

# Allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxen in Thüringen – interne Praxisstruktur, Weiterbildungsverhalten und Wirtschaftlichkeitsprüfung

A. Nicolai

## *Group Practices in General Practice Services in Thuringia – Structur, Activities in Vocational Training and Volume of Services and Prescribing*

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Im Rahmen einer von der Gesellschaft für Allgemeinmedizin Thüringen unterstützten Versorgungsforschungsstudie wurden Vor- und Nachteile allgemeinmedizinischer Gemeinschaftspraxen analysiert.

**Methode:** Es wurden 75 Gemeinschaftspraxen in Thüringen (Teilnahme 85% aller rein allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxen) mittels eines Fragebogens zu Praxisstruktur, eigener Weiterbildungsaktivitäten und zur Häufigkeit durchgeführter Wirtschaftlichkeitsprüfungen analysiert. Die Befunde wurden den entsprechenden Daten der KV-Thüringen für die Einzelpraxis gegenübergestellt.

**Ergebnisse:** Gemeinschaftspraxen bilden deutlich mehr Weiterbildungsassistenten aus. Sie werden von der KV häufiger in die Wirtschaftlichkeitsprüfung genommen. Signifikant häufiger ist auch die Prüfung auf Leistungsüberschreitung bei den Praxen mit Dauerpräsenz, also bei denen, die sich in Urlaubszeiten intern vertreten.

**Schlussfolgerung:** Gemeinschaftspraxen bringen mehr für die Entwicklung des Faches. Die besondere Arbeitsweise von Gemeinschaftspraxen muss bei Prüfentscheidungen im Vorfeld berücksichtigt werden.

### Schlüsselwörter

Allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxen · Weiterbildungsverhalten · Wirtschaftlichkeitsprüfung

### Abstract

**Background:** Within the framework of a health care study supported by the "Society for General Practice Thuringia" advantages and disadvantages of group practices in general practice services were analyzed.

**Method:** 75 Group practices out of the 88 in Thuringia answered a questionnaire concerning their activities in vocational training, their structure of organization and the frequency of being investigated concerning the amount of services given and their volume of prescribing. Data were compared with official statistics on single handed surgeries.

**Results:** Group practices had significantly more doctors in vocational training. They more often were investigated by the local KV (body of the sickness funds doctors) concerning the amount of doctoral services and prescribing. This was significantly so, when looking only on those group practices who made no holiday and other breaks (practices with high presence).

**Summary:** Group practices add more to the development of General practice. KVs should see and accept the different intensity of working resulting in higher amounts of services given and prescribing costs.

### Key words

General practice · group practice · vocational training · prescribing and service costs

### Institutsangaben

Facharzt für Allgemeinmedizin, Bad Liebenstein

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Andreas Nicolai Facharzt für Allgemeinmedizin · Herzog-Georg-Str. 35 · 36448 Bad Liebenstein ·  
Tel.: 03 69 61/3 20 64

### Bibliografie

Z Allg Med 2004; 80: 196–200 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2004-822647  
ISSN 0014-336251

Aufgrund aktueller Studien [1] und daraus resultierender Empfehlungen [2] werden Gemeinschaftspraxen als mögliche Alternative zu bisher in Deutschland dominierenden Einzelpraxen [3] diskutiert.

Im Zusammenhang mit einem zunehmend bedrohlicher werdenden Ärztemangel bei Allgemeinmedizinerinnen im Freistaat Thüringen [4] ist zusätzlich von Interesse, ob in diesem Bundesland Gemeinschaftspraxen eine im Vergleich zu Einzelpraxen höhere Weiterbildungsaktivität aufweisen und ob diese Praxen anderen Überprüfungs Häufigkeiten als Einzelpraxen unterliegen.

## Methode

Nach vorab von der KV-Thüringen für das Jahr 1999 bereitgestellten Eckdaten (Tab. 1) wurde den im 4. Quartal 1999 in diesem Bundesland bestehenden 88 reinen allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxen (ohne Einbeziehung fachübergreifender Gemeinschaftspraxen) ein standardisierter Fragebogen zugeschickt.

Die Fragen des zugeschickten Bogens orientierten sich an der Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1999 [1] des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung und wurden an die differenziertere Aufgabenstellung angepasst (Tab. 2).

