071	39.569	743	372	371	160
MVZ	258	621	1.414	935	479	199
Arztpraxen gesamt	71.175	96.812	403	209	194	142

Anmerkung: *¹⁾ aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009: 15, Darstellung IHS HealthEcon, 2013

Tabelle 3 gliedert die Einnahmen, Aufwendungen und Reinerträge nach Praxisform und Fachgruppe erhoben vom Statistischen Bundesamt (2009). Hier wird ersichtlich, dass Gemeinschaftspraxen bis auf die Fachgruppe der Internisten niedrigere Aufwendungen in Prozent der Einnahmen als Einzelpraxen aufweisen. Auch ergibt sich für alle Fachgruppen ein höherer Reinertrag je Praxisinhaber in Gruppenpraxen verglichen mit Einzelpraxen. Eine detaillierte Unterteilung der Einnahmen und Aufwendungen nach Fachgruppen findet sich im Bericht des Statistischen Bundesamt (2009).

² Das ZI-Praxis-Panel wird vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt, welche ihrerseits eine Stiftung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung als Träger ist.

Tabelle 3: Arztpraxen nach Praxisform und Facharztbezeichnung im Jahr 2007

Facharztbezeichnung	Praxisform	Praxen	Praxisinhaber	Einnahmen*) je Praxis	Aufwendungen je Praxis	Reinertrag je Praxis	Reinertrag je Praxisinhaber
		Anzahl		in 1.000 EUR	In % der Einnahmen	In 1.000 EUR	
Allgemein-/ Praktische Ärzte	Einzelpraxis	20.160	20.610	234	52,9	110	110
	Gemeinschaftspraxis	6.371	13.749	479	43,6	270	125
Internisten	Einzelpraxis	7.817	7.817	234	52,8	151	151
	Gemeinschaftspraxis	3.177	7.373	873	54,6	396	168
Frauenheilkunde	Einzelpraxis	5.571	5.571	278	52,3	133	133
	Gemeinschaftspraxis	1.164	2.621	710	45,8	385	171
Kinderheilkunde	Einzelpraxis	2.946	2.946	266	53,1	125	125
	Gemeinschaftspraxis	1.011	2.167	488	44,1	273	127
Augenheilkunde	Einzelpraxis	2.839	2.839	290	51,8	140	140
	Gemeinschaftspraxis	-	-	-	-	-	-
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Einzelpraxis	2.180	2.180	275	50,7	135	135
	Gemeinschaftspraxis	637	1.387	592	41,3	348	160
Orthopädie	Einzelpraxis	2.306	2.306	380	56,6	165	165
	Gemeinschaftspraxis	1.011	2.536	1.002	47,0	531	212
Chirurgie	Einzelpraxis	1.936	1.936	373	62,4	140	140
	Gemeinschaftspraxis	691	1.678	834	52,0	400	165

Haut-/ Geschlechtskrankheiten	Einzelpraxis	1.605	1.605	366	52,6	159	159
	Gemeinschaftspraxis	-	-	-	-	-	-
Radiologie und Nuklearmedizin	Einzelpraxis	221	221	707	66,5	229	229
	Gemeinschaftspraxis	647	2334	2732	64,7	964	267
Neurologie, Psychiatrie	Einzelpraxis	1.968	1.968	248	48,9	120	120
	Gemeinschaftspraxis	698	1.716	675	46,5	361	147
Urologie	Einzelpraxis	933	933	365	52,9	161	161
	Gemeinschaftspraxis	452	1.069	730	44,7	403	171

Anmerkung: *) aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009: 30-36, Darstellung IHS HealthEcon, 2013

Das ZI-Praxis-Panel, bei dem MVZ nicht inkludiert sind, weist in seiner Studie einen Überschuss je Praxisinhaber von 123.170 EUR unter den teilnehmenden Praxen aus. Der doch große Unterschied der Ergebnisse muss sich zwangsläufig aus der Art der Erhebung ergeben. Während die Daten des ZI-Praxis-Panels auf den steuerlichen Jahresüberschussrechnungen beruhen und die Befragten freiwillig teilnehmen (Leibner et al., 2012: 8), besteht für die Kostenerhebung des statistischen Bundesamtes eine Auskunftspflicht und die Teilnehmer wurden schriftlich per Fragebogen befragt (Statistisches Bundesamt, 2009). Obwohl eine Diskrepanz zwischen den Erhebungen besteht, weisen beide verglichen mit Einzelpraxen einen höheren Überschuss je Praxisinhaber in Gruppenpraxen auf.

Für das Jahr 2008 ermittelte das ZI-Praxis-Panel mittlere Einnahmen je Praxisinhaber in Einzelpraxen in der Höhe von 230.160 EUR und Einnahmen in Gemeinschaftspraxis je Praxisinhaber von 292.961 EUR (Leibner et al., 2012: 30). Den höheren Einnahmen in Gruppenpraxen stehen größere Kosten gegenüber. In Gemeinschaftspraxen waren die Betriebskosten je Praxisinhaber im Jahr 2008 mit 154.600 EUR um ca. ein Drittel größer als in Einzelpraxen mit 116.700 (Leibner et al., 2012: 8). Dabei nahmen die Gesamtaufwendungen bei Einzelpraxen seit 2006 sehr leicht ab, während die Aufwendungen bei Gemeinschaftspraxen um 7,6% anstiegen. Im Gegensatz dazu sind auch Einnahmen in diesem Zeitraum mit 10,7% bei Gruppenpraxen verglichen mit 6,1% bei Einzelpraxen stärker angestiegen.

Tabelle 4 weist die Unterschiede in Einnahmen, Aufwendungen und Jahresüberschuss unterteilt in hausärztliche und fachärztliche Einzel- und Gemeinschaftspraxen aus. Es zeigt sich, dass hausärztliche und fachärztliche Praxen über divergierende Kostenstrukturen verfügen. Während bei Hausärzten die Einzelpraxen mit 235.200 EUR geringfügig mehr Einnahmen als Gemeinschaftspraxen mit 231.700 generieren können, treten bei Gruppenpraxen Skaleneffekte in Form von um 10.300 EUR geringeren Gesamtaufwendungen je Inhaber pro Jahr auf. Bei Facharztpraxen ergibt sich ein umgekehrtes Bild. Während Gruppenpraxen mit 385.100 EUR Gesamteinnahmen pro Inhaber über den Einzelpraxen mit 298.500 EUR liegen, haben sie auch um 86.600 EUR höhere Aufwendungen je Inhaber. Dennoch verfügen sie über einen um 26.800 EUR höheren Überschuss als fachärztliche Einzelpraxen. Fachärztliche Gruppenpraxen investieren mehr in Material, Labor und Investitionen (Abschreibungen, Leasing/Miete von Geräten), wodurch sie anscheinend qualitativ hochwertigere und teurere Leistungen als Einzelpraxen erbringen.

