



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Vorteilhaftigkeit ärztlicher Kooperationen:
eine theoretische Betrachtung“

verfasst von / submitted by

Maria Theresia Fink, Bakk.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 915

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Betriebswirtschaft

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Jörg Borrmann

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Datum

Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich gerne bei meinen Eltern und Geschwistern dafür bedanken, dass sie mir jederzeit ihr uneingeschränktes Vertrauen schenken und mir bei jeder meiner Entscheidungen beratend zur Seite stehen.

Durch die Geduld und das Verständnis, dass sie mir entgegenbringen, sind sie nicht zuletzt eine wichtige Stütze auf die ich mich stets verlassen kann.

Des Weiteren gilt mein besonderer Dank Herrn Prof. Dr. Borrmann für seine verständnisvolle und geduldige Art.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	V
INHALTSVERZEICHNIS	VII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	X
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XI
1 EINLEITUNG	1
1.1 Aufgabenstellung.....	2
1.2 Aufbau der Arbeit.....	2
2 KOOPERATIONEN	4
2.1 Kooperationsbegriff	4
2.2 Typologie von Kooperationen.....	4
2.2.1 Richtung einer Kooperation.....	5
2.2.2 Intensität einer Kooperation	6
2.2.3 Verbindlichkeit einer Kooperation	6
2.2.4 Zielidentität einer Kooperation	7
2.2.5 Integrationsgrad	7
2.2.6 Primär- und Sekundärarztsystem	9
2.2.7 Mono- und Interdisziplinarität	9
2.2.8 Mono- und Interprofessionalität	9
3 FORMEN ÄRZTLICHER KOOPERATIONEN IN ÖSTERREICH	10
3.1 Gruppenpraxis.....	10
3.1.1 Privatgruppenpraxen	12
3.1.2 Wahlgruppenpraxen.....	12
3.1.3 Vertragsgruppenpraxen.....	13
3.2 Ordinations- und Apparategemeinschaft.....	14
3.3 Selbständiges Ambulatorium / Institut	14
3.4 Wahl der Rechtsform.....	15
3.4.1 Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit auf kooperationsvertraglicher Basis	16
3.4.2 Ärztliche Kooperationen auf kooperationsvertraglicher Basis	16
3.4.3 Ärztliche Kooperationen auf gesellschaftsvertraglicher Basis	17
3.4.4 Personengesellschaften.....	18
3.4.5 Kapitalgesellschaften	22

4	ZWISCHEN MARKT UND HIERARCHIE	26
4.1	Der Kooperationsbegriff zwischen Markt und Hierarchie.....	26
4.2	Vergleich zwischen Markt und Hierarchie	26
4.2.1	Die marktliche Leistungserstellung	27
4.2.2	Die hierarchische Leistungserstellung.....	28
4.3	Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Organisationsformen für die ambulante Gesundheitsversorgung	29
4.3.1	Räumliche Komponente.....	30
4.3.2	Kontrolle und Koordination der Leistungserbringung.....	31
4.3.3	Verteilung von Eigentumsrechten.....	34
4.4	Ärztliche Kooperationen als Verbindung der Vorzüge der beiden Organisationsformen.....	35
4.5	Fazit.....	38
5	MOTIVATION FÜR DEN BEITRITT ZU KOOPERATIONEN.....	39
5.1	Vorzüge und Problemfelder ärztlicher Kooperationen.....	39
5.1.1	Vorteile	39
5.1.2	Mängel und Hemmnisse	46
5.2	Opportunistisches Verhalten als Ursache des Scheiterns	49
6	THEORIEN ZUR ERKLÄRUNG DER WAHL ÄRZTLICHER KOOPERATIONEN.....	51
6.1	Prinzipal-Agent-Theorie.....	51
6.1.1	Prinzipal-Agent-Theorie zur Analyse der Vertragsbeziehung.....	51
6.1.2	Der Einfluss verschiedener Regelungen auf das opportunistische Verhalten.....	52
6.1.3	Anwendbarkeit der Prinzipal-Agent-Theorie im Bereich ärztlicher Kooperationen	58
6.1.4	Fazit zum Potential des PA-Ansatzes	60
6.2	Transaktionskostenansatz	61
6.2.1	Transaktionskosten	62
6.2.2	Einflussfaktoren auf die Transaktionskosten.....	65
6.2.3	Anwendbarkeit und Eignung des TK-Ansatzes im Gesundheitswesen.....	69
6.2.4	Fazit zum Potential ärztlicher Kooperationen aus TK-theoretischer Sicht	70
7	CONCLUSIO	71

8	QUELLENVERZEICHNIS	74
8.1	Literatur	74
8.2	Internetquellen	85
8.3	Rechtsquellen.....	89
	ANHANG A: KURZFASSUNG	90
	ANHANG B: ABSTRACT	91
	ANHANG C: LEBENSLAUF	92

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Richtungen ärztlicher Kooperationen	5
Abbildung 2: Integrationsgrade ärztlicher Kooperation	8
Abbildung 3: Medizinische Kooperationen auf Kooperationsvertragsgrundlage	16
Abbildung 4: Personengesellschaftsformen	18
Abbildung 5: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der GesbR.....	19
Abbildung 6: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der OG	20
Abbildung 7: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der KG	21
Abbildung 8: Kapitalgesellschaften	22
Abbildung 9: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der GmbH.....	22
Abbildung 10: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der AG	24
Abbildung 11: Organisationsformen	29
Abbildung 12: Transaktionskosten	62

Abkürzungsverzeichnis

ABGB	=	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AG	=	Aktiengesellschaft
AktG	=	Aktiengesetz
ÄrzteG	=	Ärztegesetz
BGBI	=	Bundesgesetzblatt
GesbR	=	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GmbH	=	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbHG	=	GmbH-Gesetz
HMO	=	Health Maintenance Organization
KAKuG	=	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KG	=	Kommanditgesellschaft
NIÖ	=	Neue Institutionenökonomie
ÖÄK	=	Österreichische Ärztekammer
OG	=	Offene Gesellschaft
PA	=	Prinzipal-Agent
RSG	=	Regionaler Strukturplan Gesundheit
TK	=	Transaktionskosten
UGB	=	Unternehmensgesetzbuch
USA	=	Vereinigte Staaten von Amerika (United States of America)
WHO	=	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	=	zum Beispiel

1 Einleitung

Das österreichische Gesundheitswesen zählt aufgrund seiner Organisation zu den weltweit besten Versorgungssystemen (bmg, 2013, S. 4 ff.; OECD, 2014; OECD, 2015, S. 2). Dennoch wird immer wieder die Kritik laut, dass sich gerade daraus erhebliche Strukturmängel ergäben (Straka, 2004, S. 9), die unweigerlich zu sehr hohen Kosten und Finanzierungsströmen führten (Neidhart/Sinabell, 2012, S. 77). Eine Bemängelung des Aufbaus des Systems wurde bereits vor einigen Jahrzehnten seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgebracht (Straka, 2004, S. 9). Als negativ wird die Tatsache bewertet, dass diese Kritikpunkte im Laufe der Zeit nicht bzw. nur unzureichend behoben wurden. Vor allem die strikte Trennung der Bereiche der ambulanten und stationären Behandlung (Straka, 2004, S. 9; Hofmarcher, 2013, S. 29 f.) führen auch in letzter Zeit wieder vermehrt zu harter Kritik (Steinhart, 2015).

So sieht sich auch das System in Österreich aufgrund der wachsenden Bevölkerung, der vermehrten Multimorbidität sowie des erhöhten Vorkommens chronischer Erkrankungen vor bürokratischen und strukturellen Herausforderungen. Als Aufgabe der Gesundheitspolitik steht in diesem Zusammenhang die Sicherstellung entsprechender Behandlungsmethoden, die immer auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft basieren, zu garantieren (Amelung/Wolf, 2011a, S. 37 f.). Durch den ungenügenden Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Leistungserbringern, der hauptsächlich auf die Trennung in ambulante und stationäre Versorgung zurückzuführen ist, kann den Forderungen einer sektorenübergreifenden Planung und Organisation nicht nachgekommen werden (Straka, 2004, S. 11 f.; Neidhart/Sinabell, 2012, S. 77 ff.; Amelung/Wolf, 2011a, S. 37).

Ansätze einer Attraktivierung des medizinischen Berufes wurden bereits mit den Reformänderungen zur Gruppenpraxis in den Jahren 2001 bzw. 2010 unternommen. Obwohl sich daraus durchaus erhebliche Vorteile ergeben, werden derartige Ausgestaltungsformen nur in einem sehr geringen Ausmaß angenommen. Gründe dafür liegen etwa in einer geänderten Auffassung der Work-Life-Balance der jungen Mediziner, die in einem Angestelltenverhältnis eine bessere Übereinstimmung mit den persönlichen Vorstellungen sehen. Auch die interessanter gestalteten Systeme, beispielsweise in Deutschland und der Schweiz, führen durch das Abwandern zu einem erheblichen Verlust qualifizierter Kräfte (Pöttler, 2014, S. 434 ff.; Steinhart, 2015).

Diese Fehlentwicklungen wirken sich vor allem negativ auf den niedergelassenen Bereich aus, sodass die Aufnahme der Tätigkeit als Mediziner immer weniger Attraktivität besitzt (Steinhart, 2015). Die rasante Entwicklung eines Ärztemangels, vor allem im ländlichen Bereich, nimmt immer weitreichendere Folgen ein. Um die derzeitige Situation umzukehren und eine Entlastung überfüllter Krankenhausambulanzen zu erreichen, bedarf es der Etablierung neuer

flexibler Rahmenbedingungen im niedergelassenen Bereich (öäk, 2014; Steinhart, 2015). Entsprechend diesen Anforderungen bieten moderne Kooperationsformen die Möglichkeit, durch Senkung der administrativen Arbeiten sowie bessere Vernetzung eine umfangreiche, an Patientenbedürfnissen ausgerichtete flächendeckende Versorgung. Dies soll vor allem durch die Vernetzung der Ärzte zu Ärztezentren und Gruppenpraxen erreicht werden, wobei die ökonomische und persönliche Vorteilhaftigkeit vor allem laut des Gesetzgebers überdurchschnittlich hoch eingeschätzt wird (Pöttler, 2014, S. 36 f.; öäk, 2014; Steinhart, 2015).

1.1 Aufgabenstellung

Das mangelnde Interesse für Ärzte sich zu Kooperationen zusammenzuschließen lässt sich durch eine Vielzahl von Gründen erklären. So spielen die erhöhte Feminisierung des ärztlichen Berufsstandes und das neue Verständnis einer ausgewogenen Lebensweise insofern eine Rolle, als die Aufnahme der Tätigkeit in Einzelpraxen weniger erstrebenswert erscheint.

Dennoch stellt sich die Frage, warum die prognostizierten ökonomischen Vorteile, die durch das Zusammenwirken erzielt werden können, gerade im medizinischen Bereich wenig Interesse wecken.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, zunächst die wirtschaftlichen und sozialen Vorteile der zusammenwirkenden Leistungserbringung zu erörtern. Des Weiteren werden die verschiedenen Ausgestaltungsmöglichkeiten ärztlicher Kooperationen in die Markt-Hierarchie-Struktur eingeordnet. Darauf basierend, werden, um eine ökonomische Fehleinschätzung der geförderten Zusammenschlüsse auszuschließen, die Kooperationsmöglichkeiten sowohl durch die Prinzipal-Agent-Theorie als auch mittels des Transaktionskostenansatzes näher beleuchtet.

1.2 Aufbau der Arbeit

Kapitel zwei befasst sich allgemein mit dem Kooperationsbegriff sowie typischen Faktoren, mittels derer Kooperationen eingeteilt werden können.

Inhalt des dritten Kapitels sind die in Österreich möglichen Ausgestaltungsformen ärztlicher Kooperationen. Daneben werden die zur Möglichkeit stehenden Rechtsformen kurz betrachtet.

Der nächste Abschnitt behandelt die theoretische Einordnung ambulanter ärztlicher Zusammenarbeitsformen zwischen den beiden Organisationsformen Markt und Hierarchie. Dabei wird zunächst ein Vergleich der beiden Formen ausgearbeitet, um im Anschluss daran Möglichkeiten und Grenzen der Organisationsformen für die ambulante Gesundheitsversorgung unter den drei Aspekten räumliche Komponente, Kontrolle und Koordination sowie Verteilung von Eigentumsrechten aufzuzeigen. Abschließend wird die Verbindung, welche hybride Formen dabei übernehmen, dargestellt.

Kapitel fünf knüpft an die theoretisch erarbeiteten Vorteile von Kooperationen an und zeigt diese anhand der sich ergebenden wirtschaftlichen und sozialen Vor- und Nachteile, die sich für die Beteiligten einer ärztlichen Kooperation herausbilden können.

Das sechste Kapitel umfasst zwei Theorien der Neuen Institutionenökonomie zur Erklärung, warum es zu einem Tätigwerden in ärztlichen Kooperationen kommt bzw. nicht kommt. Die Wahl der Ansätze basiert auf den Ergebnissen der in Kapitel fünf erarbeiteten wirtschaftlichen und sozialen Vorzüge und Problemfelder, die sich durch die Leistungserbringung in Verbünden ergeben. Nach einer generellen Beschreibung des Prinzipal-Agent-Ansatzes sowie der Transaktionskostentheorie werden die jeweiligen Einflussgrößen auf die Verhaltensweisen der Protagonisten erarbeitet. Anschließend wird die Anwendbarkeit der beiden Ansätze im Bereich der ärztlichen Versorgung dargelegt.

In Kapitel sieben erfolgt ein Ausblick bezüglich der zukünftigen Entwicklung in diesem Bereich.

An dieser Stelle soll noch darauf hingewiesen werden, dass sich sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen selbstverständlich auf beide Geschlechter beziehen.

2 Kooperationen

Dieses Kapitel beginnt mit einer Definition des Kooperationsbegriffs. Danach werden typische Kooperationsmerkmale unter Berücksichtigung der sich aus der ärztlichen Versorgung ergebenden Besonderheiten genauer definiert.

2.1 Kooperationsbegriff

So viele Möglichkeiten es auch zur Gestaltung der zusammenwirkenden Tätigkeitsausübungen gibt, so umfangreich sind die in der Literatur zu findenden Definitionen für den Begriff der Kooperation, der sich im Allgemeinen in allen Bereichen des menschlichen Zusammenwirkens wiederfindet. Allerdings wird der Begriff hauptsächlich mit wirtschaftswissenschaftlichen Zusammenhängen in Verbindung gebracht, weshalb eine Reihe von Definitionen bezüglich zwischenbetrieblicher Mitwirkung bzw. Zusammenarbeit existieren.

Während Blohm (Blohm, 1980, S. 1112 ff.) unter einer Kooperation eine Zusammenarbeit rechtlich und wirtschaftlich unabhängiger Unternehmen durch Eingehen eines Vertrages versteht, sehen Bartscher und Huber (2007) darin vorwiegend ein personalwirtschaftliches Fachgebiet, welches Individuen zur Erbringung gemeinsamer Leistungen anregt (Bartscher/Huber, 2007, S. 20).

Den verschiedenen Definitionen gemein ist, dass die Aspekte der freiwilligen Zusammenarbeit mindestens zweier Unternehmen sowie die grundsätzliche Beibehaltung der wirtschaftlichen Selbständigkeit angeführt werden (Krüger, 2012, S. 51 ff.). Daneben sind die Erfüllung gemeinsamer Ziele, die Berücksichtigung des rechtlichen Rahmens genauso wie die eventuelle Aufteilung zu übernehmender Funktionen entscheidende Anzeichen einer Kooperation (Hoops/Nguyen, 2006, S. 10 f.).

