

Gruppenpraxen – Was versteht man darunter?

S. M. Mojon-Azzi

Einleitung

Das gemeinsame Praktizieren von zwei oder mehreren Ärztinnen und Ärzten ist in der Schweiz seit den fünfziger Jahren bekannt. Zu dieser Zeit entstanden vereinzelt Gruppenpraxen nach amerikanischem Vorbild. Es handelte sich insbesondere um Zweckgemeinschaften zur gemeinsamen Anschaffung der häufig sehr teuren Apparaturen [1]. 1972 wurden 49 ärztliche Zusammenschlüsse gezählt, die 118 Mediziner beschäftigten [2]. 1982 waren es bereits 203 mit insgesamt 500 Ärzten [3]. 1990 stellte das FMH-Service 740 Gruppenpraxen fest, in denen insgesamt 1650 Mediziner tätig waren [4]. Das gemeinsame Praktizieren hat jedoch erst in den letzten Jahren stark an Beliebtheit und Verbreitung gewonnen. Die Gründe liegen hauptsächlich im gesellschaftlichen Wandel sowie im medizinischen Fortschritt, der eine Teilung der Kosten der häufig teuren Apparaturen und Einrichtungen als sinnvoll erscheinen lässt.

Um diese Entwicklung zu verstehen, soll vorerst geklärt werden, was in der Schweiz überhaupt unter dem Begriff der Gruppenpraxis verstanden wird und welche Formen gemeinsamer Berufsausübung bekannt sind. Erst eine Typologisierung erlaubt eine genauere Analyse im Einzelfall. Darauf aufbauend soll in einem zweiten Artikel auf Vor- und Nachteile des gemeinsamen Praktizierens von Ärztinnen und Ärzten eingegangen werden.

Definition der ärztlichen Gruppenpraxis

Die Richtlinien für Gruppenpraxen der Ärztekammer vom 4. Februar 1971 definierten als Gruppenpraxis jede gemeinsame Nutzung von Apparaten, Einrichtungen, Räumlichkeiten und Personal durch zwei oder mehr Ärzte [5]. Es handelt sich dabei um einen Sammelbegriff für alle Organisationsformen freiberuflicher ärztlicher Kooperation im ambulanten Versorgungsbereich [6]. Darin besteht der Hauptunterschied zu Spitälern und Kliniken, die nicht nur im ambulanten, sondern auch im stationären Bereich tätig sind.

Korrespondenz:
 Dr. oec. HSG Stefania M. Mojon-Azzi
 Forschungsinstitut für Management im Gesundheitswesen
 St. Leonard-Strasse 4
 CH-9001 St. Gallen
 E-mail: stefania.mojon@fhsg.ch

Interessant ist es, Vergleiche zu den Entwicklungen und Tendenzen in den USA vorzunehmen. In den Vereinigten Staaten sind Gruppenpraxen seit dem zweiten Weltkrieg stark verbreitet und waren Gegenstand zahlreicher Studien und Analysen. Die Ergebnisse solcher Untersuchungen lassen sich jedoch nicht problemlos auf die Schweiz übertragen. In der Definition der Gruppenpraxis liegen bereits wesentliche Unterschiede. Die Definition der Schweizerischen Ärztekammer ist im Vergleich zur amerikanischen, wo der Begriff Gruppenpraxis einerseits durch die American Medical Association (AMA)¹ und andererseits durch die Medical Group Management Association (MGMA)² definiert wird, viel breiter gefasst. So fallen in den USA Praxen, die nur zwei Mediziner beschäftigen, nicht unter die Gruppenpraxen. Ebenso zählen gemäss der amerikanischen Definition Praxen, die kein gemeinsames Personal anstellen oder bei denen keine gemeinsame Karteiführung vorliegt, nicht zu den Gruppenpraxen. Dementsprechend werden die in der Schweiz stark verbreiteten Labor- und Apparategemeinschaften sowie die Praxisgemeinschaften in den USA nicht als Gruppenpraxen betrachtet. Weiterhin wird die Übertragbarkeit der Ergebnisse amerikanischer Untersuchungen auf die Schweiz durch die unterschiedlichen Versicherungssysteme und die unterschiedliche Definition und Verbreitung von HMOs erschwert.

Unterteilung von Gruppenpraxen

Gruppenpraxen werden in der Schweiz vorwiegend auf der Basis des Integrationsgrades der Praxisangehörigen unterteilt (Abb. 1). Möglich sind dabei folgende vier Integrationsschritte: 1. Erste Ansätze zur Integration; 2. Gemeinsame Nutzung von Apparaten und Laboreinrichtungen; 3. Gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und Personal; 4. Gemeinsame Abrechnung.