In Tabelle 5 sind die Einnahmen, Aufwendungen und Jahresüberschüsse für Einzel- und Gruppenpraxen getrennt nach Fachrichtungen dargestellt, sofern Daten vom ZI-Praxis-Panel verfügbar waren. Dabei ist die Vorteilhaftigkeit von Gruppenpraxen gegenüber Einzelpraxen stark von der jeweiligen Fachrichtung abhängig. Eine detailliertere Unterteilung wie Einnahmen und Aufwendungen zustande kommen findet sich nach Fachgruppen im ZI-

Praxis-Panel (Leibner et al., 2012). Des Weiteren ist zu beachten, dass die Inhaber in Gemeinschaftspraxen weniger als in Einzelpraxen arbeiten können, wodurch die Ergebnisse bei Berechnung auf Basis der Arbeitszeit noch positiver für Gemeinschaftspraxen ausfallen könnten.

Tabelle 4: Unterschiede in Einzel- und Gemeinschaftspraxen (je Inhaber) in 1.000 EUR basierend auf ZI-Praxis-Panel

	Hausärztlich		Fachärztlich	
	EP	GP	EP	GP
Gesamteinnahmen	235,2	231,7	298,5	385,1
Gesamtaufwendungen	122,5	112,2	158,0	217,7
...für angestelltes Personal	56,6	57,1	66,9	88,5
...für Material und Labor	6,1	7,0	9,6	23,6
...für Miete für Praxisräume	11,7	9,3	17,6	19,5
...für Abschreibungen	7,3	6,5	12,6	18,8
...für Leasing/Miete von Geräten	0,9	1,1	2,3	6,2
Jahresüberschuss	112,7	119,5	140,5	167,3

Quelle: Stillfried, 2012, Darstellung IHS HealthEcon, 2013

Tabelle 5: Praxen, Praxisinhaber und Praxiseinnahmen im Jahr 2008 ZI-Praxis-Panel

Facharztbezeichnung	Praxisform	Praxen	Mittlere Einnahmen je Praxisinhaber	Mittlere Aufwendungen je Praxisinhaber	Jahresüberschuss je Praxis	Jahresüberschuss je Praxisinhaber
		Anzahl	In EUR			
Alle Praxen	Einzelpraxis	3.374	230.160	116.702	113.458	113.458
	Gemeinschaftspraxis	798	292.961	154.562	317.689	138.399
Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	Einzelpraxis	210	230.414	120.326	110.088	110.088
	Gemeinschaftspraxis	109	231.537	112.217	269.568	119.320
Kinder- und Jugendmedizin	Einzelpraxis	216	275.762	141.219	134.543	134.543
	Gemeinschaftspraxis	51	233.693	111.525	263.773	122.168
Anästhesiologie	Einzelpraxis	77	260.176	113.245	146.931	146.931
	Gemeinschaftspraxis	32	326.706	170.556	483.737	156.151
Augenheilkunde	Einzelpraxis	1580	263.513	138.765	124.748	124.748
	Gemeinschaftspraxis	31	297.638	141.408	328.621	156.230
Chirurgie	Einzelpraxis	135	355.637	211.220	144.416	144.416
	Gemeinschaftspraxis	44	342.106	192.975	334.748	149.131
Gynäkologie	Einzelpraxis	359	286.809	148.379	138.430	138.430
	Gemeinschaftspraxis	56	273.801	125.361	324.177	148.440
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Einzelpraxis	203	270.663	140.002	130.661	130.661
	Gemeinschaftspraxis	46	284.924	119.966	351.343	164.957
Dermatologie	Einzelpraxis	140	285.213	152.228	132.985	132.985
	Gemeinschaftspraxis	22	242.948	116.205	266.477	126.743
Innere Medizin - Gastroenterologie	Einzelpraxis	41	479.831	262.245	236.790	236.790
	Gemeinschaftspraxis	11	450.476	222.008	538.170	228.468

Innere Medizin – Hämato-Onkologie	Einzelpraxis	16	551.971	306.645	245.326	245.326
	Gemeinschaftspraxis	15	436.507	218.263	507.131	218.243
Innere Medizin - Kardiologie	Einzelpraxis	72	363.284	182.225	181.059	181.059
	Gemeinschaftspraxis	35	364.842	180.239	433.305	184.603
Innere Medizin - Pneumologie	Einzelpraxis	42	398.721	219.360	179.361	179.361
	Gemeinschaftspraxis	14	427.451	222.956	470.846	204.495
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Einzelpraxis	81	303.802	180.562	123.240	123.240
	Gemeinschaftspraxis	16	264.041	123.956	366.128	140.085
Orthopädie	Einzelpraxis	181	399.124	222.703	176.421	176.421
	Gemeinschaftspraxis	47	454.918	262.537	421.447	192.381
Psychiatrie	Einzelpraxis	148	150.660	64.736	85.924	85.924
	Gemeinschaftspraxis	11	152.357	67.526	169.663	84.832
Radiologie und Nuklearmedizin	Einzelpraxis	27	826.445	580.785	245.660	245.660
	Gemeinschaftspraxis	31	754.393	521.893	653.585	232.500
Urologie	Einzelpraxis	125	333.541	181.060	152.481	152.481
	Gemeinschaftspraxis	39	340.579	156.667	408.206	183.912
Neurologie/ Nervenheilkunde/ Psychiatrie	Einzelpraxis	49	258.725	126.719	132.006	132.006
	Gemeinschaftspraxis	63	212.960	95.138	264.948	117.822

Quelle: Leibner et al., 2012, Darstellung IHS HealthEcon, 2013

2.1.3. Schätzungen der Praxiskosten

Praxiskostenfunktionen bilden im ambulanten Bereich die Ausnahme. Sie könnten bzw. werden soweit als möglich als Argumentationsgrundlage für Verhandlungen über die Anpassung des Orientierungswertes zur Ärztevergütung in Deutschland verwendet (Schreyögg, 2012). Die Daten des ZI-Praxis-Panels aus den Jahren 2006-2008 wurden von Professor Schreyögg und Professor Heimeshoff und dem Hamburg Center for Health Economics zur Schätzung einer Praxiskostenfunktion herangezogen, welche im Februar 2013 fertiggestellt wurde. In dieser Funktion werden die Gesamtkosten in Arztpraxen abhängig von der Zahl der GKV-Fälle und Inputpreisen für die Kosten für nichtärztliches Personal, Mietpreis und Zeitaufwand des Arztes geschätzt. Dabei können die zusätzlichen Variablen Grad der Spezialisierung, Zahl der Ärzte, Qualitätszertifizierung, Anzahl Fortbildungstage und Teilnahme am DMP variiert werden, um Partialeffekte zu identifizieren. Dabei verändern sich die Kosten einer Praxis pro Fall bei einem zusätzlichen Arzt pro Praxis signifikant um 54,2% in Hausarztpraxen und um 26,9% in Facharztpraxen. Wird die Anzahl der Fälle um 10% erhöht, kommt es bei Hausarztpraxen zu einer Kostensteigerung von 14,24%, während bei Facharztpraxen mit einer geringeren Kostensteigerung von 5,37% Vorteile generiert werden können. Auch eine Zunahme der Spezialisierung um 1% senkt die Kosten pro Fall signifikant um 1,48% in Hausarztpraxen und um -0.38% in Facharztpraxen.