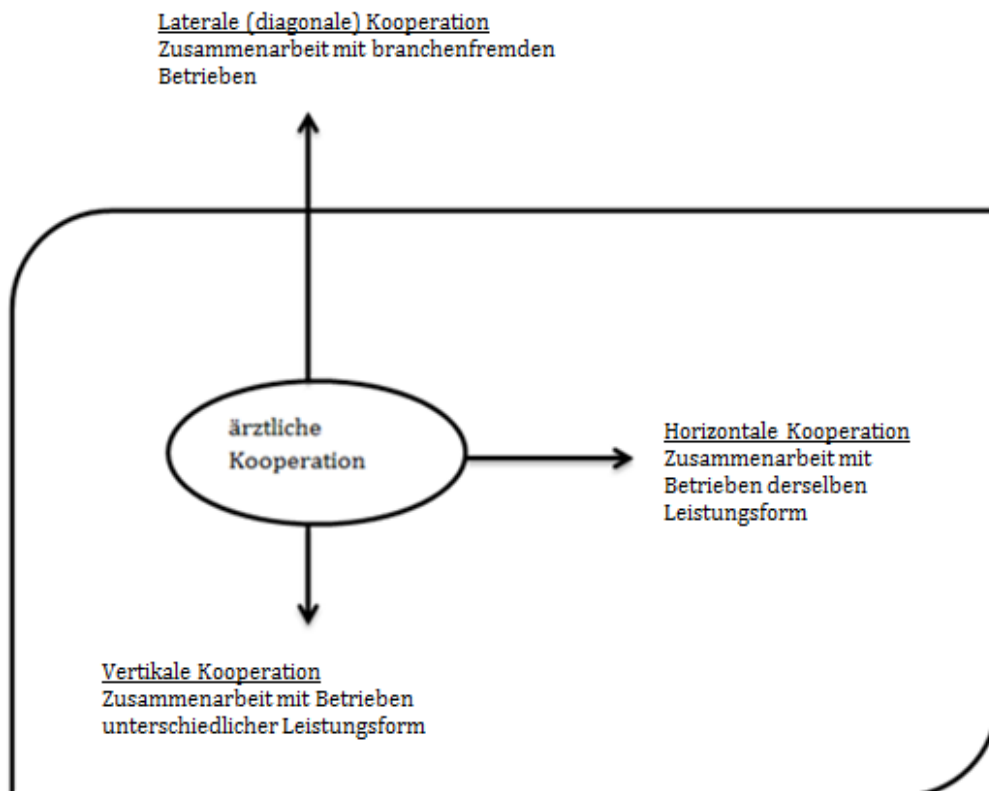
2.2 Typologie von Kooperationen

Kooperationsmerkmale erlauben eine Unterscheidung der diversen Ausgestaltungsformen unternehmerischer Kooperationen. Dabei können Faktoren wie die Richtung, die Intensität oder der Integrationsgrad, je nach betrachteter Branche, unterschiedlich gewichtig sein.

2.2.1 Richtung einer Kooperation

Im Allgemeinen wird aus der Richtung einer Kooperation die Interaktion auf den verschiedenen Stufen der Wertschöpfungskette ersichtlich. Daneben gibt sie auch Auskunft darüber, in welcher Branche die Kooperationspartner tätig sind, wie auch aus Abbildung 1 ersichtlich ist (Killich, 2011, S. 18).

Abbildung 1: Richtungen ärztlicher Kooperationen



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Seelos, 2012, S. 40

Horizontal

Die horizontale Kooperation ist durch die Zusammenarbeit von Unternehmen gekennzeichnet, welche auf derselben Wertschöpfungsstufe sowie in der gleichen wirtschaftlichen Branche tätig sind. Nicht selten werden Kooperationen eingegangen, um die Konkurrenzsituation zu entschärfen. Das Streben nach einer größeren Marktmacht oder die bessere Planung und Ausführung bestimmter Funktionen sind wesentliche Aspekte, die eine Kooperationsbereitschaft begünstigen (Killich, 2011, S. 18).

Bezogen auf ärztliche Kooperationen bilden intersektorale Zusammenschlüsse für den Absatz- und Leistungserstellungsbereich einen genauso entscheidenden Aspekt, wie dies auch durch die Zusammenarbeit in Konsortien und durch die Interessensvertretung stattfindet (Seelos, 2012, S. 39).

Vertikal

Kommt es zu einer Interaktion zwischen Unternehmenspartnern der gleichen Wirtschaftsbranche, die jedoch auf vor- und nachgelagerten Stufen der Wertschöpfungskette tätig sind, wie sie bei klassischen Zulieferer-Abnehmer-Beziehung vorzufinden sind, ist von einer vertikalen Kooperation die Rede (Killich, 2011, S. 18). Im Bereich von Medizinbetrieben kommt dieser Form der intersektoralen Zusammenarbeit hohe Relevanz zu. Als vor- und nachgelagerte Leistungserbringer können neben Krankenhäusern auch niedergelassene Fachärzte, Rettungsdienste bzw. diverse Pflegeeinrichtungen in Erscheinung treten (Seelos, 2012, S. 39 f.).

Lateral / diagonal

Laterale bzw. diagonale Kooperationen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Partner aus verschiedenen Branchen stammen und auf unterschiedlichen Ebenen der Markt- bzw. Wertschöpfungsstufe agieren. Gründe einer derartigen wirtschaftlichen Verbindung sind vorwiegend finanzieller Natur. Meist zielt die Bildung einer solchen Kooperation auf die Bearbeitung neuer Technologien oder die Entwicklung neuer Produkte ab (Hagenhoff, 2004, S. 10). Im Bereich ärztlicher Zusammenschlüsse kommen daher geschäftliche Verbindungen mit Unternehmen und Instituten aus verschiedenen Bereichen in Frage, wie etwa Energieversorgung, Reinigung, Beratung oder Forschung (Seelos, 2012, S. 41).

2.2.2 Intensität einer Kooperation

Die Intensität einer Kooperation kann, je nach Ausmaß der Bindung, in unterschiedlichen Kategorien zum Ausdruck kommen. Beschränkt sich die Zusammenarbeit bei geringer Intensität lediglich auf den Informations- und Erfahrungsaustausch, müssen kooperationsrelevante Anhaltspunkte bei der moderaten Bindungsintensität bereits teilweise aufeinander abgestimmt werden. Erfolgt aufgrund des Bindungsgrades eine Absprache in allen bedeutsamen Aktivitäten, ist dies ein Zeichen für eine hohe Intensität (Killich, 2011, S. 19).

2.2.3 Verbindlichkeit einer Kooperation

Je nach Grad der Vereinbarung kooperativer Aktivität kann zwischen schriftlichen Verträgen, nicht schriftlichen Einigungen und kapitalmäßigen Vertragsbindungen, welche die engste Form der Verpflichtung darstellen und in weiterer Folge zu Unternehmenszusammenschlüssen führen könnten, unterschieden werden (Killich, 2011, S. 19 f.).

Mündliche Vereinbarungen finden meist bei Zusammenarbeitsformen mit relativ geringem Risiko Anwendung. Kooperationsvorhaben, die ein erhöhtes Engagement der Partner verlangen, werden dagegen durch schriftliche Verträge festgelegt (Killich, 2011, S. 19 f.).

In diesen Kontrakten (sowohl mündlich als auch schriftlich) werden Ziele der Interaktion festgelegt, Vorgehensweisen zur Führung, zur Verteilung von Aufgaben, Ressourcen, aber auch der möglichen Chancen und Risiken geregelt sowie die Aufteilung anfallender Ausgaben etc. definiert (Kuhn/Hellingrath, 2002, S. 66; Killich, 2011, S. 19 f.).

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit, welche in einer klassischen „Win-Win-Situation“ zum Ausdruck kommt, müssen Nutzen und Aufwände dementsprechend gleichgewichtet werden, damit die Partner entsprechend profitieren und nicht durch eine Verhaltensänderung gegen die Regelungen verstoßen (Killich, 2011, S. 19 f.).

2.2.4 Zielidentität einer Kooperation

Ferner richtet sich die Ausgestaltung einer Kooperation daran aus, ob die Partner die gleiche Zielsetzung verfolgen. Wollen Unternehmen durch den Zusammenschluss ihrer Ressourcen einen Ausgleich der eigenen Schwächen beheben, besteht eine redistributive Kooperation. Werden jedoch verschiedene Ziele angesteuert und kommt es dadurch zu einem Leistungsaustausch, indem Stärken des einen die Schwächen des anderen ausgleichen, liegt eine reziproke Kooperation vor (Killich, 2011, S. 20).

2.2.5 Integrationsgrad

Der Grad der Integration ist vor allem für die Unterscheidung ärztlicher Kooperationsformen ein wesentlicher Aspekt. Je nach Art der kooperierenden Aktivität muss eine Differenzierung stattfinden, ob tatsächlich schon eine Kooperation vorliegt oder ob es sich um eine bloße Zweckgemeinschaft handelt, wobei jeder Partner dabei seine wirtschaftliche und rechtliche Eigenständigkeit beibehält (Mojon-Azzi, 2001, S. 1146 f.).

Dabei kann bezüglich des Integrationsgrades, wie auch Mojon-Azzi (2001) anführt, eine Gliederung in vier Ebenen erfolgen. Die erste Stufe kennzeichnet sich durch keinerlei kooperierende Tätigkeit (Mojon-Azzi, 2001, S. 1146 f.). Es kommt lediglich dazu, dass sich Ärzte dazu entschließen, ihre Einzelpraxen in einem Gebäude, den sogenannten Ärztehäusern, einzurichten (Münch, 2006, S. 50).

In der zweiten Ebene kann eine gemeinsame Nutzung von Laboreinrichtungen und medizinisch-technischen Geräten erkannt werden. Ärzte schließen sich unter Beibehaltung ihrer Eigenständigkeit zu derartigen kooperierenden Gemeinschaften zusammen, um dadurch einen Kostenvorteil zu erlangen. Jedoch kann eine Kooperation nach außen noch nicht erkannt werden (Münch, 2006, S. 50).

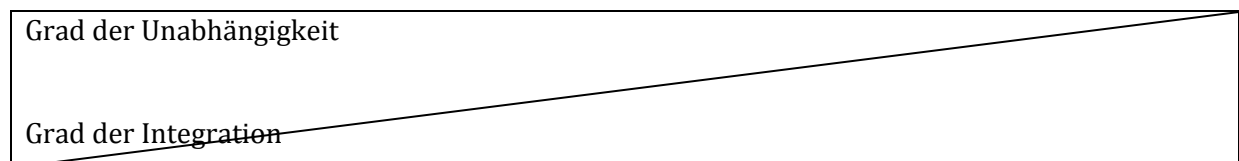
Eine Erweiterung der zweiten Stufe um eine gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und Praxispersonal ist für die dritte Integrationsstufe kennzeichnend. Bei dieser Form der Gruppenpraxis, von welcher als Praxisgemeinschaft gesprochen werden kann, vereinen sich

selbständig tätige Ärzte, um sich die Kosten für diverse Einrichtungsgegenstände und Apparaturen, Praxisräumlichkeiten sowie dem gemeinsamen Praxispersonal zu teilen. Die Abrechnung mit den Patienten erfolgt jedoch weiterhin für jeden beteiligten Arzt individuell (Münch, 2006, S. 50).

Die vierte und letzte Ebene bildet die engste ärztliche Kooperationsform. Dabei werden die bisher beschriebenen zusammenwirkenden Tätigkeiten um die gemeinsame Patientenabrechnung sowie Gewinnverteilung erweitert (Münch, 2006, S. 50). Diese Gemeinschaftspraxen treten nach außen als Vertragspartner für die Patienten auf. Daneben sind sie auch für die Abrechnung zuständig, wobei die Einnahmen im Regelfall demjenigen Arzt zukommen, der die Behandlung durchführte. Allerdings sind auch andere Aufteilungen, etwa durch Verteilungsschlüssel, durchaus gängig (Mojon-Azzi, 2001, S. 1147).

Nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die diversen Integrationsgrade ärztlicher Zusammenarbeit in Bezug auf Kompetenzen, Abrechnung sowie Nutzung gemeinsamer Räumlichkeiten sowie des Praxispersonals.

Abbildung 2: Integrationsgrade ärztlicher Kooperation



keine/kaum Kooperation, allerdings erste Ansätze zur Integration			gemeinsame Abrechnung
			gemeinsame Nutzung der Räumlichkeiten und/oder des Personals
	gemeinsame Nutzung von Geräten	medizinisch-technischen	

Einzelpraxis	Ärztehaus	Praxisnetz	Apparate-gemeinschaft	Praxis-gemeinschaft	Gemeinschaftspraxis Gruppenpraxis
--------------	-----------	------------	-----------------------	---------------------	-----------------------------------

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mojon-Azzi, 2001, S. 1147; Münch, 2006, S. 50

2.2.6 Primär- und Sekundärarztsystem

Als ein weiteres Kriterium der Unterteilung von ärztlichen Kooperationen können die entsprechenden Behandlungen durch primärärztliche und sekundärärztliche Versorgung erfolgen. Das Primärsystem bildet den Tätigkeitsbereich der Allgemeinmediziner, welche meist als Haus- bzw. Familienärzte aufgrund der Vertrauensbasis erste Diagnosen stellen und Basistherapien verordnen (Mojon-Azzi, 2001, S. 1148). Immer wieder wird in Österreich im Rahmen der Verhandlungen des Gesundheitssystems auch ein „Gatekeeper-System“, wie es etwa in Skandinavien gängig ist, gefordert. Dies bedeutet, dass der Allgemeinmediziner (Primärarzt), als erste Kontaktperson vorgeschrieben ist und es ihm obliegt, Patienten für weitere Untersuchungen an entsprechende Fachärzte (Sekundärärzte) zu überweisen. Allerdings ist es bislang noch nicht dazu gekommen, und daher obliegt es weiterhin den Patienten, ob sie von vornherein fachärztlichen Rat in Anspruch nehmen ohne ihren Hausarzt vorher aufzusuchen (Spalek, 2009, S. 1 ff.).

2.2.7 Mono- und Interdisziplinarität

Hierbei handelt es sich um die kooperierende Tätigkeit zwischen Ärzten gleicher oder verschiedener Fachrichtungen (Mojon-Azzi, 2001, S. 1148). Arbeiten Ärzte gleicher Spezialisierung zusammen, wird dies als Monodisziplinarität bezeichnet, wohingegen es sich beim Zusammenschluss von Medizinerinnen unterschiedlicher Fachbereiche um Interdisziplinarität handelt (Münch, 2006, S. 51).

2.2.8 Mono- und Interprofessionalität

Während monoprofessionelle Kooperationen ausschließlich zwischen Ärzten bestehen, schließt die interprofessionelle Zusammenarbeit Angehörige anderer Gesundheitsberufe zur Vor- und Nachsorge sowie zur Begleitung der Patienten mit ein (Münch, 2006, S. 51 f.).

3 Formen ärztlicher Kooperationen in Österreich

Die österreichischen Rahmenbedingungen erlauben nur wenige Formen ärztlicher Kooperationen im extramuralen Sektor. Dazu zählen Ordinations- und Apparategemeinschaften, selbständige Ambulatorien sowie Gruppenpraxen, wobei letzteren eine besondere Behandlung zuteilwird.

3.1 Gruppenpraxis

Die Zusammenarbeit in Form einer Gruppenpraxis besteht seit der zweiten Novelle zum ÄrzteG 1998, welche im August 2001 in Kraft trat. Kooperationsbestimmungen und Rahmenbedingungen sind in den §§ 52a bis 52d ÄrzteG definiert (Hauser/Stock, 2013, S. 34). Mit ihr eröffnete sich die Möglichkeit zur Gründung einer Gruppenpraxis in der Rechtsform der offenen Gesellschaft (OG) laut § 105 Unternehmensgesetzbuch (UGB) (Hauser/Stock, 2013, S. 34). Davor fand häufig der Begriff der Gemeinschaftspraxis Anwendung, unter welchem verschiedene Zusammenarbeitsformen verstanden wurden. Heute wird diese Bezeichnung vor allem in Österreich nur mehr als Überbegriff, jedoch nicht als eigene Kooperationsform verwendet (Hummelbrunner, 2005, S. 3 ff.).

2010 erfolgte eine erneute Novellierung, mit welcher es möglich wurde, derartige Kooperationen nicht nur unter der Rechtsform einer OG, sondern auch als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) zu gründen (§52a ÄrzteG; Aigner et al., 2014, S. IV/66).

Obwohl die Gruppenpraxis nach Meinung des Gesetzgebers eine Behandlungsgesellschaft darstellt und daher als Partner des Behandlungsvertrags in Erscheinung tritt, unterliegt sie dem ÄrzteG. Folglich qualifiziert sie der Gesetzgeber nicht als selbständiges Ambulatorium. Daher kommen auch die Regelungen des KAKuG nicht zur Anwendung (Aigner et al., 2014, S. IV/66).

Nach Alvarez Privado (2012) könnte eine neue Begriffsbestimmung folgendermaßen lauten:

„Eine Gruppenpraxis ist ein Zusammenschluss mehrerer selbständig berufsbefugter Ärzte, insbesondere zum Zweck der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft oder Gesellschaft mit beschränkter Haftung.“

(Alvarez Privado, 2012, S. 25).

Rahmenbedingungen

Grundsätzlich gilt es bei der Gründung einer Gruppenpraxis gesellschaftsrechtliche sowie unternehmensrechtliche Regelungen einzuhalten (Wiedenbauer et al., 2015, S. 8). Neben der Firmenbuch- sowie Ärztelisteeintragung ist auch eine Genehmigung der Gründung durch den jeweiligen Landeshauptmann einzuholen (Hauser/Stock, 2013, S. 34 f.).