Erste Ansätze zur Integration

Trotz erster Integrationsschritte kann man dort, wo keine effektive Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und/oder Ärzten stattfindet, nicht von einer Gruppenpraxis sprechen. Ein Beispiel dafür sind Ärzthäuser, wo mehrere unabhängige Arztpraxen, womöglich ergänzt durch zusätzliche Einrichtungen – beispielsweise eine Apotheke –, unter einem Dach geführt werden. Ebenso können «Preferred Provider

¹ Definition der AMA: «Application of medical service by three or more physicians formally organized to provide medical care, consultation, diagnosis and/or treatment through the joint use of equipment, records and personnel, and with income from medical practice distributed according to some pre-arranged plan.»

² Definition der MGMA: «Formally organized group of at least three licensed physicians engaged in the practice of medicine as a legally recognized entity sharing business management, facilities, records and personnel.» [7].

Organizations» (PPO)³ oder «Individual Practice Associations» (IPA)⁴ nicht als Gruppenpraxen betrachtet werden, da auch bei diesen Organisationen die einzelnen Arztpraxen ihre Selbständigkeit behalten. Sie verbinden sich nur, um sich Zugang zu alternativen Versicherungsmodellen zu verschaffen.

Gemeinsame Nutzung von Apparaten und Laboreinrichtungen

Bei der Zusammenlegung der Labordiagnostik oder bestimmter Teile der übrigen Apparatediagnostik durch zwei oder mehr ansonsten selbständigen Praxen wird häufig bereits von einer ersten, einfachen Form von Gruppenpraxis gesprochen. Die an der Labor- und Apparategemeinschaft beteiligten Ärztinnen und/oder Ärzte entrichten zur Deckung der Kosten einen Beitrag gemäss einem vorher festgelegten Schlüssel, der meist auf dem Nutzungsgrad der Apparatur basiert.

Gemeinsame Nutzung von Praxisräumlichkeiten und Personal

Werden zusätzlich zur obgenannten Zusammenlegung der apparativ-technischen Einrichtungen auch die Praxisräumlichkeiten gemeinsam genutzt und das Personal geteilt, so spricht man von einer Praxisgemeinschaft. Bei dieser Form der Gruppenpraxis werden individuell abrechnende Ärztinnen und/oder Ärzte unter einem Dach vereint, wobei die Kosten für die Praxisräumlichkeiten sowie die Löhne

der Hilfskräfte geteilt werden. Unter den selbständig praktizierenden Medizinern ist eine Kooperation möglich und erwünscht.

Gemeinsame Abrechnung

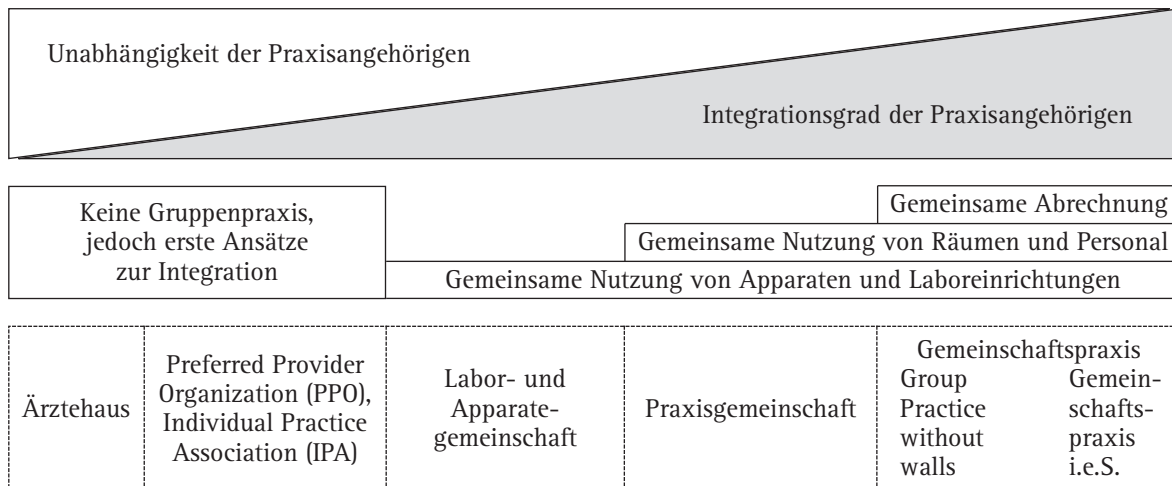
Bei der engsten Form ärztlicher Kooperation wird neben der gemeinsamen Nutzung von Apparaten und Räumlichkeiten und der gemeinsamen Anstellung des Personals auch gemeinsam abgerechnet. Häufig wird die Patientenkartei ebenfalls zusammengelegt. Diese Form der Gruppenpraxis wird Gemeinschaftspraxis genannt und tritt nach aussen als eine Einheit auf. Das Geschäftsergebnis (Erlöse abzüglich Kosten) der Gemeinschaft wird intern nach einem festgelegten Schlüssel unter den Partnern verteilt. Dieser Verteilungsschlüssel kann auf der erbrachten Leistung, auf der Anzahl behandelte Patientinnen und Patienten oder auf weiteren Kriterien beruhen. Die Zusammenarbeit unter den Medizinern ist meist sehr intensiv. Bei der engsten Form von Gemeinschaftspraxis können Ärztinnen und Ärzte in zulässiger Weise in freiem Austausch die Behandlung der Patientinnen und Patienten durchführen [8].