Schreyögg (2012) erklärt die starke Zunahme von Kosten in größeren Praxen damit, dass die technische Ausstattung mit der Zahl der Ärzte pro Praxis zunimmt. Kleinere Praxen schaffen im Gegensatz dazu bestimmte Ausstattungen gar nicht erst an, da sich diese Anschaffungen erst ab einer bestimmten Auslastung rentieren. Außerdem dürfte das finanzielle Risiko solcher Investitionen für Einzelpraxen zu groß sein bzw. verfügen diese nicht über die nötigen finanziellen Mittel. Es ist zu beachten, dass in dieser Studie nur die Kosten der Praxen untersucht wurden. Obwohl größere Praxen höheren Kosten gegenüberstehen, erwirtschaften sie einen höheren Umsatz und letztendlich mehr Gewinn.

Aus unserer Sicht ist es sehr wesentlich, dass die betrachteten Einzelpraxen offenbar bestimmte Leistungen gar nicht erbringen, da die genannten sprungfixen Kosten wohl durch die Erstaussstattung mit einem bestimmten Gerät verursacht sind. Dies sieht man auch daran, dass die Ertragssituation größerer Einheiten ja nicht schlechter wird, sondern besser. Insofern besteht hier bei der Schätzung der Kostenfunktion aus unserer Sicht das Problem, dass die Einheiten nicht ausschließlich skaliert sind, also Gruppenpraxen/MVZs nicht eine größere Einzelpraxis sind, sondern unterschiedliche Behandlungsmuster haben. Bei gegenwärtigen Informationen zur Studie ist davon auszugehen, dass ausschließlich Fälle als Output herangezogen werden und somit Unterschiede im Leistungsspektrum nicht erfasst

werden (ein Fall mit Anamnese zu Schlafbeschwerden ist derselbe Output wie ein Fall mit Anfertigung einer Echokardiographie).³

Die Prognos AG (Wölbing et al., 2012) hat im Auftrag des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen ein Modell zur Bestimmung des Orientierungswertes entwickelt. Der Orientierungswert ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Gesamtvergütung und dem vereinbarten Leistungsbedarf. Es wird ein Zeitraum von 2008 bis 2011 betrachtet und eine Wochenarbeitszeit von 50-52 Stunden unterstellt, bei der ein kalkulatorischer Arztlohn von im Durchschnitt 105.000 EUR erreicht werden soll. Die Daten dafür stammen von den Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Das Modell zur Berechnung des Orientierungswertes untersucht dabei, wie der Orientierungswert verändert werden kann, um für die Ärzte das durchschnittliche Einkommen von 2008 zu gewährleisten. Im ersten Schritt wurde durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) festgestellt, dass der geforderte kalkulatorische Arztlohn von 105.000 EUR bereits im Jahr 2007 erreicht wurde und somit die Vergütung auf dem Niveau von 2008 gehalten werden kann. Im nächsten Schritt wird die Veränderung des durchschnittlichen Aufwands pro ärztlicher Leistungserbringung in Relation zu der Veränderung der durchschnittlichen Vergütung dieser Leistung gesetzt. Ist der Aufwand stärker als die Vergütung gestiegen, müsste der Orientierungswert angehoben werden und im umgekehrten Fall gesenkt werden. Das Ziel dieser Berechnung ist es, den durchschnittlichen Reinertrag je Leistungspunkt über die Zeit konstant zu halten. Zur Berechnung des Orientierungswertes werden Daten über die Entwicklung der Gesamtvergütung, des Leistungsbedarfs und der Aufwendungen herangezogen. Im Modell wird dann die Gesamtvergütung so berechnet, dass der durchschnittliche Reinertrag je erbrachtem Leistungspunkt dem des Jahres 2008 entspricht.

Durch die Berechnung unterschiedlicher Varianten der Variablen des Modells, z.B. des jährlichen Produktivitätswachstums, kann das Gesamtergebnis in Einzeleffekte unterteilt werden. Dabei wird der Einfluss der Veränderung der jeweiligen Variable zwischen 2008 und 2011 untersucht, während alle anderen Variablen auf dem Wert von 2008 gehalten werden. Die Ergebnisse für die Einzeleffekte Einnahmeneffekt, Anstieg Leistungsbedarf, Kostendegression, Fixkosteneffekt, organisatorischer Fortschritt und Preiseffekt sind in Tabelle 6 dargestellt. Der Einnahmeneffekt ergibt sich durch ein Anheben der Gesamtvergütung auf das Niveau des Jahres 2011, während Leistungen, Aufwand und die Zahl der Praxen auf dem Niveau von 2008 gehalten werden. Dabei ergeben sich Mehreinnahmen in Höhe von 3.199 Mio. Euro. Wird die erbrachte Leistungsmenge ceteris paribus auf dem Niveau von 2011 kalkuliert, hätte die Gesamtvergütung um 948 Mio. EUR zunehmen müssen. Um den Effekt der Kostendegression festzustellen, wird die Differenz zwischen zusätzlich erbrachten Leistungen zu variablen Kosten und zusätzlich erbrachten Leistungen zu den vollen Stückkosten berechnet. Der Fixkosteneffekt entsteht durch die

³ Dies wäre auch in Hinblick auf uns nur anekdotisch zur Kenntnis gebrachte nicht verfügbare Untersuchungen aus Österreich in diesem Zusammenhang zu bedenken.

Veränderung des Gesamtaufwandes für Fixkosten seit dem Jahr 2008. Variiert die Zahl der Praxen durch Schließungen bzw. Eröffnungen, so verändern sich die gesamten Fixkosten, da sie nur einmal pro Praxis anfallen. Speziell von Bedeutung für diese Studie sind die Auswirkungen des organisatorischen Fortschritts auf die Kosten des Gesundheitssystems. Bei der Berechnung des organisatorischen Fortschritts wird *ceteris paribus* auf die veränderte Praxisstruktur zwischen 2008 und 2011 Bezug genommen. Wie im vorherigen Abschnitt erläutert, hat in diesem Zeitraum z.B. die Zahl der MVZ in Deutschland stark zugenommen. Aktuell liegt der Anteil von Gemeinschaftspraxen und MVZ bei ca. 49% der Arztpraxen. Durch den Rückgang von Einzelpraxen ergeben sich Wirtschaftlichkeitsgewinne in der Höhe von 76 Mio. EUR, um welche die Gesamtvergütung reduziert werden kann. Diesem Ergebnis liegt die Feststellung zu Grunde, dass Gemeinschaftspraxen verglichen zu Einzelpraxen einen 2,5-fachen Aufwand haben, aber dafür durchschnittlich die 3,2-fachen Leistungen einer Einzelpraxis und somit um 22% niedrigere Stückkosten (Aufwand/Leistung) aufweisen. Im Rahmen des Preiseffekts wird ermittelt, um welchen Betrag die Vergütung um 2008 erhöht hätte werden müssen, um Preissteigerungen bei den Betriebs- und Investitionskosten zu kompensieren. Insgesamt hat die Modellrechnung eine Reduzierung des Orientierungswertes für das Jahr 2013 von 3,5048 auf 3,2537 Cent ergeben, wodurch Einsparung in der Höhe von 2.177 Mio. Euro für die gesetzlichen Krankenversicherer generiert werden könnten. Dabei würde der durchschnittliche Reinertrag je Arzt mit rund 115.000 EUR pro Jahr die Zielvorgaben erfüllen. (Wölbing et al., 2012)