Ziel des Gesetzgebers war und ist es, durch Gruppenpraxen der Bevölkerung eine ambulante öffentliche Versorgung im Gesundheitsbereich anzubieten. Dabei steht es den Partnern offen,

sich im Rahmen fächergleicher oder fächerverschiedener Praxen zu organisieren (Holzgruber et al., 2010, S. 15).

Aus berufsrechtlicher Sicht ist zu berücksichtigen, dass nicht nur die beteiligten Ärzte selbst Mitglieder der Ärztekammer sein müssen. § 52a Abs. 2 ÄrzteG sieht ebenfalls vor, dass genauso die Gruppenpraxis an sich in der Mitgliederliste der Ärztekammer angeführt sein muss (Holzgruber et al., 2010, S. 15 f.).

Gesellschaftsrechtlich betrachtet kommen die entsprechenden Rahmenbedingungen nach UGB und GmbHG zur Geltung. Verboten für Gruppenpraxen sind Vermischungen mit anderen Gesellschaftsformen, was dazu führt, dass die Rechtsform der KG oder die der GmbH & Co KG für ärztliche Gruppenpraxen nicht gelten, da diese nicht im ÄrzteG festgelegt sind (Holzgruber et al., 2010, S. 15 f.). Weiters ist die allgemein gültige Errichtung einer Einmann-GmbH im Bereich der Gruppenpraxen nicht vorgesehen. Das ÄrzteG sowie auch das Zahnärztegesetz (ZÄG) sprechen von einer beruflichen Verbindung von mehreren Beteiligten (Wiedenbauer et al., 2015, S. 37 f.). Diese Beschränkung gilt von der Gründung bis zur Auflösung der Gruppenpraxis. Über Höchstzahlbegrenzungen im Hinblick auf die Anzahl der beteiligten Gesellschafter sieht das Gesetz an sich keine Regelungen vor. Jedoch können im Rahmen des Gesellschaftsvertrages diesbezüglich Beschränkungen vereinbart werden (Wiedenbauer et al., 2015, S. 37 f.).

Die Standortfrage wird im ÄrzteG derart geregelt, dass es nur einen Berufssitz im Bundesgebiet geben darf. Ausnahmeregelungen stellen Vertragsgruppenpraxen dar. Dabei ist allerdings zu erwähnen, dass es maximal so viele Standorte geben darf, wie auch Gesellschafter an der Gesellschaft beteiligt sind (BGBl I Nr. 61/2010; Alvarez Privado, 2012, S. 66 f.).

Wer die Gesellschaft nach außen vertreten darf und somit als Mitglied der Geschäftsführung tätig wird, ist im Gesellschaftsvertrag zu regeln. Jeder beteiligte Gesellschafter hat daher auch dafür Sorge zu tragen, dass die gegebenen rechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Auch ist jeder an der Gesellschaft beteiligte Mediziner persönlich an der Erfüllung für die in seinem Verantwortungsbereich liegenden beruflichen Pflichten zuständig (Hauser/Stock, 2013, S. 34 ff.). Somit ist jede an der Gesellschaft beteiligte Person auch gleichzeitig uneingeschränkt für ihre eingegangenen Pflichten verantwortlich (Alvarez Privado, 2012, S. 68). Ausnahmen zum Angestelltenverhältnis bilden Ordinations- bzw. Sprechstundengehilfen sowie vorübergehende Vertretungen. Hinsichtlich der Patientenzufriedenheit muss gewährleistet werden, dass die freie Arztwahl weiterhin ermöglicht wird (Hauser/Stock, 2013, S. 34 ff.).

3.1.1 Privatgruppenpraxen

Gruppenpraxen von Privatmediziner*innen fallen nicht unter das Zulassungsverfahren, da sie generell ausschließlich nicht erstattungsfähige Leistungen anbieten, d.h. dass es zu keiner Kostenrückerstattung durch den Sozialversicherungsträger kommt, und so keine Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen besteht (Holzgruber et al., 2010, S. 31).

Zur Gründung ist eine Zulassung durch den jeweiligen Landeshauptmann somit nicht notwendig. Lediglich die Eintragung ins Firmenbuch sowie die Eintragung in die Ärzteliste stellen die Voraussetzungen dar. Zu beachten ist jedoch, dass es sich bei dem gesamten angebotenen Behandlungsspektrum der Gruppenpraxis nicht durch die Sozialversicherungsträger zu erstattende Leistungen handelt. Wird auch nur eine einzige Leistung erstattungsfähig angeboten, unterliegt die geplante Praxis den Gründungsvoraussetzungen der Wahlgruppenpraxen (Holzgruber et al., 2010, S. 39).

3.1.2 Wahlgruppenpraxen

Unter Wahlärzten sind jene Mediziner zu verstehen, die ihre Leistungen zwar ohne einen Vertrag mit einem oder mehreren Trägern der Sozialversicherung anbieten, allerdings dennoch eine sozialversicherungsrechtliche Erstattung der erbrachten Leistung besteht (Holzgruber et al., 2010, S. 32). Dabei bezahlt der Patient vorab das Honorar selbst und kann anschließend, im Gegensatz zu erbrachten Leistungen von Privatärzten, um eine Teilkostenrückerstattung bei seiner Krankenversicherung ansuchen (netdoktor, 2015).

Aufgrund dieser Beschaffenheit ist ein Zulassungsverfahren für Wahlgruppenpraxen gesetzlich vorgesehen. Diese Aufgabe fällt unter die Vollzugskompetenz des jeweiligen Landeshauptmanns. Zu Beginn des Verfahrens ist ein Antrag zu stellen. Dieser kann entweder von einer bereits bestehenden Gesellschaft oder einer Vorgesellschaft, die noch nicht im Firmenbuch registriert ist, eingereicht werden. Die Zulassung, welche mittels Bescheid bekanntzugeben ist, ist gem. § 52 ÄrzteG an zwei Voraussetzungen gebunden. Einerseits sind die Planungen des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) zu beachten. Andererseits muss eine „wesentliche Verbesserung“ der medizinischen Versorgung bestehen (Holzgruber et al., 2010, S. 32 f.).

Die Entscheidungsgrundlage, ob es sich um eine wesentliche Verbesserung handelt kann aus § 52c Abs. 2 ÄrzteG entnommen werden. Der Gesetzgeber versteht darunter, dass in der geplanten Region durch die Gruppenpraxis erhebliche Defizite in der medizinischen Versorgung verbessert bzw. beseitigt werden können. Gemessen wird dies anhand festgelegter Faktoren. Diese Parameter beinhalten neben den örtlich herrschenden Verhältnissen und der bedeutsamen Infrastruktur des Gebietes auch die Situation bereits bestehender Versorgungsmöglichkeiten. So werden die Auslastung sowie die durchschnittliche Belastung der bereits bestehenden Leistungserbringer bewertet. Zuletzt wird noch eine Bewertung der

medizinischen Entwicklung in der entsprechenden Region durchgeführt. Führt die Gruppenpraxis zu einer wesentlichen Verbesserung aller Faktoren, kann sie nach erfolgter Prüfung mittels Bescheid durch den Landeshauptmann zugelassen werden. Dieser hat zuvor ein Gutachten eines Planungsinstituts, wie etwa der Gesundheit Österreich GmbH, und die entsprechende Stellungnahme der Landesgesundheitsplattform einzufordern (Holzgruber et al., 2010, S. 32 ff.; Aigner et al., 2014, S. IV/69 f.). Daneben sind die Stellungnahmen der betroffenen Parteien, wie etwa der Sozialversicherungsträger, der örtlichen Ärztekammer sowie der Wirtschaftskammer in die Entscheidung einzubeziehen (Holzgruber et al., 2010, S. 32 ff.).

3.1.3 Vertragsgruppenpraxen

Vertragsgruppenpraxen unterliegen seit jeher einer Bedarfsprüfung. Diese zeigt sich in der Stellenplanung zwischen der Ärztekammer und den Sozialversicherungsträgern. Um dieses System beizubehalten, musste das Zulassungsverfahren von Vertragsgruppenpraxen aus der Kompetenz der Landeshauptleute ausgenommen werden. Somit besteht keine Zulassung durch den Landeshauptmann, sofern jeder der Gesellschafter bereits einen Einzelvertrag mit einer örtlichen Krankenkasse besitzt. Gleiches gilt auch, wenn der Stellenplan die zu gründende Praxis bereits vorgesehen hat (Holzgruber et al., 2010, S. 36 f.).

Dabei ergeben sich durch die aktuellen Gesamtverträge drei verschiedene Möglichkeiten zur Gründung einer Vertragsgruppenpraxis. Diese sind:

- die Neugründung durch bereits tätige Vertragsärzte,
- die Neugründung durch Ärzte, welche über keine Verträge mit den Sozialversicherungsträgern verfügen, sowie
- die Neugründung durch einen Vertragsarzt mit einem Nicht-Vertragsarzt (Holzgruber et al., 2010, S. 37).

All diesen Formen, sofern sie im Rahmen des Stellenplans festgelegt werden, fallen unter die Ausnahmeregelung des § 52b Abs. 1 Z 2 ÄrzteG und nicht unter die Kompetenz der Landeshauptleute, wenngleich auch aus Harmonisierungsgründen die Empfehlungen des RSG Berücksichtigung finden sollten. Bezugnehmend auf die Harmonisierung wurde sich darauf geeinigt, dass auch die Gründung von Vertragsgruppenpraxen, die bereits im Stellenplan vorgesehen sind, einer Befassung durch einen Ausschuss der Landesgesundheitsplattformen unterliegt. Die Praxis darf demnach erst nach Vorliegen der Empfehlung des Ausschusses ihre Leistungen anbieten (Holzgruber et al., 2010, S. 37 f.).

3.2 Ordinations- und Apparategemeinschaft

Oft auch als Gemeinschaftspraxis bezeichnet, bilden Ordinations- und Apparategemeinschaften eine weitere Form der Kooperationstätigkeit zwischen Ärzten zur ambulanten Gesundheitsversorgung (Hummelbrunner, 2005, S. 8 f.). Dabei wird die gemeinsame Nutzung von Ordinationsräumlichkeiten bzw. von medizinisch-technischen Geräten verstanden, wobei die Eigenverantwortlichkeit der freiberuflich zusammenarbeitenden Mediziner gewahrt bleibt (Alvarez Privado, 2012, S.26). Daher muss nicht nur die in der Gemeinschaft erbrachte Leistung freiberuflich sein, sondern dies muss auch für die Tätigkeiten eines jeden an der Praxis beteiligten Arztes gelten. Dies bedeutet, dass Behandlungsverträge, anders als bei Gruppenpraxen, ausschließlich mit dem behandelnden Arzt und nicht mit der Gesellschaft abgeschlossen werden (Hauser/Stock, 2013, S. 36 f.).

Ziel und Zweck dieser Kooperationsformen liegt daher weniger in der gemeinsamen Patientenbehandlung. Vielmehr steht die gemeinschaftliche Nutzung von Ressourcen im Fokus (Hauser/Stock, 2013, S. 36 f.).

Zur Kooperation einer Gemeinschaftspraxis sieht der Gesetzgeber drei Voraussetzungen vor (Hummelbrunner, 2005, S. 5). Nach § 52 Abs. 2 ÄrzteG ist ein Zusammenschluss zu einer Ordinations- oder Apparategemeinschaft nur Ärzten, welche ihre Tätigkeit auch innerhalb der Gesellschaft ausschließlich freiberuflich ausüben, erlaubt. Die Gemeinschaften dürfen daher laut § 52 Abs. 3 ÄrzteG nicht nur zwischen freiberuflichen Ärzten, sondern auch zwischen freiberuflich tätigen Medizinerinnen und zwischen in der Rechtsform der OG geführten Gruppenpraxen gegründet werden (Aigner et al., 2014, S. IV/57 f.). Daneben sieht § 29 Abs. 1 Z 7 ÄrzteG vor, dass neben dem Gründungsvorgang auch sämtliche vorgenommenen Erweiterungen, die Schließung sowie die Auflösung oder die Aufnahme neuer Gesellschafter innerhalb einer Woche an die Österreichische Ärztekammer zu melden sind. Dies erfolgt über die Vertreter in den einzelnen Bundesländern (Aigner et al., 2014, S. IV/65.).

3.3 Selbständiges Ambulatorium / Institut

Als dritte Ausgestaltungsform der Kooperation im ambulanten medizinischen Bereich werden in Österreich selbständige Ambulatorien, auch Institute genannt, angeführt. Rechtlich gesehen zählen sie zu den Krankenanstalten, und sie unterliegen daher den Regelungen des Krankenanstalten- und Kuranstalten-Gesetzes (KAKuG) (Alvarez Privado, 2012, S. 26). Daher können sie im Bereich der ambulanten Versorgung als Sonderform angesehen werden. Dies rührt daher, dass der Begriff des selbständigen Ambulatoriums sehr weit gefasst werden kann. Das Tätigkeitsfeld erstreckt sich von Institutionen, die mit Arztpraxen im herkömmlichen Sinn vergleichbar sind, bis hin zu ambulanten Krankenhäusern, welche durch zum Teil operativer

Leistungen als eine Konkurrenz zu stationär durchgeführten Behandlungen betrachtet werden können (bmg, 2015).

Ähnlich den Gründungsbedingungen der Gruppenpraxen ist für die Errichtung eines Instituts eine durch die Landesregierung erfolgende und dem Krankenanstaltenrecht entsprechende Betriebsbewilligung erforderlich. Die Erteilung der Bewilligung ist an die positive Entscheidung gekoppelt, welche nach gründlicher Bedarfsprüfung im Sinne des § 3a Abs 2 Z 1 KAKuG erfolgt. Demnach muss sich in der entsprechenden Region durch die Gründung eines selbständigen Ambulatoriums eine erhebliche Besserung des Angebots im medizinischen Versorgungsbereich abzeichnen. Im Rahmen des Bewilligungsverfahrens liegt es auch im Aufgabenbereich der Landesregierung, wichtige Punkte, wie etwa das anzubietende Leistungsvolumen, dem Bedarf entsprechende Öffnungszeiten des Einzugsgebietes sowie Bereitschaftsdienste und – wenn nötig – verpflichtend durchzuführende Hausbesuche zu koordinieren (Aigner et al., 2014, S. IV/74/d ff.).

Organisatorisch betrachtet sind, im Gegensatz zu freiberuflichen Einrichtungen, umfassendere Voraussetzungen gegeben (Aigner et al., 2014, S: IV/74/g). Dadurch, dass Institute auch von Angehörigen nicht-ärztlicher Berufe gegründet werden können und somit eine Anstellung von Mediziner*innen durchaus zulässig ist, ist ein ärztlicher Leiter sowie ein Stellvertreter rechtlich vorgesehen. Dies wird auch in der vertikalen Struktur der Hierarchie ersichtlich. Dies bedeutet, dass alle anderen Ärzte dem ärztlichen Direktor unterstellt sind und seine Entscheidungen mitzutragen haben (Holzgruber, et al., 2010, S. 29 f.).

Anders als in Gemeinschafts- und Gruppenpraxen ist die freie Arztwahl für Patienten bei Instituten nicht gegeben. Vielmehr wird dem Patient ein Arzt, der fachlich für die Behandlung der Beschwerden in Frage kommt, zugeteilt (Holzgruber, et al., 2010, S. 29).

3.4 Wahl der Rechtsform

Grundsätzlich können Kooperationen im ambulanten Bereich auf Basis einer Gesellschaft, aber auch im Rahmen nicht-gesellschaftsvertraglicher Grundlagen begründet werden. Hierbei werden die rechtlichen Rahmenbedingungen mittels eines Kooperationsvertrages festgelegt (Alvarez Privado, 2012, S. 49).

3.4.1 Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit auf kooperationsvertraglicher Basis

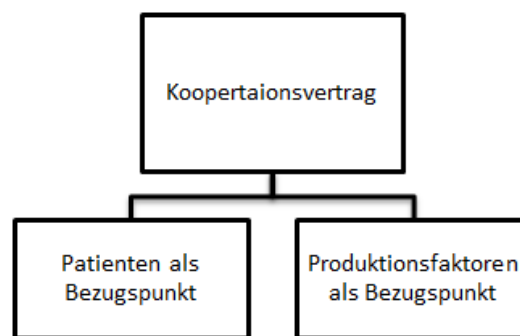
Erfolgt die zusammenarbeitende Tätigkeit der beteiligten Partner auf Grundlage eines Kooperationsvertrages, müssen die erforderlichen berufsrechtlichen Bedingungen eingehalten werden. Dazu zählt etwa das Provisionsverbot. Aufgrund dieses Verbotes dürfen bei Zuweisungen keine Vergütungen der Patienten angenommen werden. Auch das Prinzip, dass die Behandlungseinrichtung durch die Patienten frei wählbar ist, wobei eine bloße Weiterempfehlung durchaus erlaubt ist (Verbot des unlauteren Wettbewerbs), als auch die Verschwiegenheitspflicht sind durch das Eingehen des Vertrages einzuhalten (Alvarez Privado, 2012, S. 49 f.).