Eine sehr lockere Form der Gemeinschaftspraxis bildet die «Group Practice without Walls». Sie resultiert aus einer Fusion von Einzelpraxen zu einer gemeinsamen Unternehmung, wobei jede einzelne Praxis ihre Selbständigkeit in medizinischen Belangen vollständig beibehält (z.B. Ärzte gründen eine AG, der sie ihre Praxis verkaufen und bei welcher sie sich selber anstellen). Die Gruppenpraxis ist Besitzerin der Räume, Apparaturen und Einrichtungen und ist für die Anstellung von Personal sowie für die Abrechnung zuständig. Die Einnahmen der einzelnen Gesellschafter gehören der Gruppe, werden aber nach Abzug eines Kostenanteils meist derjenigen Person zugewiesen, welche die Leistung erbracht hat [9]. Möglich sind jedoch auch andere Verteilungsschlüssel, beispielsweise als Kombination eines Lohn- und eines Bonusteils.

³ «Preferred Provider Organization» (PPO) oder Organisation bevorzugter Leistungserbringer: Die Kassen schliessen bei dieser Organisationsform mit selbständigen Ärzten Behandlungsverträge ab. Der Versicherte verpflichtet sich im Krankheitsfall, nicht jedoch im Notfall, einen Arzt aufzusuchen, den er aus der Ärzteliste seiner Krankenkasse auswählt.

⁴ «Individual Practice Association» (IPA): Zusammenschluss unabhängiger Praxen mit dem Ziel, sich Zugang zu alternativen Versicherungsmodellen zu verschaffen, wobei die einzelnen Praxen meist nur einen Teil ihrer Patienten durch die HMO erhalten.

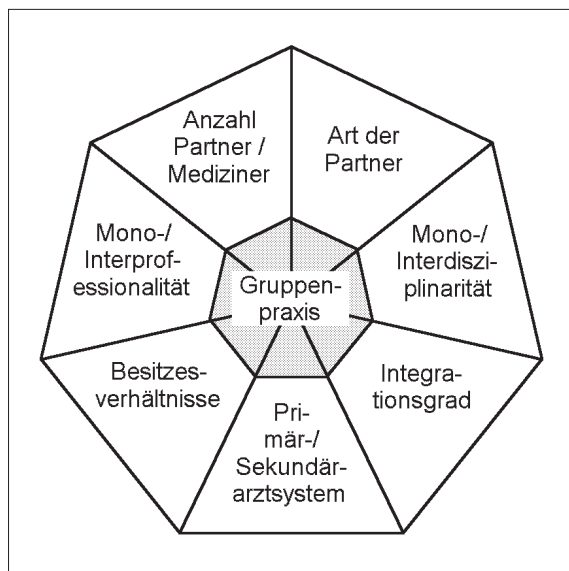
Abbildung 1
 Unterteilung von Gruppenpraxen auf der Basis des Integrationsgrades.



Neben dem Integrationsgrad werden Gruppenpraxen häufig aufgrund folgender Merkmale charakterisiert (Abb. 2): 1. Anzahl Partner/Mediziner; 2. Art der Partner; 3. Primär- oder Sekundärarztsystem; 4. Monodisziplinarität/Interdisziplinarität; 5. Monoprofessionalität/Interprofessionalität; 6. Eigenbesitz/Fremdbesitz.