Tab. 1 A Anzahl der allgemeinmedizinischen Praxen der KV Thüringen 1999

Quartal	Einzelpraxen	Gemeinschaftspraxen (2 Ärzte)	Gemeinschaftspraxen (3 Ärzte)
I	1194	115	7
II	1194	113	7
III	1196	113	6
IV	1192	113	6

Tab. 1 B Anzahl der allgemeinmedizinischen Praxen der KV Thüringen, bei denen 1999 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (Arznei/Verbandmittel) erfolgte, KV Angaben

Einzelpraxen	Gemeinschaftspraxen (2 Ärzte)	Gemeinschaftspraxen (3 Ärzte)
78	16	1

Tab. 1 C Anzahl der allgemeinmedizinischen Praxen, bei denen für 1999 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (wegen Leistungsüberschreitung) erfolgte; KV Angaben

Quartal	Einzelpraxen	Gemeinschaftspraxen (2 Ärzte)	Gemeinschaftspraxen (3 Ärzte)
I	40	3	0
II	21	2	0
III	18	2	0
IV	13	2	0

Tab. 2 Verwendeter Fragebogen

Frage	Antwort
1. In welchem Jahr gründeten Sie Ihre Gemeinschaftspraxis?	
2. Hatte Ihre Gemeinschaftspraxis 1999 eine Ausbildungsermächtigung?	<input type="checkbox"/> Ja, 1 Mitglied der Gemeinschaftspraxis ( ) <input type="checkbox"/> Ja, 2 Mitglieder der Gemeinschaftspraxis ( ) <input type="checkbox"/> Nein ( )
3. Haben Sie ggf. 1999 eine Ausbildungsassistentin/Ausbildungsassistenten in Ihrer Praxis ausgebildet?	<input type="checkbox"/> Ja ( ), im Quartal 1/2/3/4 1999 (Zutreffendes bitte unterstreichen) <input type="checkbox"/> Nein ( )
4. War Ihre Gemeinschaftspraxis 1999 ggf. von einer Prüfung bei Arznei- und Verbandmitteln betroffen?	<input type="checkbox"/> Ja ( ) <input type="checkbox"/> Nein ( )
5. War Ihre Gemeinschaftspraxis 1999 ggf. von einer Wirtschaftlichkeitsprüfung (Leistungserbringung) betroffen?	<input type="checkbox"/> Ja ( ), im Quartal 1/2/3/4 1999 (Zutreffendes bitte unterstreichen) <input type="checkbox"/> Nein ( )
6. In welcher internen Praxisstruktur arbeitete Ihre Gemeinschaftspraxis 1999 überwiegend?	<input type="checkbox"/> Gegenseitige Vertretung im gesamten Jahr, ohne Praxisschließungen, außer an Feiertagen ( ) <input type="checkbox"/> Gemeinsame Praxispausen mit Praxisschließung durch Urlaub/Fortbildung, z. B. bei Gemeinschaftspraxis zwischen Ehepartnern ( )
7. Vertrat Ihre Gemeinschaftspraxis 1999 andere Praxen (Urlaub, Krankheits- und Fortbildungsfall)?	<input type="checkbox"/> Ja ( ) <input type="checkbox"/> Nein ( )
8. Führen Sie (ggf. im Rahmen der Ausbildung) ärztliche Gespräche (in Entsprechung EBM Ziff. 10) durch, die Sie aufgrund der Budgetierung nicht zur Abrechnung bringen?	<input type="checkbox"/> Ja ( ) <input type="checkbox"/> Ja, jedoch nur im Rahmen der Ausbildung ( ) <input type="checkbox"/> Nein ( )
9. In welcher Größenordnung lag die Scheinzahl Ihrer Gemeinschaftspraxis im Quartalsdurchschnitt 1999?	<input type="checkbox"/> Unter 1 200 pro Quartal ( ) <input type="checkbox"/> 1 200–2 000 pro Quartal ( ) <input type="checkbox"/> Über 2 000 pro Quartal ( )
10. War Ihre Gemeinschaftspraxis 1999 eine Schwerpunktpraxis?	<input type="checkbox"/> Ja, Diabeteschwerpunktpraxis ( ) <input type="checkbox"/> Ja, andere Schwerpunktpraxis ( ) <input type="checkbox"/> Nein ( )

Von besonderem Interesse waren Angaben zur Weiterbildungsermächtigung (Frage 2) und zum Weiterbildungsverhalten im Jahre 1999 (Frage 3).