Die erwähnten Rahmenbedingungen finden sich in den §§ 53-54 des ÄrzteG.

3.4.2 Ärztliche Kooperationen auf kooperationsvertraglicher Basis

Beim Eingehen einer Kooperation auf Basis eines Kooperationsvertrages kann auf verschiedene Vertragsinhalte Rücksicht genommen werden. Demnach wird, je nachdem, welche Inhalte festgelegt wurden, zwischen den beiden Bezugspunkten Patienten und Produktionsfaktoren, unterschieden, wie in Abbildung 3 zu sehen ist (Alvarez Privado, 2012, S. 50).

Abbildung 3: Medizinische Kooperationen auf Kooperationsvertragsgrundlage



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Alvarez Privado, 2012, S. 51

Verlangt ein medizinisches Erfordernis, dass ein Patient neben den Leistungen des Allgemeinmediziners auch jene eines oder mehrerer Fachärzte in Anspruch nimmt, wird von einer Kooperation in Bezug auf den Patienten gesprochen. Die eigentliche Zusammenarbeit kommt dadurch zum Ausdruck, dass sich die infrage kommenden Leistungserbringer diverser Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen weiterempfehlen dürfen (Alvarez Privado, 2012, S. 50).

Eine Kooperation bezugnehmend auf die Produktionsfaktoren liegt vor, wenn mittels eines Vertrages die gemeinsame Nutzung der Ordinationsräumlichkeiten, der medizinisch-technischen Geräte oder des Personals vereinbart wird (Alvarez Privado, 2012, S. 50).

3.4.3 Ärztliche Kooperationen auf gesellschaftsvertraglicher Basis

Immer häufiger findet auch bei Ärzten des niedergelassenen Bereichs die Zusammenarbeit aufgrund eines Gesellschaftsvertrages statt. Dabei sind bei den zur Verfügung stehenden Formen sowohl diverse berufsspezifische als auch steuerliche Vorschriften zu beachten (Alvarez Privado, 2012, S. 51).

Ausgestaltungsformen

Abhängig davon, ob die Gesellschaft an sich oder die einzelnen Mitglieder als Vertragspartner in der Öffentlichkeit in Erscheinung treten, erfolgt einer Differenzierung zwischen Innen- und Außengesellschaften (Alvarez Privado, 2012, S. 51).

Des Weiteren kann eine Unterscheidung in Bezug auf die Rechtsbeziehung erfolgen. Erfolgt ein Vertragsabschluss zwischen den Patienten und den an der Gesellschaft beteiligten Partnern, liegt eine Gesellschaft mit Wirtschaftsfunktion vor. Oft handelt es sich dabei um eine Innengesellschaft. Tritt die Gesellschaft mit Wirtschaftsfunktion gegenüber den Lieferanten als Gesellschaft auf, aber nicht gegenüber den Patienten, besteht eine Außengesellschaft. In dieser Form werden oft Apparat- und Ordinationsgemeinschaften gegründet (Alvarez Privado, 2012, S. 51 f.).

Im Gegensatz dazu spricht man von einer Behandlungsgesellschaft dann, wenn der Vertragsabschluss zwischen den Patienten und der Gesellschaft an sich abgeschlossen wird. Diese Form stellt immer eine Außengesellschaft dar. Zu den zugelassenen Behandlungsgesellschaften zählen in Österreich Gruppenpraxen und Institute (Alvarez Privado, 2012, S. 52).

Hinsichtlich der finanziellen Funktion kann eine Unterscheidung zwischen Regie- und Ertragsgesellschaft erfolgen. Bei einer Regiegesellschaft werden anfallende Kosten zuerst zusammengefasst und im Anschluss mittels eines Verteilungsschlüssels auf die beteiligten Gesellschafter aufgeteilt (Alvarez Privado, 2012, S. 52).

Ertragsgesellschaften sind dadurch gekennzeichnet, dass von den summierten gesamten Einnahmen zuerst die Kosten abgezogen werden. Der verbleibende Gewinn/Verlust wird nach einem vertraglich festgelegten Verteilungsschlüssel auf die Gesellschafter übertragen (Alvarez Privado, 2012, S. 52).

Gesellschaftsrechtliche Rahmenbedingungen

Seit dem HaRÄG 2005 unterliegen Gesellschaften niedergelassener Ärzte grundsätzlich keinen speziellen gesellschaftsrechtlichen Regelungen. Eine Ausnahme stellt zum einen die Abgrenzung selbständiger Ambulatorien von freiberuflichen Praxen dar. Zum anderen gilt es nach wie vor, berufsrechtliche Voraussetzungen einzelner Gesellschaften einzeln zu betrachten (Alvarez Privado, 2012, S. 52 f.).

Eine ausdrückliche Regelung im ÄrzteG ist nur für Gruppenpraxen verfügbar. Darin wurde festgelegt, dass derartige Einrichtungen als OG oder als GmbH errichtet werden können (BGBl. I Nr. 61/2010; Alvarez Privado, 2012, S. 53).

Für Ordinations- und Apparategemeinschaften wurden keine Regelungen bezüglich der gesellschaftsrechtlichen Gestaltungsformen erarbeitet. Somit steht der Gründung dieser Art von Gemeinschaft jede Rechtsform zur Verfügung (BGBl. I Nr. 61/2010; Alvarez Privado, 2012, S. 53).

Gleiches gilt für selbständige Ambulatorien, welche jedoch dem KAKuG unterliegen. Diese dürfen sich im Allgemeinen jeder Rechtsform bedienen. Als einzige Ausnahme gilt die Gründung eines Institutes als GesbR. Der Grund dafür liegt darin, dass Ambulatorien als Behandlungsgesellschaften in Erscheinung treten und daher über eigene Rechtspersönlichkeit verfügen. Dies ist bei der GesbR nicht gegeben, insofern sie nicht als Partner eines Behandlungsvertrages auftreten könnte (Alvarez Privado, 2012, S. 53).

3.4.4 Personengesellschaften

In Österreich können Ärztesellschaften in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GesbR), einer OG oder als Kommanditgesellschaft (KG) gegründet werden (siehe Abbildung 4) (Alvarez Privado, 2012, S. 54). Allen Formen der Personengesellschaft ist gleich, dass sie nur durch zumindest zwei Gesellschafter begründet werden können, welche einen gemeinsamen Zweck verfolgen (help.gv, 2015).

Abbildung 4: Personengesellschaftsformen

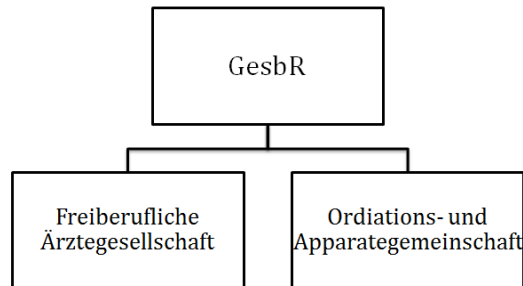


Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Alvarez Privado, 2012, S. 54

Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Die Rechtsform der GesbR kommt lediglich für freiberufliche Ärztegesellschaften sowie Ordinations- und Apparategesellschaften in Frage (Alvarez Privado, 2012, S. 55).

Abbildung 5: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der GesbR



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Alvarez Privado, 2012, S. 55

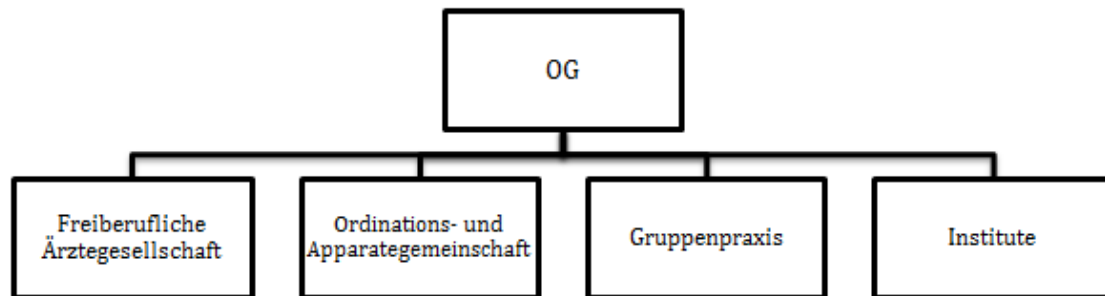
Die rechtlichen Grundlagen finden sich in den §§ 1275 ff des ABGB (Alvarez Privado, 2012, S. 55). Die GesbR ist nach wie vor die einfachste Möglichkeit für Mediziner eine Kooperation einzugehen. Begründet wird sie mittels Vertrag zwischen zwei oder mehr Ärzten, der keinen besonderen Formvorschriften zu entsprechen hat. Dabei bringen sie jeweils ihre Arbeitskraft und/oder ihr Sachanlagevermögen zur gemeinsamen Nutzung ein. Meist findet diese Rechtsform bei Apparate- und Ordinationsgemeinschaften Anwendung. Nach außen tritt jeder beteiligte Arzt als Einzelperson auf. Innerhalb der Gesellschaft erfolgt die Aufteilung diverser gemeinsam anfallender Ausgaben nach einem im Vertrag vereinbarten Verteilungsschlüssel (Holzgruber et al., 2010, S. 59 f.). Dadurch, dass die GesbR keine Rechtspersönlichkeit besitzt (Unternehmensservice Portal, 2015a), sie demnach auch nicht ins Firmenbuch eingetragen werden kann und sie somit nicht parteifähig ist, kann sie selbst keine Verträge eingehen, verklagt werden oder selbst klagen. Vertragsabschlüsse erfolgen immer mit den beteiligten Ärzten, nicht unter dem Namen der Gesellschaft (Holzgruber et al., 2010, S. 59 f.). Als Gesellschafter kommen sowohl natürliche als auch juristische Personen in Betracht. Sie einigen sich bei Vertragsabschluss wie und in welcher Höhe die Einlagen zu leisten sind. Regelungen zur Gewinn- und Verlustverteilungen werden ebenso im Vertrag vereinbart. Die Haftung für mögliche Verluste haben alle Gesellschafter persönlich. Dies bedeutet, dass das gesamte Betriebs- als auch Privatvermögen zur Tilgung eingegangener Verbindlichkeiten in unbeschränkter Höhe herangezogen wird (Alvarez Privado, 2012, S. 55 ff.).

Basierend auf dem Umstand, dass der GesbR keine eigene Rechtspersönlichkeit zukommt, liegt aus steuerrechtlicher Sicht die Verantwortung der separaten Einkommensbesteuerung bei den einzelnen Ärzten (Holzgruber et al., 2010, S. 60).

Offene Gesellschaft

Unter der Rechtsform der offenen Gesellschaft können alle vier in Österreich möglichen Formen medizinischer Kooperationen begründet werden (Alvarez Privado, 2012, S. 60).

Abbildung 6: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der OG



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Alvarez Privado, 2012, S. 60

Die OG ist der GesbR im Allgemeinen sehr ähnlich. Bei beiden Rechtsformen haften die Gesellschafter persönlich und unbeschränkt mit ihrem Betriebs- und Privatvermögen (Holzgruber et al., 2010, S. 60). Laut § 105 UGB kann sie von mindestens zwei Personen zu jedem Zweck gegründet werden (Alvarez Privado, 2012, S. 60).

Der zugrundeliegende Gesellschaftsvertrag unterliegt, wie jener der GesbR, keinen Formvorschriften (Holzgruber et al., 2010, S. 60). Er regelt das Rechtsverhältnis der Gesellschafter untereinander, wobei bezüglich der Geschäftsführung generell vom Prinzip der Selbstorganschaft ausgegangen wird (§§ 114-117 UGB). Dies bedeutet, dass jedem Gesellschafter die Geschäftsführung zusteht. Abweichende Bedingungen können im Gesellschaftsvertrag vereinbart werden. Weiters werden die zu leistende Einlage und deren Höhe, sowie der Verteilungsschlüssel für die Haftung möglicher Verluste im Vertrag festgesetzt (Alvarez Privado, 2012, S. 60 ff.). Im Gegensatz zur GesbR ist die OG rechtsfähig und daher auch Träger von Rechten und Pflichten, wobei sie ihre Rechtsfähigkeit erst durch Entstehung erhält. Diese sieht eine verpflichtende Firmenbucheintragung vor (Unternehmensservice Portal, 2015b). Liegt die Rechtsfähigkeit vor, kann daher auch ein Konkursverfahren über die Gesellschaft eröffnet werden. Im Einzelfall ist jedoch eine Überprüfung der Gegebenheit der Unternehmereigenschaft, wie sie § 1 Abs. 2 UGB vorsieht, zu überprüfen (Alvarez Privado, 2012, S. 60 ff.).

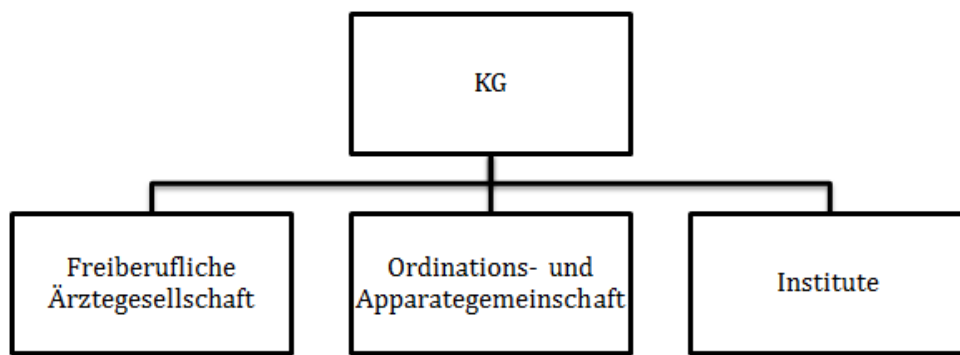
Gesellschafter kann prinzipiell jede natürliche und juristische Person werden. Die Gesellschafter sind jedoch zur Loyalität, sowohl gegenüber der Gesellschaft als auch den anderen Gesellschaftern, verpflichtet. Dieses Wettbewerbsverbot untersagt auch weiters die Tätigkeit im gleichen Geschäftszweig ohne die Zustimmung der anderen Gesellschafter (Alvarez Privado, 2012, S. 62 f.).

Steuerrechtlich betrachtet handelt es sich hierbei wiederum um kein eigens Steuersubjekt. Dies führt dazu, dass die individuellen Ärzteneinkommen getrennt besteuert werden (Holzgruber et al., 2010, S. 60).

Kommanditgesellschaft

Da es sich bei der KG um eine Unterform der OG handelt, ist sie ebenso eine mögliche Rechtsform unter der ärztliche Kooperationen als freiberufliche Ärztegemeinschaft, Gemeinschaftspraxis oder auch als Institut errichtet werden können (Alvarez Privado, 2012, S. 68).

Abbildung 7: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der KG



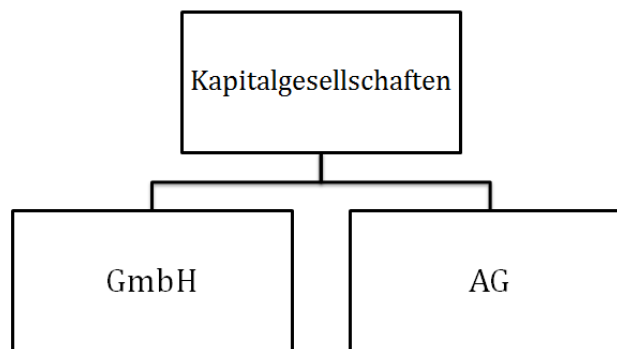
Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Alvarez Privado, 2012, S. 68

Grundlegende Regelungen entsprechen denen der OG. Der Hauptunterschied liegt jedoch in der persönlichen und unbeschränkten Haftung einiger an der Gesellschaft beteiligter Ärzte. Dies bedeutet, dass einige Gesellschafter nur bis zur Höhe der im Gesellschaftsvertrag vereinbarten Vermögenseinlage haften (Alvarez Privado, 2012, S.68 ff.). Hierbei handelt es sich um die Kommanditisten (WKO, 2015). Aus wirtschaftsrechtlicher Sicht ist ein Kommanditist mit einem stillen Gesellschafter gleichzusetzen mit dem Unterschied, dass er nach außen als Gesellschafter auftritt (Alvarez Privado, 2012, S. 69). Im Allgemeinen wird ihnen die Führungskompetenz der Geschäfte verwehrt. Da es sich dabei um eine obligatorische Vorschrift handelt, kann dieser Umstand auch nicht durch entsprechende Regelungen im Gesellschaftsvertrag abgeändert werden. Es stehen den Kommanditisten lediglich wenige Kontroll- und in geringem Ausmaß vorhandene Mitwirkungsrechte zu. Die gesamte Führung der Geschäfte sowie die Vertretung der Gesellschaft obliegen demnach den Komplementären, die jedoch unbeschränkt für Gesellschaftsverbindlichkeiten haften (Schummer, 2015, S. 59 ff.).