Abbildung 2

Unterteilungskriterien von Gruppenpraxen.



Anzahl Partner/Mediziner

In den USA werden Arztpraxen häufig auf der Basis ihrer Grösse unterteilt, wobei erst Praxen, die mehr als 100 Mediziner beschäftigen, als gross bezeichnet werden. 1995 beschäftigten grosse Gruppenpraxen 30,7% der Ärztinnen und Ärzte, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Ärzte, die einer Medical Group angehören, nicht unbedingt alle in denselben Praxislokalitäten tätig sein müssen [10]. In der Schweiz sind hingegen Zweier- und Dreierpraxen zurzeit noch vorherrschend. Seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes im Jahre 1996 traten jedoch vermehrt Gruppenpraxen mit mehr als drei Gesellschaftern auf.

Art der Partner

Häufig schliessen sich jene Mediziner zu Gruppenpraxen zusammen, die bereits durch kollegiale oder familiäre Beziehungen miteinander verbunden sind. Verbreitet sind insbesondere Ehepartnergemeinschaften und Nachfolgegemeinschaften. Bei letzteren handelt es sich um zeitlich begrenzte Gemeinschaftspraxen zur Übergabe einer Einzelpraxis von einem Senior- zu einem Juniorpartner. Eine mögliche Übergaberegulung besteht in der Nullbeteiligungspartnerschaft. Dabei ist der Juniorpartner zunächst nicht am Sachvermögen der Praxis beteiligt. Die Gesellschaft beschränkt sich auf die gemeinsame ärztliche Tätigkeit und Betreuung des Patientenstammes. Erst nach einer gewissen Dauer der Zugehörigkeit er-

hält der Juniorpartner auch Beteiligungs- und Abfindungsrechte. Das Sachvermögen wird ihm jedoch weiterhin meist vom Seniorpartner zur Mitbenützung überlassen [11].

Primär- oder Sekundärarztsystem

Unter die Primärärzte oder Hausärzte fallen Allgemeinpraktiker, Internisten und Kinderärzte. Sie behandeln hauptsächlich häufig auftretende Unfälle und Erkrankungen und sind nicht auf ein Organsystem beschränkt. Sekundärärzte werden häufig mit Spezialisten gleichgesetzt. Für die Charakterisierung der Gruppenpraxis ist diese Unterscheidung insofern relevant, als beim Haus- oder Familienarzt die Nähe zum Patienten, das Vertrauensverhältnis sowie das persönliche Engagement der Austauschbarkeit des Arztes Grenzen setzen, bei Spezialisten hingegen diese Einschränkungen weitgehend wegfallen. Weiterhin vergrössert sich im Rahmen fachärztlicher Aufgaben das erforderliche diagnostische und therapeutische Investitionsvolumen, was eine grössere Gruppenbildung sinnvoll erscheinen lässt. Andererseits gewinnen durch die Verbreitung von Managed Care insbesondere jene Gruppenpraxen an Bedeutung, die hauptsächlich Primärärzte beschäftigen und Grundversorgerfunktionen übernehmen.

Monodisziplinarität/Interdisziplinarität

Die Zusammenarbeit in der Gruppenpraxis kann völlig unterschiedlicher Natur sein, je nach dem ob die beschäftigten Mediziner nur einer oder mehreren Spezialrichtungen angehören. Bereits 1968 unterteilte Kreienberg auf der Basis dieses Kriteriums die Gruppenpraxen in folgende fünf Formen [12]:

- die Praktikergruppe (general practice group), die ausschliesslich Allgemeinärzte beschäftigt;
- die Spezialistengruppe (single speciality group), in der sich Spezialisten einer einzigen Fachrichtung zusammenschliessen;
- die gemischte Praktikergruppe (mixed general practice group), der hauptsächlich Allgemeinärzte und zusätzlich vereinzelt Spezialisten grosser Fachgebiete (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Pädiatrie) angehören;
- die Multispezialistengruppe (multi speciality group), in der Spezialisten mehrerer Fachgebiete zusammenarbeiten;
- die medizinische Diagnostikklinik (medical diagnostic clinic), in der sich vorwiegend Internisten, Radiologen, Laborärzte usw. auf diagnostische Leistungen beschränken.