Einen weiteren Schwerpunkt bildeten die Daten über im Jahr 1999 von Prüfungen betroffene Gemeinschaftspraxen (Frage 4: Prüfung wegen mehr als 15% Überschreitungen des Arznei/Verbandmittelbudgets, Frage 5: Prüfung der Behandlungsweise wegen signifikanter Überschreitungen des erbrachten Leistungsvolumens).

Als dritter Interessenschwerpunkt wurde die interne Praxisstruktur (v. a. interne Vertretung oder gemeinsame Praxispausen – (Frage 6) und Abrechnung erbrachter Leistungen (Frage 8) untersucht.

Zusätzliche Angaben zum Zeitpunkt der Gemeinschaftspraxisgründung (Frage 1), zur externen Vertretung (Frage 7) zur Praxisgröße (Frage 9) und zu evtl. Schwerpunktpraxen (Frage 10) wurden zur Komplettierung erbeten. Von den 88 angeschriebenen Gemeinschaftspraxen antworteten 75 (85,2%), sämtliche 75 Fra-

gebogen konnten vollständig ausgewertet werden. Die Teilergebnisse wurden nach unterschiedlichen Gruppenzugehörigkeiten (Stichproben) geordnet und auf signifikante Unterschiede mittels der hierfür üblicherweise geltenden statistischen Kontingenztafelprüfung untersucht [5].

Signifikante Unterschiede wurden auf einem Signifikanzniveau von 0,05 (Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%) bei Chiquadrat größer 3,84 gesehen.

## Ergebnisse

Bei den Schwerpunktfragen können folgende Studienergebnisse gefunden werden; ergänzend werden Zahlenangaben der KV-Thüringen (Tab. 1A–C) und der Landesärztekammer Thüringen angeführt.

### Weiterbildungsverhalten (Frage 2 und 3)

51 Gemeinschaftspraxen (68%) hatten 1999 keine Weiterbildungsermächtigten Arzt, in 19 Gemeinschaftspraxen (25,4%) war 1 Mitglied, in 4 Gemeinschaftspraxen (5,4%) waren 2 Mitglieder weiterbildungsermächtigt, (Gesamtanteil 30,8%), eine Praxis machte keine Angaben.

Nach einer Mitteilung der Landesärztekammer Thüringen wurden im Jahr 1999 insgesamt 7 Weiterbildungsassistenten für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in der Niederlassung bei Allgemeinmedizinerinnen ausgebildet, davon waren 6 in den 75 Gemeinschaftspraxen, die an der Studie teilnahmen, beschäftigt. Bezogen auf die Vergleichsgruppe von 1194 Einzelpraxen bildeten Gemeinschaftspraxen 1999 in Thüringen signifikant häufiger allgemeinmedizinischen Nachwuchs aus (Chiquadrat 80,55).

Der Anteil von weiterbildungsermächtigten Gemeinschaftspraxen betrug 1999 in Thüringen 30,8%. Der Prozentsatz von weiterbildungsermächtigten Einzelpraxen ließ sich aufgrund nicht weiter möglicher Differenzierung (10/2001 gab es lt. Thüringer Ärztekammer insgesamt 157 weiterbildungsermächtigte Allgemeinmediziner) nur schätzen und lag mit maximal 130 Ärzten bei 10,9%. Diese anzunehmenden Unterschiede erklären jedoch nur einen geringen Teil der deutlich höheren Weiterbildungsaktivität in den Gemeinschaftspraxen.

### Prüfung bei Arzneimittelbudget bzw. Leistungsüberschreitung (Frage 4 und 5)

Die Tab. 3 gibt Auskunft über die gefundenen Unterschiede. Hier nach werden Gemeinschaftspraxen signifikant häufiger als Einzelpraxen im Bereich Arznei- und Verbandsmittel geprüft.

### Angaben zur internen Praxisstruktur (Frage 6)

39 (52%) der Gemeinschaftspraxen vertraten sich 1999 intern ohne Praxispausen (Praxen mit hoher Präsenz); 35 (46,7%) der Gemeinschaftspraxen gaben an, gemeinsame Praxispausen mit entsprechenden Praxissschließungen durch Urlaub/Fortbildung gemacht zu haben (Praxen mit niedrigerer Präsenz) (1 Praxis machte keine Angabe zur Frage 6).