3.4.5 Kapitalgesellschaften

Neben Personengesellschaften stehen für die Gründung ärztlicher Kooperationen ebenso die Rechtsformen der GmbH sowie der Aktiengesellschaft (AG) zur Verfügung (Alvarez Privado, 2012, S. 74). Der Unterschied zur GesbR, OG und KG zeigt sich in der nicht getrennten Sphäre zwischen „Privat“ und „Unternehmen“. Bei Kapitalgesellschaften kommt es zu einer strikten Trennung zwischen Gesellschafter- und Gesellschaftssphäre. Wird eine der beiden Formen zur Errichtung einer Praxis herangezogen, muss darauf geachtet werden, dass Abgrenzungen zu selbständigen Ambulatorien aufgrund der verschiedenen rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten sind (Holzgruber et al., 2010, S. 60).

Abbildung 8: Kapitalgesellschaften

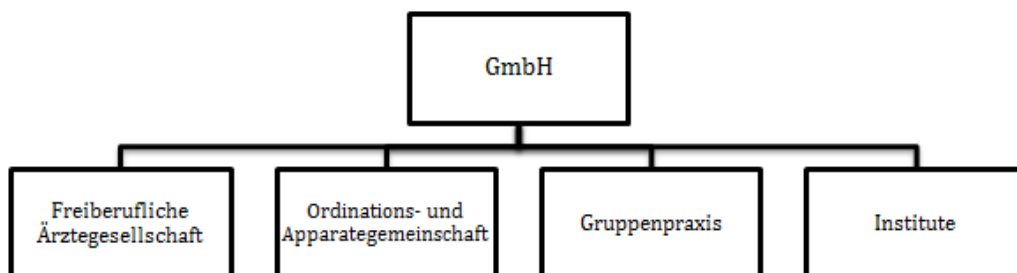


Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Alvarez Privado, 2012, S. 74

Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Unter Beachtung weniger Einschränkungen in Bezug auf die Abgrenzung können neben Ärztesellschaften, Gemeinschaftspraxen und Gruppenpraxen natürlich auch Institute in der Rechtsform der GmbH gegründet werden (Alvarez Privado, 2012, S. 75).

Abbildung 9: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der GmbH



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Alvarez Privado, 2012, S. 75

Die rechtlichen Rahmenbedingungen finden sich grundsätzlich im GmbH-Gesetz (GmbHG). Zwingend für jede Gründung ist der Gesellschaftsvertrag. Dieser enthält, anders als bei Personengesellschaften, einen gesetzlich vorgeschriebenen Mindestinhalt. Im Sinne des § 4 Abs. 1 GmbHG muss dieser neben der Firma und dem Gesellschaftssitz auch den Unternehmensgegenstand, die Stammkapitalhöhe sowie die zu leistende Stammeinlage eines jeden Gesellschafters beinhalten. Des Weiteren bedarf es des Abschlusses im Rahmen eines Notariatsaktes. Als juristische Person verfügt die GmbH über eine eigene Rechtspersönlichkeit. Neben dem Privileg, Rechte und Pflichten zu tragen, ist es ihr gestattet, an anderen Gesellschaften als Gesellschafter zu partizipieren (Wiedenbauer et al., 2015, S. 29 ff.).

Die Haftung für Verbindlichkeiten gegenüber Dritten erfolgt nur mit dem Gesellschaftsvermögen. Dieses wird als Stammeinlage der Gesellschafter eingebracht und hat in vollem Umfang der Gesellschaft zur Verfügung zu stehen (Wiedenbauer et al., 2015, S. 55 ff.). Aufgrund des kapitalisierten Charakters unterliegt die GmbH erweiterten Verpflichtungen, wie etwa der Erstellung sowie Veröffentlichung der Bilanz (Holzgruber et al., 2010, S. 60).

Wegen des kapitalisierten Gesellschaftscharakters erfolgt die steuerrechtliche Behandlung in der Weise, dass die Gesellschaft an sich versteuert wird und somit der Körperschaftsteuer unterliegt (Holzgruber et al., 2010, S. 60).

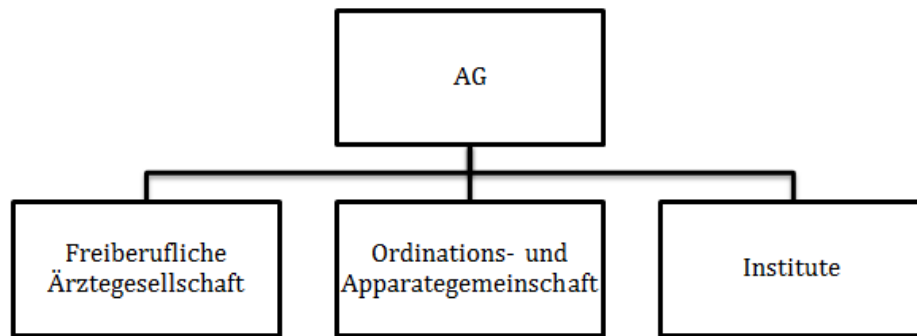
Obwohl die Ärzte-GmbH grundsätzlich den Regelungen des GmbHG unterliegt, gelten gemäß §52a ÄrzteG eingeschränkere Vorschriften. Im Gegensatz zur herkömmlichen GmbH ist zumindest der Name eines Gesellschafters im Firmennamen zu führen. Außerdem ist die Gründung einer Einpersonen-GmbH nicht zulässig. Dies ergibt sich aus den speziellen Regelungen des ÄrzteG, welche vorsehen, dass eine derartige Kooperation von mindestens zwei Personen einzugehen ist. Bezüglich einer Beschränkung der Anzahl an Gesellschaftern sieht das Gesetz keine Regelungen vor. Des Weiteren sind nur zur selbständigen und persönlichen Berufsausübung berechnigte Ärzte als Gesellschafter zugelassen. Als ein weiterer Unterschied zur herkömmlichen GmbH zeigt sich, dass jedes Gesellschaftsmitglied nach dem ÄrzteG zur Vertretung sowie zum Behandlungsvertragsabschluss berechnigt sein muss. Daraus ergibt sich, dass Nicht-Ärzte als Gesellschafter nicht zulässig sind. Gleiches gilt für Familienangehörige sowie Privatstiftungen (Wiedenbauer et al., 2015, S. 37 ff.).

Bezüglich der im GmbH-Recht vorgesehenen Weisungsbefugnis gilt im Bereich der Ärzte GmbH eine Sonderregelung. § 52a ÄrzteG sieht weiters vor, dass aufgrund der ärztlichen Behandlung jeder Gesellschafter weisungsfrei agieren soll, um dadurch den Patienten die bestmögliche Behandlung zuteilwerden zu lassen (Wiedenbauer et al., 2015, S. 41 f.).

Aktiengesellschaft

Selbständigen Ärztegesellschaften, Gemeinschaftspraxen sowie Instituten steht die Möglichkeit offen, sich der Rechtsform der AG zu bedienen (Alvarez Privado, 2012, S. 76).

Abbildung 10: Ärztliche Kooperationen in der Rechtsform der AG



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Alvarez Privado, 2012, S. 76

Prinzipiell werden ärztliche Kooperationen eher selten in dieser Form gegründet, da eine gewisse Größe der Einrichtung erwartet wird. Daher findet sich vor allem wegen der Beschaffenheit der rechtlichen Regelungen die AG bei selbständigen Ambulatorien. Anders als bei der Ärzte GmbH bestehen für die AG keine Sonderregelungen, womit das Aktiengesetz (AktG) als rechtliche Grundlage heranzuziehen ist (Alvarez Privado, 2012, S.76 f.). Auch sie verfügt als juristische Person über eine eigene Rechtspersönlichkeit, welche erst durch die Firmenbucheintragung Gültigkeit erhält. Die Aktionäre, welche mit ihren Einlagen das Grundkapital stellen, haften nur in Höhe ihrer vertraglich festgelegten Einlagen. Für Verbindlichkeiten gegenüber der Gesellschaft haftet diese nur mit ihrem Gesellschaftsvermögen. Zwingend vorgeschrieben sind weiters die Organe, welche die AG nach außen und innen vertreten. Sie bestehen aus Hauptversammlung, Vorstand sowie Aufsichtsrat. Aus steuerrechtlicher Sicht ist die AG körperschaftssteuerpflichtig (Unternehmensservice Portal, 2015c).

Abschließend bietet die nachfolgende Tabelle einen zusammenfassenden Überblick der möglichen Ausgestaltungsformen ärztlicher Kooperationen.

Tabelle 1: Zusammenfassung möglicher Ausgestaltungsformen ärztlicher Kooperationen

freiberufliche Ärztegesellschaften	Ordinations- und Apparategemeinschaften	Gruppenpraxen	Institute
	Gesetzliche Grundlage: § 52 ÄrzteG	Gesetzliche Grundlage: § 52 a-d ÄrzteG	Gesetzliche Grundlage: KaKuG
Innen- und/oder Außengesellschaft	Innen- und/oder Außengesellschaft	Außengesellschaft	Außengesellschaft
Behandlungsvertrag zw. Arzt und Patient	Behandlungsvertrag zw. Arzt und Patient	Behandlungsvertrag zw. Gesellschaft und Patient	Behandlungsvertrag zw. Gesellschaft und Patient
Regie- und/oder Ertragsgesellschaft	Regie- und/oder Ertragsgesellschaft	Regie- und/oder Ertragsgesellschaft	Regie- und/oder Ertragsgesellschaft
GesbR	GesbR		
OG	OG	OG	OG
KG	KG		KG
GmbH	GmbH	GmbH	GmbH
AG	AG		AG

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung in Alvarez Privado, 2012, S. 54

4 Zwischen Markt und Hierarchie

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln auf allgemeine Strukturen von Kooperationen eingegangen wurde, um anschließend die möglichen Zusammenarbeitsformen im Bereich der ambulanten Versorgung in Österreich darzustellen, soll nun im folgenden Abschnitt die ärztliche Kooperation als Unternehmensform in das Paradigma nach Coase (1937) zwischen Markt und Hierarchie eingeordnet werden. Dazu wird zuerst auf das Spektrum der Unternehmensformen abgestellt, um im Anschluss daran eine Eingliederung vornehmen zu können.

4.1 Der Kooperationsbegriff zwischen Markt und Hierarchie

Aus theoretischer Sicht zeigen sich Vorzüge für einen Zusammenschluss im niedergelassenen Bereich aufgrund der auf institutionenökonomischer Perspektive basierenden Untersuchungsergebnisse, dass Kooperationen als effiziente Organisationsform zu bewerten sind. Eine Bestätigung dieser Aussage lieferte Williamson u.a. 1996 in „*The mechanisms of governance*“. Seinen darin zu findenden Ausführungen zufolge ist einer kooperativen Organisationsform, verglichen mit der Form des Marktes, dann der Vorzug zu geben, sobald sich nachteilige Entwicklungen aufgrund von Marktunvollkommenheiten einstellen. Demgegenüber erscheinen nach seiner Auffassung Hierarchien erst dann zielführend, wenn sich durch koordinierte Zusammenarbeitsformen erhebliche wirtschaftliche Nachteile ergeben (Williamson, 1996, S. 212 ff.).

Gruppenpraxen bzw. ärztliche Zusammenschlüsse, welche aufgrund ihrer Charakteristika zu den intermediären Organisationsformen gezählt werden, weisen sowohl Aspekte marktlicher als auch hierarchischer Formen auf. Durch die Kombination aus den beiden Extremformen können sich Vorteile für das Gesundheitssystem ergeben, wie im Folgenden gezeigt werden soll.

4.2 Vergleich zwischen Markt und Hierarchie

Aus organisationstheoretischer Sicht gilt es die Frage zu klären, wie Unternehmen bestimmte Bündel ihrer zu leistenden Arbeit bestmöglich erfüllen können.

Als Entscheidungshilfe kann auf die Transaktionskostentheorie nach Coase zurückgegriffen werden. Diese gehört der Neuen Institutionenökonomie (NIÖ) an (Coase, 1937, S. 386 ff.). Demnach können Unternehmensorganisationen anhand der beiden Extremausprägungen Markt und Hierarchie sowie der dazwischen liegenden hybriden Formen eingeordnet werden (Hoops/Nguyen, 2006, S. 8).

4.2.1 Die marktliche Leistungserstellung

Der Markt ist als eine Organisationsform wirtschaftlicher Geschäftstätigkeit anzusehen, in der es unter freiwillig teilnehmenden Wirtschaftssubjekten zu einem Austausch genau bestimmter Leistungen kommt. Als geeigneter Mechanismus, um die Austauschverhältnisse zu koordinieren, wird der Preis, der sich durch Angebot und Nachfrage ergibt, eingesetzt. Zusätzlich fungiert dieser Preis auch als Übermittler wichtiger transaktionsrelevanter Informationen. Die Akteure treten am Markt als gleichberechtigte und unabhängige Teilnehmer auf, die durch bedingt rationales Verhalten charakterisiert werden können. Basierend darauf wird die Motivation zur Wahl dieser Organisationsform in der Aufrechterhaltung der Autonomie der Teilnehmer sowie der erhöhten Flexibilität gesehen (Morschett, 2005, S. 380).

Betrachtet man die Ausgestaltung des extramuralen Sektors in Österreich, zeigen sich Bereiche, welche Charakteristika des Systems „Markt“ aufweisen. Als Beispiele dafür seien etwa die freiberufliche Tätigkeit der Mediziner und die freie Arztwahl der Patienten zu nennen. Auch die konkurrierende Beziehung, die sich durchaus zwischen (fachgleichen) Ärzten entwickeln kann, ist hierbei anzuführen.

Unter den Aspekten der strengen Abgrenzung der ärztlichen Leistungserbringung in organisatorischer, finanzieller sowie rechtlicher Perspektive gilt es zu überprüfen, ob die sich ergebenden nachteiligen Folgen durch die Vorzüge und Anreize einer marktlichen Situation verringern oder auch zur Gänze verhindern lassen. Der Zustand der reinen Marktwirtschaft bietet den Teilnehmern aus Sicht der Ärzte die Möglichkeit der freiberuflichen Ausübung des Berufes. Aus Sicht der Patienten zeigt sich der Vorteil in der freien Wahl der Mediziner. Trotz der sich ergebenden positiven Auswirkungen, welche die marktliche Situation mit sich bringen würde, kommt es durch rechtliche Rahmenbedingungen zu staatlichen Eingriffen. Im Vordergrund eines solchen Eingreifens in den Marktmechanismus soll, wie auch in anderen wirtschaftlichen Bereichen, der Konsumentenschutz stehen. So wird den Mediziner für die Preissetzung ihrer Leistungserbringung nur ein beschränkter Spielraum gewährt, um überhöhte Behandlungskosten und damit verbundene finanzielle Nachteile der Patienten zu verhindern. Darüber hinaus kann der Preisregelungsmechanismus auch zu Gunsten der Mediziner gewertet werden. Durch die vorgegebene Spanne können gravierende Unterschiede und das sich daraus aufbauende konkurrierende Verhalten über den Preis unterbunden bzw. vermieden werden.

4.2.2 Die hierarchische Leistungserstellung

Im Gegensatz zum marktlichen Zustand kommt es bei einer hierarchischen Prägung der Organisation zur Unterweisung von Mitgliedern der Gruppe durch eine übergeordnete Stelle. Ebenso kennzeichnet eine einheitliche Leitung die Organisationsform Hierarchie. Das Charakteristikum des sich daraus ergebenden Machtgefälles manifestiert sich durch das Vorhandensein fixierter Verträge, wodurch ein Anreiz, gegen die Vereinbarungen zu verstoßen, auf ein Minimum reduziert wird und daher eine Festigung einer dauerhaften Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Parteien bewirkt wird. Der sich aus der gefestigten Struktur ergebende Rahmen wird vor allem in Hinblick auf den geringeren Koordinationsaufwand positiv bewertet. Die Rahmenbedingungen erlauben es den Teilnehmern, ihr Verhalten flexibel auf die sich jeweils abzeichnende Situation abzustimmen (Morschett, 2005, S. 380).