Tabelle 6: Ergebnisse der Modellberechnung von Prognos

Anpassung der Gesamtvergütung -2.177 Mio. Euro			
Einzelne Effekte (jeweils Anpassung der Gesamtvergütung 2013 in Mio. Euro)			
Einnahmeneffekt	-3.199	Fixkosteneffekt	-394
Anstieg Leistungsbedarf	948	Organisatorischer Fortschritt	-76
Kostendegression	-791	Preiseffekt	745

Quelle: Wölbing et al., 2012: 10, Darstellung IHS HealthEcon, 2013

2.1.4. Fazit

Die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, welches in den alten Bundesländern primär auf die Leistungserbringung in Einzelpraxen ausgerichtet war, geht eindeutig in Richtung kooperativer ambulanter Versorgung. Nicht nur die Zahl der Gruppenpraxen und MVZ hat in den letzten Jahren stark zugenommen, sondern auch der Wunsch der Mediziner zu finanzieller Risikoteilung bzw. einem Anstellungsverhältnis und einer ausgewogeneren Work-Life Balance. Die Möglichkeiten zu flexiblen Arbeitszeitmodellen und besser planbaren Arbeitszeiten in MVZ und Gruppenpraxen werden als Ausweg aus der Unvereinbarkeit zwischen Familie und Beruf gesehen.

Mit Hilfe der Praxiskostenstatistiken des Statistischen Bundesamtes und des ZI-Praxis-Panel kann außerdem gezeigt werden, dass in Gruppenpraxen die Reingewinne je Praxisinhaber im Durchschnitt höher sind als in Einzelpraxen. Jedoch verfügen Gruppenpraxen nicht nur über höhere Einnahmen und Gewinne, sondern auch über höhere Kosten. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass in Gruppenpraxen mehr in die medizinische Ausstattung investiert wird und folglich auch qualitativ unterschiedliche und teurere Leistungen erbracht werden.

2.2. Niederlande

2.2.1. Zelfstandig Behandel Centra

Das Gesundheitssystem der Niederlande unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von dem österreichischen. Allgemeinmediziner in den Niederlanden die Rolle als „Gatekeeper“ zu, d.h. abgesehen von Notfällen ist Zugang zur sekundären Ebene der Versorgung über die Allgemeinmediziner geregelt. Im Gegensatz dazu steht es Patienten in Österreich frei, auch ohne vorhergehende Überweisung des Allgemeinmediziners einen Facharzt aufzusuchen. Alle Einwohner der Niederlande sind bei jeweils einem Allgemeinmediziner registriert, können diesen aber jederzeit wechseln. Insgesamt waren 2008 8.783 Allgemeinmediziner in den Niederlanden tätig, 51% davon in Gruppenpraxen von drei bis sieben Ärzten, 29% arbeiteten in Zweierpraxen und nur 20% waren in Einzelpraxen tätig (Schäfer et al, 2010).

Seit 1998 gibt es die sogenannten Zelfstandig Behandel Centra (ZBC; übersetzt: Unabhängige Behandlungszentren), die als Kooperationen zwischen mindestens zwei medizinischen Fachrichtungen, die Leistungen erbringen, die der Krankenversicherung unterliegen. Der Zweck dieser Kooperationen lag vor allem darin, bestehende Privatkliniken zu regulieren. Die Gründung eines ZBC war nur möglich, wenn in dem in Frage kommenden Fachbereich zu diesem Zeitpunkt eine Warteliste bestand und eine Kooperation mit einem Krankenhaus vorhanden war. Etwa 45 Privatkliniken wurden bis 2000 in ZBCs umgewandelt. Zunehmend wurden ZBCs als potentiell Mittel zur Dynamisierung des Gesundheitssystems anerkannt, weshalb 2003 durch eine Gesetzesänderung weitere Gründungen stimuliert wurden. 2006 wurden ZBCs schließlich Krankenhäusern weitgehend gleichgestellt. 2010 waren bei der niederländischen Aufsichtsbehörde für den Gesundheitssektor, der Nederlandse zorgautoriteit, insgesamt 313 ZBCs bekannt. (Cypionka et al., 2012: 60, 61)

Bei der Wahl der Rechtsform genießen ZBCs gewisse Freiheiten, jedoch wird der Anspruch erhoben, dass sie nicht vordergründig profitorientiert arbeiten und darüber hinaus ist das

Ausschütten von Dividenden untersagt. 70% der ZBCs sind im sogenannten B-Segment⁴ tätig, d.h. sie erbringen Leistungen im Bereich der DBCs (Diagnose Behandel Combinaties; Diagnose-Behandlungs-Kombinationen). Innerhalb dieser DBCs sind Bündel von Gesundheitsdienstleistungen für entsprechende Gesundheitszustände definiert, wobei diese Bündel sämtliche Abschnitte der evidenzbasierten Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen umfassen. Dadurch können Leistungserbringer nicht mehr auf Basis von Einzelleistungen, sondern auf Basis von DBC-Abschnitten verrechnen (Schäfer et al, 2010). Die Preise dieser DBCs sind nicht fix festgelegt, sondern werden zwischen Versicherer und Leistungserbringer separat verhandelt, um einen Marktmechanismus und in weiterer Folge für standardisierte Leistungspakete Preiswettbewerb unter den Anbietern zu erzeugen. Der Gesetzgeber legt fest, welche dieser Leistungen in das A- oder B-Segment fallen. ZBCs erbringen hauptsächlich Leistungen im B-Segment. (Cypionka et al., 2012:61)