Tab. 3 Geprüfte Gemeinschaftspraxen, Vergleich zu Einzelpraxen

Prüfart	Angaben bezogen auf die 75 teilnehmenden Gemeinschaftspraxen	Angaben der KVT, bezogen auf 1 194 Einzelpraxen	Chiquadrat Kontingenztafelprüfung
Prüfung Arznei/Verbandsmittel	10 (13,3%)	78 (6,5%)	4,52
Prüfung Leistungsüberschreitung	9 (12%) (bezogen auf ein oder mehrere Quartale)	92 (7,7%) (bezogen auf ein Quartal)	1,78

## Verknüpfung verschiedener Teilergebnisse

Es erfolgte eine Gruppenbildung in Gemeinschaftspraxen mit gegenseitiger Vertretung im gesamten Jahr (Praxisstruktur mit hoher Präsenz) und in Gemeinschaftspraxen mit gemeinsamen Praxispausen (niedrigere Präsenz). Anschließend wurden die beiden Gruppen unterschiedlicher Praxisstruktur hinsichtlich möglicher Unterschiede bei der Prüfhäufigkeit untersucht.

Der Unterschied von 12,8% (hohe Präsenz) und 14,3% (niedrige Präsenz) bei der Prüfung auf Budgetüberschreitungen (Arznei- und Verbandsmittel) ist statistisch nicht signifikant.

Ein statistisch signifikanter Unterschied (Signifikanzniveau 0,05) besteht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Leistungsmenge) zwischen Gemeinschaftspraxen hoher Präsenz (18,0%) und niedrigerer Präsenz (2,9%).

Nach einer Gruppenbildung in Gemeinschaftspraxen mit Weiterbildungsassistenten und solche ohne Weiterbildungsassistenten erfolgte ein Vergleich hinsichtlich möglicher Unterschiede bei der Prüfhäufigkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung): Es war kein signifikanter Unterschied der Prüfhäufigkeit (Wirtschaftlichkeit) in Abhängigkeit vom Weiterbildungsverhalten statistisch nachweisbar.

## Diskussion

Die vorliegende Arbeit ordnet sich in das breite Spektrum von Untersuchungen der Versorgungsforschung ein, die „ein wenig Licht ins Dunkel des ‚Gesundheitslabyrinths‘ bringen“ [6] wollen. Die Arbeit wurde von der Gesellschaft für Allgemeinmedizin Thüringen unterstützt. Die hohe Teilnahmequote von 85,2% kann als Ausdruck der hohen Akzeptanz dieser wissenschaftlichen Gesellschaft bei den Kolleginnen und Kollegen, verbunden mit einem starken Interesse an den Fragen gewertet werden.

Gemeinschaftspraxen haben einen extrem hohen Anteil an der Weiterbildung in Thüringen. Dies kann die verschiedensten Gründe haben. Sicherlich spielen aber bessere fachliche, logistische und betriebswirtschaftliche Integrationsbedingungen der Weiterbildungsassistenten innerhalb komplexerer Praxisstrukturen eine fördernde Rolle, wie sie auch in anderen Publikationen [2, 7, 8] im Zusammenhang mit Vorteilen von Praxiszusammenschlüssen diskutiert werden.

Die Weiterbildungsaktivität selbst scheint aber keinen Einfluss auf das Leistungsvolumen der Praxis zu haben. Denn die Frage, ob Gemeinschaftspraxen, die allgemeinmedizinischen Nachwuchs heranzubilden, statistisch häufiger als Gemeinschaftspraxen ohne Weiterbildungsaktivität in Wirtschaftlichkeitsprüfungen gelangten (Tab. 5) kann durch vorliegende Untersuchung zu nächst verneint werden.

Von den untersuchten allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxen gaben 10 (13,3%) der Praxen an, 1999 in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung wegen Arznei- und Verbandmittelbudgetüberschreitungen gekommen zu sein (Tab. 3).

Ein Vergleich mit Angaben der KV Thüringen, die 17 Prüfungen (Tab. 1 B) angibt, ist nur bedingt möglich, da bei den 17 geprüften allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxen auch fachübergreifende Praxen eingerechnet sein könnten. Der Unterschied zwischen dem Prozentsatz der 1999 geprüften allgemeinmedizinischen Einzelpraxen und dem Anteil der geprüften Gemeinschaftspraxen ist statistisch signifikant (Tab. 3).