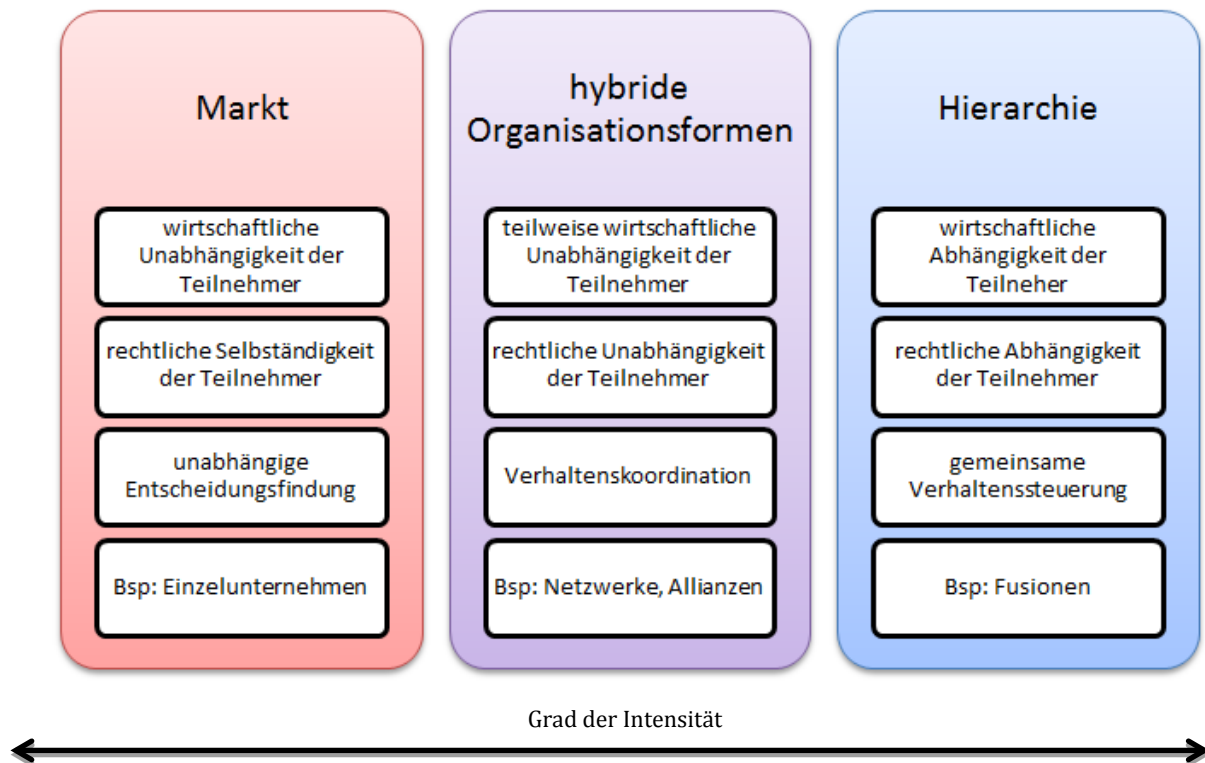
Positiv bewertet wird vor allem der geringere Koordinationsaufwand, da die Teilnehmer durch die Anweisungen ihr Verhalten situationsbezogen abstimmen können. In ihrer idealtypischen Ausgestaltung zeigt sich eine Hierarchie dadurch, dass sie von einer zentralen Stelle bzw. Person geleitet wird die neben eindeutig zugewiesenen Kompetenzen auch genau definierte Prozesse zur Entscheidungsfindung aufweist (Sydow, 1992, S. 98; Wöhe, 2000, S. 321).

Im Bereich der ärztlichen Kooperation bilden die eingeführten Managed-Care-Organisationen eine typische Ausgestaltungsform der hierarchischen bzw. der organisierten integrierten Leistungserstellung (Amelung, 2012, S. 15 ff.). Derartige Gesundheitseinrichtungen sind v.a. in den USA, der Schweiz und Großbritannien etabliert (Gabler, 2015). Ihnen gemein ist, dass sie nicht für ein ganzheitliches Gesundheitssystem stehen. Vielmehr handelt es sich dabei um eine gesteuerte Gesundheits- und Versicherungsversorgung der Bevölkerung, wobei die Versicherungsgesellschaften selbst als Eigentümer der eingerichteten medizinischen Zentren agieren und damit als Anbieter des eingeführten Leistungsspektrums am Markt teilnehmen (Amelung, 2012, S. 15 ff.).

Managed-Care-Organisationen werden in diversen Formen angeboten. Eine konkrete Einrichtung stellen Health Maintenance Organizations (HMO) dar. Diese lassen sich grundsätzlich wieder in Untertypen gliedern, je nachdem, ob es sich um versicherungs- oder anbieterorientierte Organisationsgestaltung handelt. Bei klassischen HMOs treten die Versicherungsträger als Eigentümer der Gesundheitszentren auf. Die behandelnden Ärzte sind als Angestellte der Versicherungen tätig. Zur Steuerung bedienen sich HMOs spezieller Instrumente zur Koordination sowie Kontrolle der Leistungserbringung. Diese Mittel beinhalten etwa Rahmenbedingungen zur Erstellung von Behandlungsregelungen. Die durch das Gatekeeper-System ermöglichte Steuerung der Prozesse sowie die Kontrolle der Leistungserbringung und eine eventuelle finanzielle Beteiligung mittels Kopfpauschale der Mediziner werden ebenso als positive Faktoren gewertet (Amelung, 2012, S. 15 ff.).

Aus der zusammenfassenden Abbildung 11 sind die wesentlichsten Punkte der einzelnen Organisationsformen nochmals ersichtlich.

Abbildung 11: Organisationsformen



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Jochheim, 2010, S. 77

4.3 Möglichkeiten und Grenzen verschiedener Organisationsformen für die ambulante Gesundheitsversorgung

Grundsätzlich gehen von den beiden Organisationsformen Markt und Hierarchie eigens ausgestaltete Anreize aus. Dabei sind verschiedene Arten von Transaktionskosten mit der Wahl für eine Organisationsform verbunden. Im Folgenden wird ein Vergleich der beiden Extremfälle hinsichtlich des ärztlichen Versorgungsspektrums im niedergelassenen Bereich vorgenommen.

4.3.1 Räumliche Komponente

Eine wesentliche Unterscheidung zwischen den beiden Extremtypen Markt und Hierarchie basiert auf der räumlichen Erbringung des Leistungsspektrums. In marktlich organisierten Einheiten erfolgt die Leistungserstellung in unabhängigen dezentral eingerichteten Einzelpraxen. Hierarchische Formen hingegen bieten den Vorteil, durch die zentrale Struktur die möglichen Grenzen der fehlenden Verknüpfung der Einzelpraxen untereinander zu beheben und somit die Problematik der Schnittstellen zu minimieren. Daneben sei angemerkt, dass sich der Unterschied der beiden Idealtypen ebenso auf den zu betreibenden Koordinationsaufwand, als auch vor allem auf die Produktionskosten auswirken kann (Gotzen, 2003, S. 32 f.).

Aufgrund der Ausführungen der Markt-Hierarchie-Struktur kann das Bestehen von erheblichen Kosten, welche durch das System der Einzelpraxen verursacht werden, nicht verneint werden. Dabei entstehen die Kosten sowohl auf Seiten der Ärzte selbst als auch auf Seiten der Patienten. Zweitere sehen sich vor allem bei einem anstehenden Wechsel des Arztes mit Kosten des Überganges und der Informationsbeschaffung konfrontiert. Die Mediziner wiederum müssen mit finanziellen Aufwendungen durch erneute Datenbeschaffung bzw. durch die Vernetzung und den Informationsaustausch mit Kollegen rechnen. Dieses Schnittstellenproblem der marktlichen Organisation kann durch die zentrale Verwaltung und das räumlich zentrierte Leistungsangebot in integrierten Formen gemindert bzw. verhindert werden. Obwohl sich augenscheinlich wesentliche Vorteile bezüglich der Kosten in hierarchischen Strukturen abzeichnen, ist zu hinterfragen, ob in der Praxis tatsächlich eine derartig ausgeprägte Kluft bezüglich der Kosten gegeben ist. Somit bleibt zu prüfen, ob es tatsächlich zu so erheblichen Kostenunterschieden kommt oder ob durch verbesserte Kommunikationsmöglichkeiten unter den Betreibern von Einzelpraxen der Unterschied hinsichtlich der Daten- und Informationsbeschaffung nur marginal größer ist (Gotzen, 2003, S. 32 ff.). Neben den Organisationskosten werden stets auch mögliche Produktionskosten zu Diskussionspunkten. Aus theoretischer Sicht eignen sich Zusammenschlüsse besser dazu, Größen- und Verbundvorteile zu erzielen und für sich zu nutzen (Borrmann/Finsinger, 1991, S. 102 ff.). Inwiefern dies jedoch an eine bestimmte Konstellation gebunden ist, sei dahingestellt, da die angesprochenen ökonomischen Vorteile auch durch eine Vertragsgestaltung zwischen selbständig Tätigen durchaus erzielbar sind (Tirole, 1989, S. 61 ff.). Auch die Chancen des einfacheren Wissensaustauschs sowie einer besseren medizinisch-technischen Ausstattung bzw. Auslastung in ärztlichen Zusammenschlüssen müssen unter dem Aspekt einer möglichen Überkapazität betrachtet werden (Pope/Burge, 1992, S. 129 ff.). Diese könnte sich durch eine zu geringe Patientenzahl einstellen, welche auf einem falschen ärztlichen Angebot seitens der Gemeinschaft basieren könnte (Buzzell, 1983, S. 92 ff.). Dieses Auseinanderfallen von Angebot und Nachfrage hat für die Patienten insofern negative Folgen, als sich die Patienten, aufgrund des eingeschränkt

angebotenen Behandlungsausmaßes mit erneuter Informationsbeschaffung bezüglich passender Therapieangebote auseinandersetzen müssen. Derartig spezialisierte Praxen sind daher oft mit dem Problem konfrontiert, genügend Patienten ansprechen zu müssen, um die Fehleinschätzung bezüglich der angenommenen Patientenbedürfnisse sowie des Bedarfs zu kompensieren. Daneben kämpfen größere Zusammenschlüsse mit dem Problem des steigenden administrativen Aufwands. Auch die geringeren Möglichkeiten, flexibel auf sich ständig ändernde Umweltgegebenheiten zu reagieren, stellen eine gewisse Hemmschwelle für die Bildung einer Kooperation dar und führen nicht selten dazu, dass die Ergebnisse der Anpassungsprozesse zu versunkenen Kosten werden (Williamson, 1975, S. 82 ff.; Merk, 1999, S. 129 ff.). Nicht selten sind derartige, durch Investitionen verursachte Kosten, die durch die Adaptierung an sich geänderte Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten entstehen, für die Ärzte versunkene Kosten, da es häufig nicht bzw. nur schwer möglich ist, getätigte Investitionen in anderen Bereichen zu verwenden (Borrmann/Fisinger, 1991, S. 110 ff.). Medizinern in Einzelpraxen fällt es aufgrund der nicht vorhandenen vertraglichen Bindungen untereinander leichter, sich den Patientenwünschen situationsbezogen anzupassen. Insgesamt gesehen kann aufgrund der bestehenden bürokratischen Einschränkungen keine eindeutige Empfehlung, ärztliche Kooperationen zu gründen, abgegeben werden.

4.3.2 Kontrolle und Koordination der Leistungserbringung

In marktähnlichen Strukturen erfolgt die Koordination normalerweise über den Preismechanismus (Pindyck/Rubinfeld, 2005, S. 401 ff.).

Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist allerdings aufgrund gesetzlicher Regelungen die uneingeschränkte Wirkung der Preiskomponente, trotz ihrer vorteilhaften Eigenschaft, institutionelle Einschränkungen zu bereinigen, nicht möglich. Die damit verbundenen intensiven Absprachen, welche eine erhöhte Bereitschaft der Akteure zu einem Funktionieren der Kooperation voraussetzt, sind mit einem sehr hohen Koordinationsaufwand aller beteiligten Parteien verbunden. Theoretisch betrachtet würde, den Charakteristika der reinen Marktwirtschaft zufolge, allerdings ein uneingeschränkter Wettbewerbsmechanismus, und hier vor allem die Preiskomponente, sowohl für die Mediziner als auch in weiterer Folge für die Patienten ein geeignetes Mittel darstellen, um eine Übereinstimmung von Angebot und Nachfrage zu gewähren. Demzufolge wäre es den potentiell zu behandelnden Personen möglich, ihre Zahlungsbereitschaft offenzulegen, was wiederum dazu führen würde, dass sich Ärzte als Anbieter einer bedürfnisorientierten Abstimmung des Leistungsspektrums besser organisieren könnten. Trotz der sich ergebenden Vorzüge ist der Eingriff in das marktliche System durch gesetzliche Rahmenbedingungen zu bewerten. Hauptsächlich betreffen diese Regelungen die Preissetzung. Die von Ärztekammer und Krankenkassen verhandelten Tarife werden von

praktizierenden Medizinerinnen häufig deshalb kritisch betrachtet, da die Berücksichtigung der Arbeitszeit für notwendige administrative Tätigkeiten meist nicht gegeben ist.

Demgegenüber bieten Hierarchien bzw. integrierte Systeme den Vorteil einer zentralen Administration. Dem Eigentümer sind dadurch Eingriffe und die Steuerung der ärztlichen Leistungserstellung möglich. Des Weiteren können Behandlungsschritte besser aufeinander abgestimmt werden und so unnötige Doppeluntersuchungen, welche mit Mehrkosten sowohl für die Organisation als auch für die Patienten verbunden sind, vermieden bzw. niedrig gehalten werden. Obwohl sich in hierarchischen Strukturen vor allem bezüglich der Prozesskoordination Vorteile ergeben, bestehen dennoch gewisse Grenzen. Probleme ergeben sich in der Möglichkeit, Kontrollvorgänge zu Gunsten einer Vertragspartei zu manipulieren. Auch finden sich Ärzte durch festgelegte Behandlungsrichtlinien in ihrer Freiheit der Leistungserbringung stark eingeschränkt, was wiederum zu einer sinkenden Motivation der Akteure und einer damit einhergehenden Qualitätsverschlechterung führt (Hirsch, 1978, S. 14 ff.; Ouchi, 1979 S. 833 ff.).

Neben dem Bestreben, die Koordination der Leistungserbringung zu verbessern, nimmt die Kontrolle derselben ebenfalls einen hohen Stellenwert ein. Grundsätzlich sollen Kontrollmechanismen die bestmögliche Berücksichtigung der Patientenpräferenzen sicherstellen. Trotz eingeschränkter Wettbewerbsmechanismen ermöglicht die Organisationsform Markt durch einen Qualitätswettbewerb eine Erhöhung des Leistungsniveaus. Damit einhergehend besteht allerdings die potentielle Gefahr einer Überinvestition in die medizinisch-technische Ausstattung, um im Wettbewerb den Vorsprung auszubauen. Dies wirkt mitunter jedoch kontraproduktiv, sodass es zu unerwünschten Effekten kommen kann, die sich nachteilig auf die Patienten und in weiterer Folge auch negativ auf die gesamte Volkswirtschaft auswirken könnten. So führt etwa eine Reduzierung der Qualität vor allem in Grenzgebieten zu anderen Ländern mitunter dazu, dass es zu einer Abwanderung von Patienten als auch von Ärzten ins Ausland kommt, sofern dort mit besseren Qualitätsstandards zu rechnen ist (öäk, 2013).

Ebenso kann sich eine gezielte Auswahl von Beteiligten einer Kooperation durch die leitenden Mediziner einer Gruppenpraxis bezüglich der zu behandelnden Patienten negativ auf die Zusammenarbeitsform auswirken. Um daraus resultierende Folgen zu vermeiden, könnte ein Modell der Marktkontrolle eingeführt werden. Gezieltes Einsetzen staatlicher bzw. gesundheitspolitischer Mechanismen zur Kontrolle diverser für die Gruppenpraxen nachteilige Beschuldigungen könnte entgegengewirkt werden. Daneben ist es durchaus möglich, dass sich die generelle Untersuchung positiv auf den Status der Selbständigkeit im Ärzteberuf auswirkt, da angedrohte Kontrollen und die daraus resultierenden drohenden Sanktionen zu einer Gewährleistung der Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse im Leistungskatalog führen. Zu untersuchen ist daher, ob gesetzliche Regelungen als unterstützende Maßnahmen der Organisationsform Markt wahrgenommen werden oder ob sie bereits als gravierende

Einschnitte verstanden werden und somit als Ausgestaltungsform der Hierarchie zuzuordnen sind.