Monoprofessionalität/Interprofessionalität

Im Gegensatz zur oben erwähnten Interdisziplinarität, die sich auf die unterschiedliche Spezialisierung der Ärztinnen und Ärzte bezieht, bedeutet Interprofessionalität die Einbeziehung weiterer Gesundheitsberufe zur Vorsorge, Begleitung und Nachsorge der kurativen Medizin. Beispiele nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe sind Gesundheitspädagogen, Epidemiologen, Sozial- und Psychotherapeuten, Alten-

und Jugendpfleger, Diätassistenten, Logopäden, Orthoptisten, Hebammen und Physiotherapeuten.

Eigenbesitz/Fremdbesitz

Die traditionelle Arztpraxis befindet sich in der Hand niedergelassener Mediziner. Dies trifft nach wie vor für die meisten Gruppenpraxen der Schweiz zu. Durch die Einführung alternativer Versicherungsmodelle sind seit 1990 jedoch vermehrt Gruppenpraxen entstanden, die im Besitz von Versicherungen sind. Denkbar sind auch Praxen in den Händen von Spitälern, eines breiten Publikums, weniger Kapitalgeber, von Managementgesellschaften, Verwaltern, Universitäten oder sogar von betroffenen Patienten. In den USA befanden sich 1996 trotz dieser Möglichkeiten noch 95% der Gruppenpraxen im Besitz von Ärztinnen und Ärzten, nur 2,5% von Spitälern und 1,4% von Universitäten. Versicherungen und HMOs besaßen zusammen nur 0,5% aller Gruppenpraxen [10]. Die bisherigen Entwicklungen in der Schweiz, wo zurzeit das Staff-Modell die vorherrschende HMO-Form ist und die meisten HMO-Praxen in den Händen der Versicherer sind, scheinen jenen der USA entgegenzulaufen. Dies obwohl die erste Nicht-Versicherer-HMO-Praxis, Gesundheitsplan Basel, bereits 1991 in Form einer Stiftung entstand. Erst im Januar 1998 wurde durch Dr. Felix Huber die erste ärzteigene HMO in Zürich gegründet.

Zwei bekannte Formen interprofessioneller und häufig auch interdisziplinärer Zusammenarbeit sind das Gesundheitszentrum und die Schwerpunktpraxis.

Gesundheitszentren (Abb. 3) sind grosse Gruppenpraxen, die nicht-ärztliche Gesundheits- und Sozialberufe mit einbeziehen. Sie wurden in den letzten Jahren in allen grösseren Städten, flächendeckend für die ganze Schweiz, errichtet. Häufig streben sie ein ganzheitliches Angebot an, indem sie die Schulmedizin durch weitere Disziplinen zur Gesundheitserhaltung und -förderung ergänzen, z.B. Gesundheits- und Ernährungsberatung, Homöopathie, Akupunktur, Atemtherapie, Shiatsu oder Fussreflexzonenmassagen.

Bei der Schwerpunktpraxis (Abb. 4) konzentriert sich die interprofessionelle Zusammenarbeit auf eine einzige Gruppe von Patienten mit einem einheitlichen Krankheitsbild. Dabei kommen neben den Ärztinnen und Ärzten auch Angehörige all jener Gesundheitsberufe zum Einsatz, die ein optimal auf die Gesundheitserhaltung und -förderung der Patientengruppe ausgerichtetes Angebot gewährleisten können. Beispiele solcher Patientengruppen sind entwicklungs-gestörte Kinder, Alkohol- und Suchtgefährdete, Krebspatienten oder psychisch Kranke.

Bedeutung der Typologisierung von Gruppenpraxen
 Dadurch, dass der Zusammenschluss zu Gruppenpraxen unter Medizinern immer beliebter wird, gewinnt auch die Regelung der verschiedenen Zusammenarbeitsformen an Bedeutung. Eine solche Regelung wird jedoch erst durch die Unterteilung und Gruppierung der verschiedenen Formen ärztlicher

Abbildung 3

Beispiel eines Gesundheitszentrums.