Die Tätigkeit von ZBCs liegt im nicht-akuten Bereich. Zwar dürften ZBCs jegliche Art von Behandlung anbieten, der Fokus liegt aber vor allem auf häufig vorkommenden, nicht-stationären Behandlungen, die schnell durchgeführt werden können. Um die sekundär Versorgung in Anspruch nehmen zu können, wird eine hausärztliche Überweisung benötigt, jedoch werden nur in wenigen Fällen Patienten direkt zu einem bestimmten ZBC verwiesen. Mundpropaganda stellt den hauptsächlichsten Werbekanal dar. Offiziell basieren die Verträge zwischen ZBCs und den Versicherern auf Qualität und Zugänglichkeit, im frei verhandelbaren Bereich sind jedoch Preise oft ausschlaggebend. Durch die zunehmende Sättigung des Marktes wird erwartet, dass die Bedeutung von Qualitätskontrolle und Qualitätsinformation zunehmen wird, obwohl momentan eine noch etwas untergeordnete Rolle einnehmen. Man geht aber davon aus, dass durch den hohen Grad an Spezialisierung und das klein gehaltene Behandlungsspektrum in den ZBCs die durchgeführten Eingriffe in höherer Qualität erbracht werden können, als dies in Einrichtungen der Fall ist, wo solche Eingriffe nur selten vorkommen. Da ZBCs auch von Krankenanstalten gegründet werden können, haben einige Krankenhäuser selbst ZBCs gegründet um gewisse Leistung in eine schmalere Struktur auszugliedern. Die Kooperation zwischen unabhängigen ZBCs und Krankenhäuser ist jedoch, wenn überhaupt, nur sehr wenig ausgeprägt. In manchen Fällen weigerten sich Krankenhäuser Patienten aufzunehmen, die zuvor in einem ZBCs in Behandlung waren. (Cypionka et al., 2012: 64)

2.2.2. Skaleneffekte in ZBCs

Über die Generierung von Skaleneffekten in ZBCs gibt es in den Niederlanden keine handfesten Belege. Verschiedene Autoren sprechen von Vorteilen, allerdings ohne dahinterliegende Erhebungsmethodik, also mehr anekdotischer bzw. Einzelfall-Evidenz (Schäfer et al. 2010, Companje 2008). Auch auf Anfrage bei Interessensvertretungen und

⁴ Im B-Segment sind die Preise nicht festgelegt, sondern werden durch lokale Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und Versicherern festgelegt. Die landesweit festgelegten Tarife für medizinische Spezialisten fließen aber ebenfalls in die Preise ein.

Gesundheitsexperten konnten keine aussagekräftigen Zahlen und Daten in Erfahrung gebracht werden. Es liegt die Vermutung nahe, dass Skaleneffekte in den ZBCs über ähnliche Kanäle erzielt werden können wie in den MVZ Deutschland, jedoch wurde vor allem durch die Möglichkeit der Gründung von ZBCs durch Krankenhäuser eine weitgehende Verschmelzung des intra- und extramuralen Bereichs erreicht.

3. Status-quo in Österreich

In diesem Kapitel wird der rechtliche Rahmen zur Gründung von Gruppenpraxen kurz umrissen. Ausgehend von der momentanen Rechtslage in Österreich wird in Verbindung mit dem zuvor erstellten theoretischen Rahmen erörtert, inwieweit die potentiell erzielbaren Skaleneffekte in Österreich ausgeschöpft werden können. Im Anschluss wird das österreichische Konzept der Gruppenpraxen noch mit den zuvor angeführten internationalen Ansätzen, MVZ und ZBC, verglichen und davon ausgehend ein Ausblick geboten, welche Änderungen in Österreich ergriffen werden müssten um das ökonomische Potential von Gruppenpraxen voll ausschöpfen zu können.

3.1. Rechtlicher Rahmen

Der rechtliche Rahmen für die Gründung einer Gruppenpraxis ist im §52a-d Ärztegesetz unter dem Punkt „Zusammenarbeit im Rahmen von Gruppenpraxen“ geregelt, das zuletzt 2010 novelliert wurde. Als Rechtsform kann zwischen einer Offenen Gesellschaft (OG) oder eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GesmbH) gewählt werden, wobei die Gründung einer OG seit 2001 und die einer GesmbH seit 2010 möglich ist. Gesetzlich ist es nur Ärzten mit einer Berechtigung zur selbständigen Berufsausübung erlaubt, in einer Gruppenpraxis als Gesellschafter teilzuhaben, wobei jeder Gesellschafter zu ärztlicher Tätigkeit in der Gesellschaft angehalten ist. Andere natürliche und juristische Personen dürfen nicht als Gesellschafter auftreten und können somit auch nicht am Umsatz oder Gewinn beteiligt werden. Dies bedeutet einerseits, dass in der OG die Verwaltungsaufgaben der Gruppenpraxis zusätzlich zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit von den Ärzten getragen werden müssen und andererseits, dass es für Ärzte nicht möglich ist ein Anstellungsverhältnis zu erhalten. In der GesmbH besteht die Möglichkeit eine dritte Person als Geschäftsführer zu bestellen, wodurch die Geschäftsführung an einen Nicht-Arzt übertragen werden kann (Schrank, 2011). Darüber hinaus können im Gegensatz zu Deutschland, Krankenanstalten nicht als Gesellschafter auftreten. Sofern sich nicht alle beteiligten Ärzte einer Gruppenpraxis bereits in einem Einzelvertrags-Verhältnis mit den örtlichen zuständigen Gebietskrankenkassen befinden, oder die zu gründende Gruppenpraxis bereits in dem Stellenplan vorgesehen ist, muss sie zuerst vom Landeshauptmann genehmigt werden.

Ein wesentlicher Vorteil in der Gründung einer GesmbH gegenüber einer OG liegt in der beschränkten Haftung der einzelnen Gesellschafter, da hier, im Gegensatz zur OG, die Gesellschaft an sich haftet und nicht der Gesellschafter. Werden jedoch Schadensersatzansprüche von einem Patienten erhoben, sieht die Rechtslage in Österreich vor, dass dieser entscheiden kann, ob er sie bei der Gesellschaft oder dem behandelnden Arzt geltend machen. Sollte sich der Patient an die Gesellschaft wenden, kann sich diese wiederum bei dem behandelnden Arzt schadlos halten. (Schrank, 2011)

Die Anzahl des nicht-ärztlichen Personals ist explizit im Gesetzestext geregelt, jedoch nicht die Anzahl der teilnehmenden Ärzte. Um die Gruppenpraxen eindeutig von den selbstständigen Ambulatorien zu trennen, darf nicht-ärztliches Personal (ausgenommen der Ordinationshilfen) maximal in einem Verhältnis von 1:5 zu den praktizierenden Ärzten der Praxis beschäftigt werden. Unabhängig davon ist diese Zahl aber auf 30 Angestellte begrenzt. Von dieser Regelung ausgenommen sind Sonderfächer mit hohem Technisierungsgrad, wie Medizinische und Chemische Labordiagnostik, Physikalische Medizin, Allgemeine Rehabilitation und Radiologie. Laut Auskunft der Österreichischen Ärztekammer ist die Anzahl der beteiligten Ärzte nach oben hin nicht limitiert und bis auf weiteres nicht näher spezifiziert.⁵ Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass Ärzte nur an einer einzigen Gruppenpraxis beteiligt sein dürfen und nicht bei mehreren zugleich tätig sein können.

Weitere Merkmale von Gruppenpraxen sind, dass mehrere Standorte im Rahmen einer Gruppenpraxis betrieben werden können, jedoch darf die Anzahl der Standorte die Zahl der beteiligten Gesellschafter nicht übersteigen und es kann nur ein Standort als Berufssitz angegeben werden. Außerdem ist die freie Wahl des Arztes einer gleichen Fachrichtung innerhalb der Gruppenpraxis zu gewährleisten.