Hierarchien zeichnen sich prinzipiell durch ihre zentralen Kontrollmechanismen aus, welche aufgrund der räumlichen Aspekte sowie des direkten Zugangs zu notwendigen Daten mit geringeren Transaktionskosten verbunden sind (Wirtschaftslexikon, 2015a). Daneben bieten sie auch die Möglichkeit, sowohl die Prozesse als auch die beteiligten Akteure in einem Schritt zu kontrollieren. Problemfelder ergeben sich in der Bereitschaft der Weitergabe von Informationen. Diese ist oft von der Übereinstimmung der Ziele von den Vertragsparteien abhängig (Arrow, 1974, S. 31 ff.; Crocker, 1983, S. 236 ff.).

In Bezug auf in Gruppenpraxen tätige Ärzte wird die Kontrolle der Berufsausübung als störender Faktor wahrgenommen. Aufgrund der hohen Informationsasymmetrie in diesem Bereich hängen die Durchführbarkeit und Effektivität behandlungsbezogener Kontrollmechanismen hauptsächlich von der Bereitschaft zur Informationsweitergabe der Beteiligten ab. In diesem Zusammenhang wird eine funktionierende Kooperation nur dann möglich sein, wenn die Interessen der einzelnen Akteure übereinstimmen. Inwieweit sich Ärzte zur freiwilligen Informationsweitergabe und den damit verbundenen Eingriff in die Behandlungsautonomie verhalten, ist aufgrund der individuellen Einstellungen der Akteure im Vorhinein häufig nicht möglich abzuschätzen.

Als ein weiteres Problem stellt sich vor allem bei größeren Kooperationen ein möglicher Verlust der Informationen und der Kontrolle ein, wodurch die Kosten von zielführenden Überprüfungsmechanismen ansteigen (Williamson, 1967, S. 123 ff.; Miles/Snow, 1992, S. 53 ff.). Daneben ist, ähnlich der Situation der zentralen Leitung und Steuerung, ein Rückgang der Motivation der beteiligten Mediziner nicht auszuschließen (Williamson, 1971, S. 112 ff.). Eingeführte Kontrollsysteme werden mitunter als gravierende Einschränkung der Behandlungsautonomie aufgefasst. Dies schlägt sich vor allem in einer Senkung der Qualität der Leistungserbringung sowie einer eventuellen Verzögerung im gesamten Prozess der Erbringung medizinischer Dienstleistungen nieder, wodurch es u.U. zu einer Einschränkung der Wahlfreiheit, die den Patienten im Allgemeinen zu gewährleisten ist, kommen kann (Gotzen, 2003, S. 47).

Zusammenfassend ergibt sich, dass Kontrollmechanismen im medizinischen Bereich durch gesetzliche Regelungen an Grenzen gebunden sind. Auch wenn sich durch Überprüfungsmaßnahmen eine Steigerung des Behandlungsprozesses erzielen ließe, könnten diese positiven Auswirkungen auch durch dezentrale Organisationseinheiten erreicht werden. Generell würde sich jedoch eine stärkere Ausrichtung an wettbewerblicher Leistungserstellung im Gesundheitssystem insofern positiv auswirken, als Verbesserungen sowohl die Behandlungsmethoden betreffend als auch die Einbeziehung diverser Patientenpräferenzen eine bessere Berücksichtigung finden würden.

4.3.3 Verteilung von Eigentumsrechten

In Anlehnung an die theoretische Betrachtung der Markt-Hierarchie-Struktur spielt der Aspekt der Verteilung von Eigentums- und Verfügungsrechte eine weitere erhebliche Rolle bei der Wahl der passenden Organisationsform (Demsetz, 1967, S. 347 ff.).

Ärzte, die als Selbständige eine Einzelpraxis führen und definitionsgemäß der Struktur des Marktes zuzuordnen sind, verfügen uneingeschränkt über alle Eigentums- und Verfügungsrechte. Häufig wird dieser Anreiz über die vollkommene autonome Verfügungsberechtigung in einer Erweiterung und Verbesserung des Leistungsprozesses wahrgenommen. Der Grund dafür wird vielfach darin gesehen, dass selbständig tätige Marktteilnehmer prinzipiell kontrollierter und v.a. bewusster mit zugeteilten Ressourcen umgehen und es dadurch zu einem effizienteren und nachhaltigeren Einsatz der Ressourcen kommt.

Nachteilig könnte sich eine Selektion, die auf dem Risikoverhalten der Teilnehmer basiert, auf den Mechanismus auswirken. In diesem Zusammenhang ist die Annahme zu treffen, dass sich nicht immer die potentiell besser geeigneten Marktteilnehmer durchsetzen werden. Vielmehr ist das Auftreten am Markt vom individuellen Risikoverhalten der beteiligten Personen abhängig.

Ärzte, die sich in die Selbständigkeit begeben, sind somit nicht notwendigerweise immer die geeignetsten Marktteilnehmer. Um einer Verschlechterung der Situation durch die Selektion aufgrund des Risikoverhaltens abzuschwächen, bietet sich die Struktur der integrierten Formen. Kooperationen bieten den Vorteil einer Risikostreuung unter den Mitgliedern. Die zusammenarbeitenden Mediziner können neben der Verringerung ihres finanziellen Risikos ebenso eine Gewinnmaximierung durch die Kooperation erreichen. Diese positive Auswirkung kann auf die Konzentration bzw. Übertragung der Eigentums- und Verfügungsrechte auf eine leitende Stelle zurückgeführt werden. Durch die uneingeschränkte Verfügung kann eine konkurrierende Situation der Ärzte bezüglich der Ressourcen unterbunden werden, da die Verteilung nun von der zentralen Unternehmensposition vorgenommen wird. Durch die Administration und Organisation in einer Stelle, wird sowohl der Informationsaustausch als auch die Datenbeschaffung wesentlich vereinfacht und verbessert. Dadurch können sich die Mediziner auf ihre eigentlichen Kernaufgaben konzentrieren. Trotz der genannten Vorzüge, welche diese Form der Kooperation mit sich bringt, wird sie nicht selten kritisiert. Vor allem der Entzug der Eigentums- und Verfügungsrechte kann u.U. insofern als nachteilig betrachtet werden, als die beteiligten Teilnehmer dies als einen Einschnitt in ihre Autonomie bewerten, wodurch die Gefahr gegeben ist, dass es zu einer Verminderung des Leistungsangebots kommen kann. Ebenso wird der Kritikpunkt angeführt, dass sich ein interner Konkurrenzkampf um die Patienten entwickeln könne. Des Weiteren ist es nicht auszuschließen, dass es aufgrund der als gegenseitige Beobachtung wahrgenommenen Situation zu Verordnungen unnötiger

Untersuchungen kommt und dadurch die Bereitschaft zur vollständigen Informations- und Datenweitergabe sinkt.

4.4 Ärztliche Kooperationen als Verbindung der Vorzüge der beiden Organisationsformen

Wie bereits erwähnt wurde, bündeln Kooperationen als hybride Organisationsformen Merkmale sowohl der marktähnlichen als auch der hierarchischen Formen. Ihnen ist es aufgrund dieser Verbindungskonstellation möglich, die jeweiligen Vorteile zu vereinen und daneben durch eigene Mechanismen Stabilität und somit eine eigene Organisationsform zu fixieren.

Eine erste Einordnung der hybriden Formen ist aufgrund der Stellung der einzelnen Akteure möglich. Obwohl die Kooperationsmitglieder ihre wirtschaftliche und rechtliche Eigenständigkeit beibehalten, tritt, je nach Ausgestaltung der Zusammenarbeit, ein höherer oder niedrigerer Grad der gegenseitigen Abhängigkeit auf. Zusätzlich kann noch auf den Vorteil hingewiesen werden, dass die hybriden Formen, je nach Ausgestaltung der Koordinationsmechanismen sowie dem gegebenen Formalisierungsgrad, sowohl auf formellen als auch informellen Rahmenbedingungen beruhen (Cook, 1977, S. 62 ff.; Powell, 1990, S. 295 ff.).

Ein zweiter Aspekt, Kooperationen in das Markt-Hierarchie-Gefüge einzuordnen, kann über die Motivation der beteiligten Akteure erfolgen. Grundsätzlich ist es den Ärzten möglich, ihre Selbständigkeit beizubehalten und somit die sich ergebenden wirtschaftlichen und leistungsorientierten Möglichkeiten der Einzelpraxis zum Großteil zu nutzen. Die Kooperation bietet darüber hinaus allerdings die Chance, Anreizsysteme, wie sie in hierarchischen Strukturen vorliegen, zu Gunsten der Zusammenarbeit einzusetzen. Dies kann etwa durch die Einführung eines Systems auf Provisionsbasis erfolgen, wobei es denkbar ist, besonders effizient arbeitenden Akteuren einen Bonus auszubezahlen oder sie auch am erwirtschafteten Unternehmensgewinn zu beteiligen. Auch sind Sanktionen und Maßnahmen zur Verhinderung unangebrachten Verhaltens wesentlich leichter durchsetzbar, als dies in Systemen des Marktes möglich ist. Ein drohender Ausschluss aus der Gesellschaft oder das Einbehalten von Gewinnbeteiligungen kann, wie bei reinen hierarchischen Strukturen, ebenso bei Kooperationen angewendet werden, um die Teilnehmer zu disziplinieren, wodurch es zur Verminderung bzw. zur gänzlichen Ausschließung finanzieller Unregelmäßigkeiten oder rufschädigender Vorgehensweisen kommt.

Kooperationsformen bieten in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, die Vorzüge der beiden Extremformen der Organisation zusammenzuführen.

Die Situation des Marktes findet sich insofern in kooperierenden Formen, als die Selbständigkeit der beteiligten Akteure eine detaillierte Ausgestaltung der Rahmenbedingungen zulässt, ohne

jedoch dabei die individuellen Handlungsspielräume einem zu großen Reglement zu unterwerfen. Dies hat den positiven Effekt, dass individuelle Interessen im Rahmen der Administration Berücksichtigung finden, wodurch seitens der Ärzte eine Identifikation mit der Organisation erfolgt. Aus der Sicht der Kooperation als solcher, können durch die Beachtung des Großteils der Bedürfnisse der Akteure kontraproduktive Arbeitsweisen ausgeschlossen werden. Dies äußert sich vor allem in den übereinstimmenden Zielvorstellungen, wodurch sich ein abweichendes Verhalten einzelner Mediziner erst gar nicht einstellt.

Aufgrund der unternehmensinternen Übereinstimmungen erfahren schließlich die Patienten durch eine erhöhte Beachtung ihrer Präferenzen positive Auswirkungen.

Des Weiteren kann die Kontrolle als Teil der Organisation durch ein Zusammenwirken positiv beeinflusst werden. Systemintern kann die gegenseitige Überwachung der getätigten Behandlungsschritte sowie der Administration durch die Beteiligten selbst erfolgen. Als Beispiel sei hier an die Kontrolle fachgleicher Mediziner untereinander gedacht. Diese verfügen über das nötige Wissen, weswegen Behandlungsweisen der Kollegen kritisch beurteilt werden können. Der sich daraus ergebenden disziplinierenden Wirkung wird meist mehr Gewicht zuteil, als dies durch andere Regelungen erreicht werden könnte. Der Grund dafür dürfte in der gewünschten Wahrnehmung des Mediziners hinsichtlich seiner Behandlungsmethoden bzw. seines Fachwissens liegen. Zusätzlich erscheint es zielführend, auch eine eigens eingerichtete kooperationsinterne Kontrollinstanz einzurichten. Diese kann interne Erhebungen durchführen und somit als beratende bzw. ergänzende Stelle in den Kontrollprozess eingebunden werden.

Eine andere Form der Durchführung der Überwachungsprozesse kann durch unternehmensexterne Einrichtungen übernommen werden. Entsprechende Einheiten werden meist von Versicherungsträgern oder der Ärztekammer zusammengestellt und entsandt. Als Ziel derartiger Organisationen kann die Gewährleistung bestimmter Behandlungs- und Verwaltungsparameter genannt werden. Zusätzlich können eventuell eintretende Situationen konkurrierenden Handelns entschärft werden. Durch die meist gesetzliche Festlegung bestimmter Regulierungsformen kommt es zu einer externen Einwirkung auf Wettbewerbsmechanismen. Der daraus resultierende Einhaltungszwang kann dahingehend als positiver Effekt auf gesundheitsökonomischer Ebene angesehen werden, als gewisse Schnittstellenprobleme, wie sie in der Form des Marktes gegeben sind, durchaus wirksam überwunden werden können.

Ferner ist eine Vorteilhaftigkeit von Kooperationen dahingehend zu sehen, als eine verbesserte und erhöhte Flexibilität ermöglicht werden kann. Durch die dezentrale Organisation und die geringe Anzahl an formalen Rahmenbedingungen ist es Zusammenarbeitsformen eher möglich, mehrere Teilnehmer zielführend zu koordinieren, als dies etwa durch Hierarchien mit ihren strengen Regelungsmechanismen möglich wäre. (Williamson, 1979, S. 233 ff.; Grandori/Soda, 1995, S. 187). Die Möglichkeit, eine erhöhte Anzahl an Mediziner zu

koordinieren, hat durchaus eine vorteilhafte Wirkung auf die Gesellschaft. Nicht nur, dass mehr Ärzte praktizieren können, vielmehr betrifft die positive Auswirkung die zu behandelnden Personen. Der größere Anteil an Kooperationsbeteiligten ermöglicht neben einem umfangreicheren Angebot der medizinischen Leistungserbringung größere Auswahlmöglichkeiten bei den Medizinerinnen die den Patienten grundsätzlich zu gewähren sind.

Des Weiteren kann die positive Ausgestaltung der Flexibilität durch ein rascheres Handeln bezüglich sich verändernder Rahmenbedingungen gesehen werden (Volberda, 1996, S. 359 ff.). Zum Ausdruck kommt dies vor allem durch die gelockerten Bindungen an die Vorgaben der zentralen Organisationsinstanz. Diese Form der Administration unterstützt und ermöglicht ein sofortiges Agieren auf sich verändernde ökonomische, politisch-gesetzliche, aber auch patientenpräferenzenorientierten Situationen. Zusätzlich fördert die rasche Ausrichtung auf geänderte Zustände und die Teilung des wirtschaftlichen Risikos, dass mögliche Wagnisse, die sich durch neue Innovationen ergeben und die für eine Vielzahl von Medizinerinnen den Schritt zur Führung einer Einzelpraxis hemmen, als gemindert betrachtet werden können. Dadurch, dass Räumlichkeiten und medizinisch-technische Geräte häufig gemeinsam erworben werden, kommt es zu einer besseren Auslastung der Einrichtung sowie zu einer finanziellen Aufteilung der Anschaffungskosten. Überdies kann sich der Vorteil von Kooperationsformen im Vergleich zu den beiden Extremformen Markt und Hierarchie in der Übertragung von Informationen und dem Transfer von fachspezifischem Wissen zeigen. Der Grund dafür kann, wie auch Fritsch (Fritsch, 1992, S. 89 ff.) in seiner Ausarbeitung herausfand, darin gesehen werden, dass die kooperative Arbeitsform und der damit verbundene Austausch der Beteiligten untereinander Lerneffekte fördern. Zusätzlich begünstigt das gelockerte Regelungssystem den leichteren Zugang zu verschiedenen Kontaktpartnern, wodurch der Übermittlung neuen Wissens geringere Grenzen gesetzt werden, als dies bei einer Bindung an eine begrenzte Anzahl an Partnern der Fall ist. Letztere Situation ist insofern als nachteilig zu bewerten, als aufgrund der eingeschränkten Auskunftsmöglichkeiten auch kein neues Wissen generiert werden kann. Die daraus resultierende Homogenisierung des Informationsstandes zeigt sich in stagnierenden Lerneffekten (Granovetter, 1985, S. 481 ff.).

Unter Berücksichtigung der angeführten Aspekte fördern positive Auswirkungen der zusammenarbeitenden Tätigkeit eine stärkere Identifikation mit der Organisation. Durch die Einbindung aller beteiligten Mitglieder in den Verwaltungsprozess sind diese eher bereit, diverse Aufgabengebiete zur Administration zu übernehmen. Dadurch wird ihnen die Möglichkeit geboten, ihre Vorstellungen in den Organisationsprozess einfließen zu lassen, wodurch kontraproduktivem Verhalten entgegengewirkt werden kann.

4.5 Fazit

Die Eingliederung der verschiedenen Ausgestaltungsformen ärztlicher Zusammenarbeit in die Markt-Kooperation-Hierarchie-Struktur hängt stark vom Grad der Bindungsintensität ab. Je stärker bei Kooperationen aufgrund ihrer Charakteristika die Bindung an eine zentrale Gestaltung ist, desto näher können sie an die Schnittstelle zwischen hybriden Organisationsformen und Hierarchie angesiedelt werden. Gegensätzliches gilt für die Eingliederung an der Schnittstelle zum Markt. Da in Österreich unterschiedliche Bindungsintensitäten Anwendung finden, bietet sich für Akteure dennoch ein relativ breites Spektrum an Ausgestaltungsformen, die es erlauben, diejenige auszuwählen, die den individuellen Vorstellungen des kooperativen Ansatzes am ehesten entspricht.