Eine statistische Beziehung zwischen der Praxisstruktur der untersuchten Gemeinschaftspraxen (hohe und niedrige Präsenz) und der Prüfhäufigkeit beim Arznei- und Verbandmittelverordnungsverhalten ist nicht nachweisbar (Tab. 4).

Die untersuchten Gemeinschaftspraxen haben 1999 unabhängig von der Praxisstruktur statistisch signifikant häufiger die fallbezogenen Arznei- und Verbandmittelprüfkriterien überschritten, als allgemeinmedizinische Einzelpraxen Thüringens (Tab. 1 B). Ursache könnte der Wegfall verschiedener Faktoren sein, die bei allgemeinmedizinischen Einzelpraxen „positiv“ auf das Verordnungsvolumen pro Fall wirken, wie z. B. Vertretungsfälle mit üblicherweise Verordnung kleiner Packungsgrößen oder auch Patienten mit „mehreren Hausärzten“. Der fehlende Einfluss von Praxispausen auf die Prüfhäufigkeit scheint plausibel, da auch Gemeinschaftspraxen mit gemeinsamen Urlaubszeiten vor diesen meist angekündigten Pausen ihre Patienten mit ausreichend Medikamenten ausstatten.

Von den untersuchten allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxen gaben 9 (12%) an, 1999 ein oder mehrere Quartale in Wirtschaftlichkeitsprüfungen wegen Leistungsüberschreitung gekommen zu sein. Ein Vergleich mit den Angaben der KV-Thüringen, die ebenfalls 9 Prüfungen für Gemeinschaftspraxen angibt, ist aufgrund der unterschiedlichen Datenerhebung nur bedingt möglich (Tab. 1 C). Der Unterschied zwischen dem Anteil der geprüften allgemeinmedizinischen Einzelpraxen (lt. Tab. 1 A, C = 7,7%) und dem Anteil der geprüften Gemeinschaftspraxen ist statistisch nicht signifikant.

Allerdings besteht eine Beziehung zwischen der Praxisstruktur der untersuchten Gemeinschaftspraxen (hohe und niedrige Präsenz) und der Prüfhäufigkeit (Leistungsüberschreitung): Praxen mit hoher Präsenz haben signifikant mehr Prüfungen auf Leistungsüberschreitung (Tab. 4), (Abb. 1).

Der Einfluss der Praxisstruktur allgemeinmedizinischer Gemeinschaftspraxen auf die Prüfhäufigkeit wegen Leistungsüberschreitung ist plausibel: Gemeinschaftspraxen mit gemeinsa-

Tab. 4 Präsenzstufe und Prüfhäufigkeit

Präsenzstufe (Frage 6)	Prüfung Arznei/ Verbandmittel (Frage 4)	Prüfung Wirtschaftlichkeit/ Leistungserbringung (Frage 5)
hohe Präsenz (39)	5 (12,8%)	7 (18,0%)
niedrigere Präsenz (35)	5 (14,3%)	1 (2,9%)
Chiquadrat (Kontingenztafel)	0,33	4,3
keine Angaben (1)	0 (0,0%)	1 (100,0%)