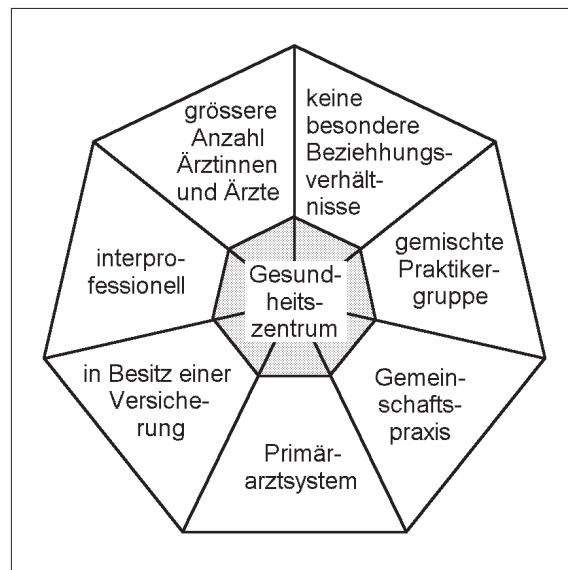
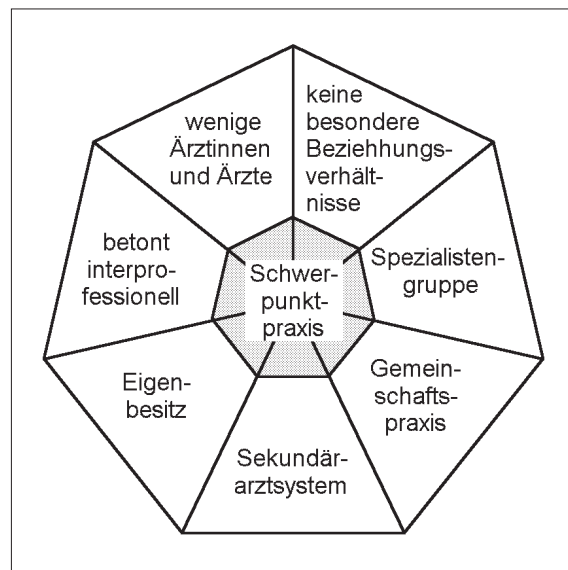


Abbildung 4

Beispiel einer Schwerpunktpraxis.



Zusammenschlüsse möglich. Dabei lassen sich Probleme, die aus den unterschiedlichen Formen ärztlicher Kooperation resultieren können, im voraus erkennen und entsprechende Lösungsvorschläge erarbeiten. Dies vereinfacht die Wahl der Zusammenarbeitsform, konkretisiert die Vorstellungen der Praxisgründer und hilft, zahlreiche Konfliktsituationen zu vermeiden.

Hinweis: Weiterführende Informationen in: Mojon S. Management der ärztlichen Gruppenpraxis. Bern: Verlag Paul Haupt; 2001 (in Druck).

Literatur

- 1 Wyler D. Gemeinschaftspraxen der Ärzte. Schweizerische Krankenkassen-Zeitung 1989;8:110-2.
- 2 Leuzinger H. Gemeinschaftliche Berufsausübung in der freien Praxis unter Schweizer Ärzten. Dissertation. Zürich, 1972.
- 3 Stähelin M. Gruppenpraxen in der Schweiz 1982. Dissertation. Zürich, 1983.
- 4 Eicher E. Die Gruppenpraxis in der Schweiz. Ergebnisse einer Umfrage der FMH und des FMH-Services. Schweiz Ärztezeitung 1992;73:375-80.
- 5 Richtlinien für Gruppenpraxen der Schweizerischen Ärztekammer vom 4. Februar 1971. Mit der Einführung der Standesordnung FMH am 1. Juli 1997 ausser Kraft gesetzt.
- 6 Meyer RL. Arbeitsgruppe 2: Allgemeinpraxis, Gruppenpraxen. Vortrag an der GDI-Tagung «Kostenexplosion im Gesundheitswesen» – Auswege aus der Resignation! Rüslikon/Zürich 14. November 1985. Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP 1985:51-68.
- 7 Schryver DL. The foundation of group practice future: vertically integrated health care systems. Medical Group Management Journal 1991;38(4):20-3.
- 8 Pott H-M. Neue Organisationsformen im Gesundheitswesen – Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen. In: Herder-Dorneich P (Hrsg.). Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen und ihre ökonomische Bedeutung. Gerlingen: Bleicher Verlag; 1991. S. 321-76.
- 9 Harris DG, Smith PJ, Benedetti SA. The transformation and progression of physician organizations. Medical Group Management Journal 1992;39(4):76-8.
- 10 Havlicek PL. Medical Groups in the US. A Survey of Practice Characteristics. Chicago: American Medical Association 1996.
- 11 Cramer UH. Fortführung der Arztpraxis nach GSG – Der Gesellschaftsvertrag: Die Abfindung – Nullbeteiligungspartnerschaften. Medizinrecht 1994;6:237-9.
- 12 Kreienberg W. Formen gemeinsamer Berufsausübung in der ärztlichen Praxis. Referat vor dem Plenum des 71. Deutschen Ärztetages am 21. Mai 1968 in Wiesbaden. Deutsches Ärzteblatt 1968;26:1504-10.