Nach den sozialversicherungsrechtlichen Sonderregelungen für Gruppenpraxen § 342a (2) ist für Gruppenpraxen mit mehreren Fachrichtungen die Honorierung nach Pauschalmodellen vorgesehen, während fachgleiche Gruppenpraxen über Einzelleistung oder Pauschalmodelle vergütet werden können. Darüber hinaus tritt für alle Gruppenpraxen ab 1. Jänner 2014 eine einheitliche elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentationspflicht in Kraft.

3.2. Einschränkung der Skaleneffekte durch rechtlichen Rahmen

Ausgehend von dem im vorhergehenden Kapitel ausgearbeiteten Framework ist es möglich zu erörtern inwieweit Skaleneffekte in Gruppenpraxen innerhalb des rechtlichen Rahmens erzielt werden können. Die gesetzlich verankerte freie Wahl zwischen Ärzten gleicher Fachrichtung innerhalb einer Gruppenpraxis ist zweifelsohne aus Patientensicht stark zu befürworten, bringt aber notwendigerweise den Bedarf an einem angepassten Vergütungssystem mit sich, um Wettbewerb innerhalb der Firma vorzubeugen.

Ein großer Schwachpunkt des österreichischen Gruppenpraxis-Systems ist die fehlende Möglichkeit, Ärzten ein Anstellungsverhältnis zu bieten. Vor allem für junge Ärzte ist ein solches Arbeitsverhältnis sehr attraktiv, da es zum einen das finanzielle Risiko reduziert und zum anderen, da es einen späteren Einstieg in die Selbstständigkeit erleichtert. Ein weiterer Vorteil wäre die leichtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch ein

⁵ Telefonische Auskunft vom 17.01.2013.

Anstellungsverhältnis, ein Aspekt, der vor allem durch den zunehmenden Grad der Feminisierung der Medizin an Bedeutung gewinnt. Auch die mangelnde Risikostreuung, sowohl bei der OG als auch bei der GesmbH, ist kritisch zu betrachten. Die persönliche Haftung bei Schadensansprüchen von Patienten kann sich als problematisch erweisen, da die Anreize zur Arbeitsvermeidung mit dem Risiko für Kunstfehler belangt zu werden ansteigen (vgl. Bradford, 1995). Durch die Einführung der GmbH als Rechtsform ist es aber zumindest möglich, das unternehmerische Risiko weitgehend zu reduzieren, da man als Gesellschafter nur mit der jeweiligen Einlage haftet.

Eine positive Neuerung in der Ärzte-GesmbH ist jedoch, dass die Tätigkeit der Geschäftsführung nicht mehr zwangsläufig von einem der Gesellschafter, also einem Arzt, erledigt werden muss, sondern eine dritte Person mit anderen Fachkompetenzen über ein Anstellungsverhältnis an diese Stelle gesetzt werden kann. Dadurch verschwindet einerseits die Mehrfachbelastung der Mediziner und andererseits kann durch die Bestellung von qualifiziertem Personal die Betriebsführung verbessert werden.

Wie zuvor angesprochen, können Krankenanstalten in Österreich keine Gruppenpraxis gründen, wodurch es Krankenhäusern zum Beispiel nicht möglich ist, gewisse Leistungen in eine flachere Betriebsstruktur auszugliedern und dadurch die jeweiligen Krankenhausambulanzen zu entlasten. Da die Krankenhausambulanzen vor allem zu den Randzeiten sehr stark frequentiert werden und Gruppenpraxen im Vergleich zu Einzelpraxen leichter längere Öffnungszeiten anbieten können, könnte dies einen entscheidenden Beitrag zur Entlastung leisten.

3.3. Internationaler Vergleich

Im Vergleich zu Deutschland und den Niederlanden ist der rechtliche Rahmen für medizinische Kooperationen in Österreich deutlich restriktiver. So können sowohl bei MVZ in Deutschland als auch bei ZBCs in den Niederlanden die Rechtsform frei gewählt werden, während dies in Österreich nicht der Fall ist. Zwar wurde 2010 mit der Einführung Ärzte-GmbH die Gründung einer Kapitalgesellschaft ermöglicht, die rechtlichen Bestimmungen schränken den Gestaltungsspielraum jedoch sehr stark ein.

Die fehlende Möglichkeit für Krankenanstalten, als Gesellschafter in Gruppenpraxen auftreten zu können ist symptomatisch für die strikte und stark verwurzelte Trennung von intra- und extramuralen Bereich in Österreich. In Deutschland und den Niederlanden werden MVZ beziehungsweise ZBCs nicht selten von Krankenanstalten gegründet um gewisse Behandlungen in effizientere Unternehmensstrukturen auszugliedern, was zu einer engeren Verbindung von intra- und extramuralem Bereich führt. Für die zunehmend überlasteten Spitalsambulanzen könnten Gruppenpraxen in Österreich ein wirkungsvolles Mittel zur Entlastung darstellen, wenn dies der rechtliche Rahmen erlauben würde. Im Gegensatz zu Spitalsambulanzen haben Gruppenpraxen außerdem den Vorteil, dass Patienten bei

mehreren Behandlungen von demselben Arzt behandelt werden können. Für viele Patienten bietet dies die Möglichkeit Vertrauen zu ihrem Arzt aufzubauen, was in höherer Patientenzufriedenheit resultiert.

Ein weiterer Vorteil von Krankenanstalten als Gesellschaftern wäre deren hohe Finanzkraft. So sind einige MVZ in Deutschland, wie zum Beispiel das POLIKUM Berlin Friedenau, nach dem One-Stop-Shop-Prinzip konzipiert, d.h. möglichst viele Leistungen sollen sich unter einem Dach befinden, damit Such- und Wegkosten für Patienten möglichst gering gehalten werden. Solche Projekte sind aber mit einem hohen Investitionsbedarf verbunden und bedürfen daher finanzstarker Teilnehmer. Für selbstständige Ärzte würde dies ein zu hohes Risiko darstellen. Außerdem sind Gruppenpraxen in Österreich rechtlich bei der Anzahl des nicht-ärztlichen Personals stark eingeschränkt, damit eine klare Trennung den zu den Ambulatorien besteht, die sich in der Verbandsstruktur der Wirtschaftskammer befinden.