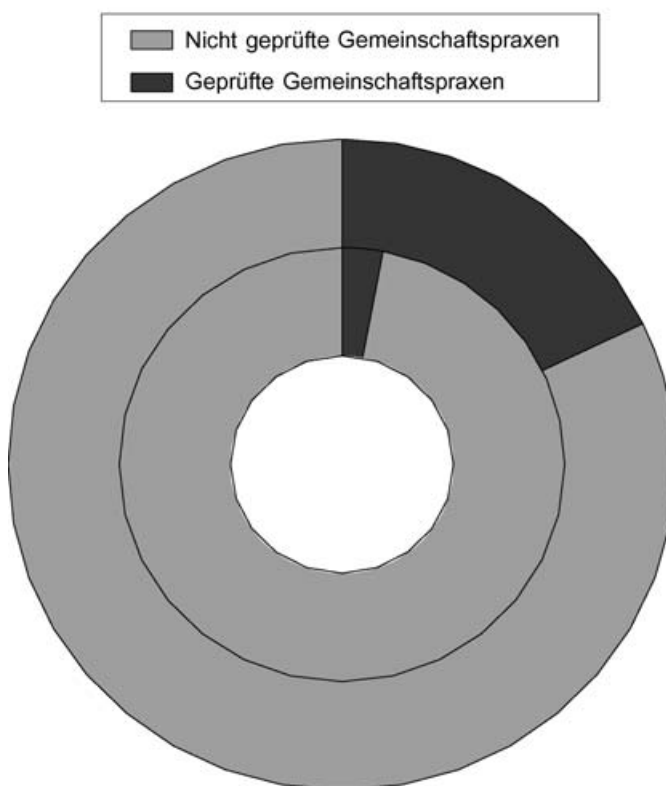


Abb. 1 Wirtschaftlichkeitsprüfung in Abhängigkeit von der Gemeinschaftspraxisstruktur. Prüfung bei hoher (äußerer Kreis)/niedriger (innerer Kreis) Präsenz.

men Praxispausen (niedrige Präsenz) erbringen im Vergleich zur Gruppe der Gemeinschaftspraxen ohne entsprechende Pausen in diesen Zeiträumen üblicherweise keine sonst kontinuierlich anfallenden Behandlungsleistungen. In dieser Beziehung gleichen Gemeinschaftspraxen niedriger Präsenz eher allgemeinmedizinischen Einzelpraxen.

### Schlussfolgerungen

Vorliegende Ergebnisse legen die Sinnhaftigkeit einer Neuorientierung der Allgemeinmedizin hin zu komplexeren Praxisstrukturen nahe. Zumindest scheint es so zu sein, dass diejenigen, die aktiv in der Weiterbildung sind, auch im Verbund arbeiten.

Tab. 5 Weiterbildungsaktivität und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Weiterbildungsaktivität 1999 (Frage 3)	Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Frage 5)
ausgebildet: 6	2 (33,3%)
nicht ausgebildet: 69	7 (10,1%)
Chiquadrat (Kontingenztafel)	2,77

Um den nötigen allgemeinmedizinischen Nachwuchs heranzubilden, müssen die Weiterbildungsbedingungen verbessert werden. Allgemeinmedizinische ärztliche Weiterbildung ist wesentlich besser im Verbund angesiedelt.

Allerdings hätten Prüfungsgremien die unterschiedliche Arbeitsweise – insbesondere bei Praxen, die keine Urlaubspausen sowie andere Pausen machen – zur Kenntnis zu nehmen und schon im Vorfeld einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

## Literatur

- <sup>1</sup> Brenner G, Bogumil W. Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1999. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, Köln 2002
- <sup>2</sup> Rabatta S. „Den Spaß an der Arbeit verloren“; nachgefragt: bei KBV-Vorsitzendem Richter-Reichhelm. Dt Ärztebl 2002; 15: 994–994
- <sup>3</sup> Bundesarztregister der KBV Internetseiten A 18; A 33
- <sup>4</sup> Thüringer Verein zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Ohne Hausärzte – eine Zukunft? Offener Brief vom 15.10.2000, bei den Autoren
- <sup>5</sup> Adam J. Mathematik und Informatik in der Medizin. Volk und Gesundheit, Berlin 1980; 193–195
- <sup>6</sup> Gerst T. Versorgungsforschung „Umsetzung in der Praxis“. Dt Ärztebl 2002; 43: 2826
- <sup>7</sup> Weil B. Patientenbetreuung über ein Call Center, Qualitätsgewinn und Entlastung. Dt Ärztebl 2003; 19: 1292
- <sup>8</sup> Grubitzsch J. „Polikliniken: Auslaufmodell wird zum Hoffnungsträger“. Ärztliche Praxis 2003; 15: 14

## Zur Person



Dr. med. Andreas Nicolai, Facharzt für Allgemeinmedizin  
Geb. 1960, Medizinstudium in Berlin/Greifswald/Dresden, in Dresden Diplomarbeit, FA Allgemeinmedizin 1995, Promotion und Niederlassung 1997, verheiratet, 3 Kinder. Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin Universität Jena.

Wiss. Interesse: Patienten-Arzt-Beziehung, Befindlichkeitsstörungen und Versorgungsforschung aus allgemeinmedizinischer Sicht.