Ein Anstellungsverhältnis in MVZ wird in Deutschland vor allem von jungen Ärzten in Anspruch genommen und als Sprungbrett in die Selbstständigkeit genutzt. Da in Österreich ein solches Anstellungsverhältnis nicht gestattet ist, ist die Beteiligung an einer Gruppenpraxis mit einem höheren finanziellen und unternehmerischen Risiko verbunden als in einem MVZ. Außerdem erlauben es Anstellungsverhältnisse eine höhere Flexibilität bei der Reaktion auf Nachfrageänderungen. Bei zunehmender Nachfrage kann in Österreich nur durch Aufnahme eines weiteren Gesellschafters die Kapazität der Praxis ausgebaut werden, oder, im umgekehrten Fall, müsste ein Gesellschafter aus der Praxis ausgeschlossen werden, falls die Nachfrage dauerhaft sinkt. Dies ist in der Regel komplexer und aufwändiger zu regeln, als wenn ein weiterer Arzt (befristet) angestellt werden könnte. Sollte ein solcher Nachfrageschock nur von vorübergehender Wirkung sein, verschärft sich dieses Problem noch weiter. Ein weiterer Vorteil eines Anstellungsverhältnisses wäre das geringere Risiko der Gesellschafter bei Personalentscheidungen. Würde sich, zum Beispiel, herausstellen, dass ein kürzlich angestellter Arzt schlecht mit Patienten zurechtkommt oder nur mangelhafte Leistungen erbringt, ist es leichter sich wieder von dieser Person zu trennen, falls sie kein voller Gesellschafter ist.

Eine zusammenfassende Gegenüberstellung der in diesem Bericht besprochenen Formen medizinischer Kooperationen sowie ihrer jeweiligen Vor- und Nachteile, die sich durch den jeweiligen rechtlichen Rahmen ergeben, ist in Tabelle 7 dargestellt:

Tabelle 7: Internationaler Vergleich medizinischer Kooperationen

Form	Deutschland: Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)	Österreich: Gruppenpraxen in Form einer OG oder GmbH (ÄrzteG §§52a-c)	Niederlande: Unabhängige Versorgungszentren
Fakten	<ul style="list-style-type: none"> Seit 2004 möglich Fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen Verschiedene Fachärzte oder Ärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten Ärzte können als Angestellte oder Vertragsärzte arbeiten MVZ können von allen medizinischen Leistungserbringern gegründet werden, u.a. von Krankenhäusern, Pflegediensten, Physiotherapeuten Keine vorgeschriebene Rechtsform, sie werden oft als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), GmbH, AG, oder auch Personengesellschaft gegründet 	<ul style="list-style-type: none"> seit 2010 möglich Gründung nur durch Ärzte Nur selbständige Ärzte, keine angestellten Ärzte Rechtsform nur OG oder GmbH Bestellung eines Geschäftsführers zur Ausgliederung der Betriebsführung möglich 	<ul style="list-style-type: none"> 1998/2006 Versorgungszentren ermöglichen Nicht-Akut-Betreuung von max 24h Dauer Rechtsform frei wählbar Krankenanstalten können als Gesellschafter auftreten
Vorteile & Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> größere Patientenorientierung: Kürzere Wege, „alles unter einem Dach“ Durchführung strukturierter Behandlung leichter möglich Economies of scale und scope Anstellung im niedergelassenen Bereich für jüngere Ärzte als Sprungbrett zur Selbstständigkeit Zusammenführung der sonst vorhandenen „doppelten Facharztschiene“ Möglichkeiten, Ambulanzen zu ersetzen dadurch Zusammenführung niedergelassener und spitalsambulanter Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> geringere Flexibilität Eingeschränkte economies of scale und scope Anstellung im niedergelassenen Bereich für jüngere Ärzte als Sprungbrett zur Selbstständigkeit nicht möglich Zusammenführung der sonst vorhandenen „doppelten Facharztschiene“ erschwert, da Krankenanstalten als Gesellschafter nicht möglich kaum Möglichkeit zur Integration von extramuralem und spitalsambulatem Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> weitegehende Verschmelzung des extra- und intramuralen ambulanten Angebots Economies of scale und scope unter anderem durch gleiche Tarife für gleiche Leistungen, ungeachtet des Erbringungsorts.

Quelle: Czypionka et al., 2012

4. Conclusio

In Österreich wurde 2010 mit der Möglichkeit, Gruppenpraxen nicht nur als Offene Gesellschaft, sondern auch als Gesellschaft mit beschränkter Haftung zu gründen, ein neuer Anreiz für eine Veränderung der Praxisstruktur gesetzt. Die Vor- und Nachteile von Gruppenpraxen wurden in Österreich kaum aufgearbeitet. Der vorliegende Bericht untersucht anhand von verfügbaren Quellen, inwiefern sich durch den Wandel von Einzel- hin zu Gruppenpraxen wirtschaftliche Vorteile für Österreich ergeben können.

Die ökonomische Theorie verspricht einerseits Skalen- und Verbundvorteile durch Zusammenschlüsse mehrerer Ärzte, andererseits können durch die gemeinsame Berufsausübung auch Anreizprobleme entstehen. So kann es zu Trittbrettfahren, Arbeitsvermeidung und Materialverschwendung, aber auch um interne Konkurrenz unter den Ärzten kommen. Umso größer die Praxis ist, desto geringer ist auch die gegenseitige soziale Kontrolle. Diese Anreizproblematik kann durch ein leistungsbezogenes Vergütungssystem und durch klein- bis mittelgroße Gruppenpraxen abgeschwächt werden. Weitere Vorteile von Gruppenpraxen ergeben sich aus der Teilung des finanziellen Risikos, der Möglichkeit zu flexiblen Arbeitszeitmodellen, einer besseren Marktposition durch gemeinsames Marketing, der Möglichkeit zum Wissensaustausch und der patientenfreundlicheren Versorgung unter einem Dach.

Aufgrund der empirischen Ergebnisse internationaler Studien, welche oft auf Daten aus den USA gestützt sind, kann keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden, ob die theoretischen Vorteile von Gruppenpraxen auch in der Praxis vorliegen. Allerdings zeigt sich, dass Ärzte bereit sind, auf einen Teil ihres Einkommens zu verzichten, um die Vorteile von Gemeinschaftspraxen nutzen zu können.

Der Blick nach Deutschland offenbart, dass die Kostenstruktur in hausärztlichen und fachärztlichen Einzel- und Gemeinschaftspraxen stark voneinander abweicht. Während bei hausärztlichen Gruppenpraxen noch Skalenvorteile gegenüber Einzelpraxen erzielt werden können, liegen die Kosten, aber auch die Einnahmen und Gewinne bei fachärztlichen Gruppenpraxen je Inhaber über denen von Einzelpraxen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass in Gruppenpraxen mehr in die medizinische Ausstattung investiert wird und folglich auch hochwertigere Leistungen erbracht werden. Zentral erscheint hier aber die Erkenntnis, dass der (eingeschränkte) Markttest offenbar dazu führt, dass sich intermediäre Strukturen durchsetzen. Laut Aussagen der Betreiber ist dies eben auf Synergie- bzw. Skaleneffekte zurückzuführen.

Betrachtet man den rechtlichen Rahmen für Gruppenpraxen in Österreich, bietet er verglichen mit internationalen Modellen nur wenig flexible Gestaltungsmöglichkeiten. Gruppenpraxen bilden in Österreich noch keinen integralen Bestandteil der Versorgung, wohingegen MVZ und ZBC in Deutschland bzw. den Niederlanden als zukunftsorientiertes

Praxis-Konzept entsprechenden Zulauf finden. Vor allem für junge Ärzte in Deutschland ist ein Anstellungsverhältnis ohne finanzielles Risiko mit geregelten Arbeitszeiten ein starker Beweggrund für die Mitarbeit an einem MVZ. Die Schaffung der Möglichkeit eines solchen Anstellungsverhältnisses würde sich auch in Österreich positiv auf Gruppenpraxen auswirken, da diese dadurch flexibler auf Veränderungen der Nachfrage reagieren können, als es der Fall mit ausschließlichen Gesellschafterverhältnissen ist. Eine stärkere Orientierung am Vorbild deutscher MVZ wäre daher für Österreich eine gute Möglichkeit die Flexibilität bei der Konzeption von Gruppenpraxen zu erhöhen und so weitere Möglichkeiten für Skaleneffekte zu schaffen.

5. Literaturverzeichnis

- Amelung V. und Wolf S. (2011): Gesundheitssystem im Umbruch – Ärztenetze: Treiber für integrierte Versorgung? *Urologe* 2011; 50: 1566-1572
- Bradford W.D. (1995): Solo versus group practice in the medical profession: the influence of malpractice risk. *Health Economics* 1995; 4: 95-112
- Busse R. und Riesberg A. (2005): *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik
- Canbäck S., Samouel P., Price D. (2006): Do Diseconomies of scale impact firm size and performance? A theoretical and empirical overview. *Journal of Managerial Economics* 2006; Vol. 4, No. 1: 27-70
- Casalino L. P., Devers K. J., Lake T. K., Reed M., Stoddard J. J. (2003): Benefits of and Barriers to Large Medical Group Practice in the United States. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163: 1958-1964
- Companje KP (2008): Het Ziekenfondsenbesluit en de verstrekking van zorg [The Sickness Fund Decree and the distribution of care]. In: Companje KP: Tussen volksverzekering en vrije markt: Verzekering van zorg op het snijvlak van sociale verzekering en gezondheidszorg 1880–2006 [Between health insurance and free market: insurance of care on the edge of social insurance and health care 1880–2006]. Amsterdam, Aksant: 629–708.
- Cypionka T., Kraus M., Sigl C., Warmuth JR. (2012): *Health Cooperation*. IHS Endbericht. Wien
- Cypionka T., Müllbacher S., Berger M., Platzer J. (2012): *Kooperationen in der ambulanten medizinischen Versorgung; Studie im Auftrag des Hauptverbands der Österreichischen Sozialversicherungsträger*. Online abrufbar unter: http://www.hauptverband.at/mediaDB/926453_IHS-Bericht_Koop_ambulante_medizinische_Versorgung.pdf [abgerufen 29.01.2013]
- Cypionka T., Riedel M., Obradovits M., Sigl C., Leutgeb J. (2011): *Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich*. *Health System Watch* 2011; 3.
- DeFelice L., Bradford D. (1997): Relative inefficiencies in production between solo and group practice physicians. *Journal of Health Economics* 1997; 6: 455-465

- Frech H. E. und Ginsburg P. B. (1973): Optimal scale in medical practice: a survivor analysis. *Journal of Business* 1974; 47: 26-41
- Getzen T. E. (1984): A „Brand Name Firm“. *Theory of Medical Group Practice. The Journal of Industrial Economics* 1984; 33: 199-215
- Graham F. E. (1972): Group vs. solo practice: arguments and evidence. *Inquiry* 1972; 9: 49-60
- Hartmannbund (2012): Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation, Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“. Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands
- Holmstrom B. (1982): Moral hazard in teams. *The Bell Journal of Economics* 1982; 13: 324-340
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2010): Medizinische Versorgungszentren. Ein Leitfaden für Gründer. 2. überarbeitete Auflage. Köln: Deutscher-Ärzte Verlag
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2011), Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Berlin. Online abrufbar unter <http://www.kbv.de/koop/8791.html>[16.01.2013]
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012): MVZ-Survey 2011. Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen, Berlin. Online abrufbar unter <http://www.kbv.de/koop/9157.html>[16.01.2013]
- Kimbell L. J. und Loran J. H. (1977): Physician productivity and returns to scale. *Health Services Research* 1977; 12: 367-379
- Leibner, M., Bogumil, W., Drescher, P., Erhart, M., Folle, J., Gensler, S., Hanglberger, D., Heuer, J., Kerek-Bodden, H., Lang, A., Meschenmoser, M., Rouche, A., Stillfried, D., Wengler, A. (2012): ZI-Praxis-Panel. Jahresbericht 2010. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2006 bis 2008. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
- Marder W.D. und Zuckerman S. (1985): Competition and medical groups: a survivor analysis. *Journal of Health Economics* 1985; 4: 167-176

- Morris S., Goudie R., Sutton M., Gravelle H., Elliott R., Hole A. R., Ma A., Sibbald B., Skåtun D. (2011): Determinants of general practitioners' wages in England. *Health Economics* 2011; 20: 147-160
- Newhouse J. P. (1973): The Economics of Group Practice. *The Journal of Human Resources* 1973; 8: 37-56
- Olsen M. (1964): Die Logik des kollektiven Handelns: Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen. Mohr Siebeck. 5 Aufl. Tübingen 2004.
- Pope G. C. und Burge R. T. (1996): Economies of scale in physician practice. *Medical Care Research and Review*.1996; 53: 417-440
- Pope G.C. und Burge R.T. (1992): Inefficiencies in physician practices. *Advances in Health Economics and Health Service Research* 1992; 13: 129-164
- Reinhardt U. (1972): A production function for physician services. *Review of Economics and Statistics* 1972; 54: 55-66
- Rosenman R. und Friesner D. (2004): Scope and scale inefficiencies in physician practices. *Health Economics* 2004; 13: 1091-1116
- Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., van Ginneken E. (2010): The Netherlands: Health System Review, *Health Systems in Transition*; Vol. 12
- Schrank C. (2011): Die Ärzte-GmbH. *Das Österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ*; 52. Jg. (2011), 01-02: 36-37
- Schreyögg, J. (2012): Einflussfaktoren auf die Kostenstrukturen: Warum haben Arztpraxen unterschiedlich hohe Kosten? Fachtagung, ZI-Praxis-Panel und wirtschaftliche Situation der Vertragsarztpraxen, Präsentation am 20.11., Berlin: Hamburg Center for Health Economics
- Statistisches Bundesamt (2009): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen. Wiesbaden
- Stillfried, D. (2012): Wirtschafts- und Arbeitssituation der Vertragsärzte - Zielsetzung & Ergebnisse des ZiPP. Fachtagung, ZI-Praxis-Panel und wirtschaftliche Situation der Vertragsarztpraxen, Präsentation am 20.11., Berlin: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Wölbing, R., Riedel, W., Feuerstein, S. (2012): Analyse. Bestimmung des Orientierungswertes 2013 für die vertragsärztliche Vergütung (§ 87 Abs. 2e SGB V). Basel: Prognos AG

Autoren: Thomas Czypionka, Susanna Ulinski, Michael Berger

Titel: Skaleneffekte intermediärer Versorgungsformen

Projektbericht/Research Report

© 2013 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