Selbständige Ambulatorien sind demzufolge aufgrund ihrer zentralistisch aufgebauten Struktur an der Schwelle zur Hierarchie angesiedelt und bieten daher den Vorteil integrierter Verhaltenssteuerung sowie die Möglichkeit, in einem Angestelltenverhältnis tätig zu werden. Im Gegensatz dazu orientieren sich Ordinations- und Apparategemeinschaften wegen der Beibehaltung der rechtlichen und wirtschaftlichen Selbständigkeit eher an marktähnlichen Formationen. Die Zuordnung von Gruppenpraxen ist vor allem von der gewählten Rechtsform abhängig. Während bei der Rechtsform der OG von einer eher marktlichen Orientierung ausgegangen wird, bietet die GmbH aufgrund der höheren Integration der Beteiligten eine Orientierung an hierarchischen Modellen.

5 Motivation für den Beitritt zu Kooperationen

Die Motive sich in der Form der Kooperation zu organisieren sind, wie bereits erwähnt, grundsätzlich sehr vielschichtig angelegt. In den letzten Jahren kann vor allem im Bereich des Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitsdienstleistungserbringung eine vermehrte Bildung von Zusammenschlüssen der einzelnen Akteure beobachtet werden. Als primäre Beweggründe dafür werden meist die in den anhaltenden Debatten diskutierten wirtschaftspolitischen und gesellschaftlichen Vorzüge genannt. Dazu ist etwa der erwartete Anstieg der Leistungsfähigkeit, aber auch eine Senkung der Kosten zu zählen.

Der Bereich der Gesundheitsversorgung unterscheidet sich insofern von anderen Branchen, als die Bereitschaft zu kooperierendem Verhalten nicht notwendigerweise von ökonomischen Faktoren abhängig gemacht wird. Häufig wird in einem Zusammenschluss zu einer bestimmten Kooperationsform lediglich eine bessere Alternative oder die bestmögliche Reaktion auf gesetzliche Regelungen gesehen (Czypionka et al., 2012a, S. 23).

Im Allgemeinen werden ärztliche Kooperationen als alternative Versorgungsmodelle im extramuralen Bereich betrachtet, sodass sowohl Argumente der Produktion als auch der Organisation zur Analyse herangezogen werden können. Dies bietet die Möglichkeit, zum einen eine Bewertung aus Sicht der Theorie der Industrie- und Wohlfahrtsökonomik durchzuführen, zum anderen können auch die Bewertungsverfahren der NIÖ zur Anwendung kommen (Czypionka et al., 2013, S. 3)

5.1 Vorzüge und Problemfelder ärztlicher Kooperationen

Der nachfolgende Abschnitt beleuchtet unterschiedliche Vorzüge sowie Problemfelder, welche medizinische Kooperationen mit sich bringen können.

5.1.1 Vorteile

Für Ärzte stellt das Konzept der gemeinsamen Leistungserbringung mit seinen klaren Strukturen eine Alternative sowohl zur Einzelpraxis als auch zur Leistungserbringung in Krankenanstalten dar (Servais, 2005, S. 47). Für viele Mediziner erscheint jedoch die Entscheidung darüber, welches Arbeitsverhältnis den individuellen Vorstellungen am besten entspricht, sehr schwierig, weshalb eine Abwägung der Vor- und Nachteile sowohl aus ökonomischer als auch persönlich-sozialer Sicht notwendig ist (Czypionka et al., 2012a, S. 23 ff.; Czypionka et al., 2012b, S. 12 ff.; Czypionka et al., 2013, S. 3 ff.).

Im Folgenden wird zunächst auf die wesentlichen vorteilhaften Aspekte, die zu einer Entscheidung herangezogen werden sollten, näher eingegangen.

Gemeinsame Investitionen und Nutzung der Infrastruktur

Der medizinische Bereich unterliegt, wie jede andere Branche auch, einer sich sehr schnell entwickelnden Technologie. Erforderliche Investitionen, die eine dem technischen Fortschritt entsprechende therapeutische Behandlung gewährleisten sollen, wie zum Beispiel der Erwerb neuer medizinisch-technischer Apparaturen, einer dem Standard genügende Ausstattung der Ordinationsräume sowie eine einheitliche Software, werden oftmals als erhebliche Kostenbelastungen wahrgenommen. Durch die Bildung einer Kooperation ergibt sich für die medizinischen Leistungserbringer der Vorteil, dass Anfangsinvestitionen gleichmäßig oder quotenmäßig auf die beteiligten Personen aufgeteilt werden können und dadurch eine erhebliche Kostensenkung des einzelnen Beteiligten erreicht werden kann. Zusätzlich kann die erhöhte Anzahl an Medizinern in einer Praxis eine Verbesserung der Versorgungsqualität herbeiführen. Dies ist u.a. auf den erleichterten Informationstransfer unter den Beteiligten zurückzuführen. Der Zusammenschluss von Ärzten verschiedener medizinischer Disziplinen ermöglicht eine umfangreiche Befunderhebung in einer Ordination. Fächerübergreifende Behandlungen können in einem dem Patienten bekannten Umfeld erfolgen ohne langwierige Überweisungen zu veranlassen. Ferner trägt auch eine gemeinsame Nutzung von geeigneter Software zu einer erheblichen Qualitätssteigerung bei. Die Anwendung eines einheitlichen Programms erleichtert es den Medizinern, sich einen Überblick über diverse bereits vorhandene Befunde der zu behandelnden Personen zu verschaffen und trägt somit dazu bei, dass unnötige Mehrfach- bzw. Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Des Weiteren bietet die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur den Vorteil der leichteren und besseren Organisation der Mediziner untereinander. Aufgrund der geschlossenen Systemsoftware kann die Administration der beteiligten Ärzte einfach und schnell durchgeführt werden, sodass es zu keinen Überschneidungen der Ordinationszeiten bzw. zu Doppelbelegungen der Räumlichkeiten kommt. Darauf basierend ist es medizinischen Kooperationen möglich, die Patientenzahl zu steigern. Die Erhöhung der zu behandelnden Personen wirkt sich in mehrfacher Weise positiv auf die Kooperation sowie deren Umwelt aus. Zum einen können lange Wartezeiten auf einen Termin und auch in der Ordination Großteils vermieden werden. Zum anderen werden ärztliche Zusammenschlüsse als eine Alternative zu den ambulanten Behandlungen in den Krankenhäusern angesehen, wodurch eine Entlastung der überfüllten Spitalsambulanzen herbeigeführt werden könnte.

Skalen- und Verbundvorteile

Einer der am häufigsten genannten Beweggründe sich zu ärztlichen Kooperationen zusammenzuschließen ist die Chance auf Erreichung positiver Skaleneffekte (Czypionka et al., 2013, S. 3). Prinzipiell kommen diese auch als economies of scale benannten Vorzüge darin zum Ausdruck, dass die für ein Produkt anfallenden Kosten, die Selbstkosten pro Stück, mit steigender Produktionsmenge sinken. Sie können dann von Unternehmen realisiert werden, sofern die Durchschnittskosten bei steigendem Output sinken (Panzar/Willig, 1977, S. 481 ff.; Borrmann/Finsinger, 1991, S. 102 ff.; kas, 2015). Gründe dafür werden in verschiedenen Faktoren gesehen. Dazu zählen neben der Möglichkeit der Spezialisierung sowie höheren Flexibilität und dem Bestehen wesentlicher Fixkosten auch die Tatsache, dass größere Unternehmen eher in der Lage sind, Produktionsfaktoren aufgrund großer Bestellmengen preisgünstiger zu erwerben (Given, 1995, S. 688 ff.). Dies führt wiederum zu einer stärkeren Marktposition gegenüber den Konkurrenten. Allerdings ist anzunehmen, dass die Durchschnittskosten nur bis zu einer bestimmten Produktionsmenge sinken. Ab einem gewissen Punkt kommt es zu einer gegenteiligen Entwicklung der Durchschnittskosten. Dies bedeutet, dass die Durchschnittskosten ab einer gewissen Größe der Kooperation wieder ansteigen und sich so die typische U-förmige Durchschnittskostenkurve ergibt (Borrmann/Finsinger, 1991, S. 102 ff.; Czypionka et al., 2013, S. 3). Diese Entwicklung kann auf mehrere Umstände zurückgeführt werden. Am wahrscheinlichsten ist hier jedoch eine kurzfristige Überlastung der Produktionsfaktoren, die sich in einer komplexer gestalteten Führung eines gewachsenen Unternehmens sowie in der Tatsache, dass der Vorteil aus dem Kauf großer Mengen nicht mehr gegeben ist und die Restriktionen zu einer Preiserhöhung führen, zeigt. Dennoch ergibt sich für Akteure daraus grundsätzlich ein Anreiz bestimmte Kooperationsgröße anzustreben, um die Vorzüge zu genießen (Pindyck/Rubinfeld, 2005, S. 324 ff.). Neben der optimalen Anzahl an Mediziner*innen, welche einer Praxis angehören, spielen noch andere Faktoren eine wesentliche Rolle, um Skaleneffekte auszuschöpfen. So konzentrierten sich einige Studien auf die negativen Skaleneffekte und deren Ursachen. Dabei ist zu beachten, dass mangelnde Unternehmensidentifikation seitens der Mitarbeiter, fehlende Leistungsanreize sowie Kommunikationsschwierigkeiten, welche auf die Absonderung der Managementebene zurückgeführt wurden, ebenfalls in die Betrachtung einzubeziehen sind. Allerdings sind diese Aspekte für Zusammenschlüsse im niedergelassenen Bereich in Österreich aufgrund ihrer geringen Größe nicht immer in vollem Umfang anzuwenden (Czypionka et al., 2013, S. 3 f.).

Neben den Skaleneffekten steigern möglicherweise erzielbare Verbundvorteile für eigenständige Marktteilnehmer die Attraktivität sich zusammenzuschließen. Verbundeffekte (economies of scope) ähneln dabei in ihren Eigenschaften den bereits erläuterten Skalenvorteilen (Given, 1995, S. 689 f.). Sie ergeben sich dann, sobald die gemeinsame

Produktion kostengünstiger als die separate Herstellung erfolgen kann. Verbundvorteile sind etwa im Zweiproduktfall dann gegeben, wenn die Kosten der gemeinsamen Produktion geringer sind als die Summe der Stand-alone-Kosten der separaten Unternehmen (Panzar/Willig, 1981, S. 268 ff; Baumol et al., 1988, S. 71 ff.; Borrmann/Finsinger, 1991, S. 113 ff.; Pindyck/Rubinfeld, 2005, S. 329 ff.). Im medizinischen Bereich ergeben sich Verbundvorteile daher hauptsächlich durch die gemeinsame Nutzung von medizinisch-technischen Geräten. Die Inanspruchnahme der Geräte von mehreren Ärzten oder Fachabteilungen führt zu einem insgesamt geringeren Kostenaufwand. Daneben können auch Patienten von medizinischen Zusammenschlüssen durch sogenannte Nebenprodukte profitieren. Diese ergeben sich etwa dadurch, dass erstellte Laborbefunde ebenso für Behandlungen anderer Beschwerden von Interesse sind und dadurch langwierigen und teuren Untersuchungen entgegenwirken können (Czypionka et al., 2013, S. 3 f.).

Obwohl die Erzielung sowohl von positiven Skaleneffekten als auch von Verbundvorteilen von vielen Kooperationen angestrebt wird, ist allerdings v.a. im medizinischen Bereich die Frage zu stellen, inwieweit der Output einer Praxis oder eines einzelnen Arztes zu messen und zu bewerten ist. Häufig werden dafür die in einem festgelegten Zeitraum behandelten Personen oder die Umsätze der Ordination als Datensätze herangezogen. Aufgrund der zur Bewertung verwendeten Ausführungen kann darauf geschlossen werden, dass eine Senkung im Bereich der Bürokratie der einzelnen Ärzte genauso wie die bessere Auslastung der Geräte, der Räumlichkeiten und des Ordinationspersonals durchaus die Realisierung von ökonomischen Vorteilen ermöglichen. Zusätzlich können aus der Sicht der Beteiligten Personen eine Erhöhung der Flexibilität sowie eine Steigerung bzw. Festigung der Marktmacht durchaus als weitere wesentliche positive Aspekte ärztlicher Kooperationen im Vergleich zu Einzelpraxen betrachtet werden (Czypionka et al., 2013, S. 4 f.).

Einkommen

Im Vergleich mit der Führung einer Einzelpraxis kann in der Beteiligung an einer Gruppenpraxis ebenso im Bereich des Einkommens ein Vorteil gesehen werden. Anzunehmen ist, dass der Anreiz in der Erzielung eines gesicherten und eventuell auch höheren Einkommens liegt.

Des Weiteren ermöglicht ein ausgewogener Verdienst einen besseren Ausgleich finanzieller Schwankungen, als dies bei Erhaltung einer Einzelpraxis möglich wäre. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass es zu einer besseren Auslastung der Ressourcen kommt und sich ergebende Kosten auf die Akteure aufteilen lassen.

Risikostreuung

Obwohl Ärzten, die im Rahmen ihrer Leistungserbringung in Einzelpraxen tätig sind, die Möglichkeit zur Versicherung gegen Schadenersatzansprüche angeboten und auch nahegelegt wird, eröffnet sich vor allem für risikoscheue Akteure in der vernetzten Tätigkeit eine Alternative, ihre Leistungen innerhalb einer risikoärmeren Umgebung anbieten zu können (Amelung/Wolf, 2011b, S. 1568; Czypionka et al., 2013, S. 5 f.).

Vor allem für junge Mediziner, die am Beginn ihrer ärztlichen Karriere stehen, stellt der Risikofaktor eine wichtige Entscheidungsvariable dar. Eine Situation, in der sie mit hohen Investitionskosten durch die Führung einer Einzelpraxis konfrontiert sind, wird durch das Mitwirken in einer Gruppen- oder Gemeinschaftspraxis vermieden. Aufgrund der Beteiligung mehrerer Personen ist vor allem das geringere finanzielle Risiko pro Person als durchaus positiv anzusehen. Des Weiteren bietet die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis für Ärzte die Möglichkeit, sich im extramuralen Bereich zu etablieren. Ein weiterer positiver Aspekt, der für die Tätigkeit in Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen spricht, liegt in der Gestaltung der immer mehr in den Focus gerückten Work-Life-Balance, wobei v.a. der Bündelung der Arbeitskräfte eine wesentliche Rolle zuzuschreiben ist. Die größere Anzahl an (fachgleichen) Medizern bietet dem einzelnen die Chance der individuellen Arbeitszeiteinteilung. Dies kommt nicht nur den Bedürfnissen der Patienten nach flexibleren Behandlungsterminen entgegen, vielmehr bietet die situationsbezogene Einteilung der Arbeitszeit eine familienfreundlichere Ausgestaltung des Berufes, wodurch die Attraktivität des Berufes Arzt eine neue Ebene erreichen kann.

Gemeinsame Werbemaßnahmen

Ein weiterer Anreiz, sich zu einer Kooperation zusammenzuschließen, wird in den umfangreichen Möglichkeiten der Werbemaßnahmen gesehen. Den beteiligten Medizern stehen durch das Zusammenwirken eine größere Auswahl an Methoden und Mittel zur Verfügung (Czypionka et al, 2013, S. 6). Zusätzlich kann eine Etablierung eines Markennamens angestrebt werden, welcher es der Gruppenpraxis erlaubt, sich von den konkurrierenden medizinischen Einrichtungen im niedergelassenen Sektor abzugrenzen. Trotz der vielseitigen Möglichkeiten, eine Werbekampagne in ihren unterschiedlichen Ausgestaltungsformen durchzuführen, hängt eine positive Bewertung der Kooperation nicht nur von den getätigten Werbemaßnahmen ab. Vielmehr ist die Entstehung eines ausgezeichneten Images auf die (subjektive) Patientenbewertung zurückzuführen. Zu behandelnde Personen neigen dazu, die einem Arzt beigemessene Kompetenz nicht nur auf diesen zu beschränken. Vor allem in Gruppen- und Gemeinschaftspraxen werden demgemäß das in Anspruch genommene Leistungsangebot sowie das Fachwissen eines Mediziners auf die gesamte Praxis übertragen. Entsprechen das Leistungsspektrum und die Behandlungsmethoden den Bedürfnissen der Patienten, werden sie mit höherer Wahrscheinlichkeit der Praxis treu bleiben und auch andere

Leistungsangebote derselben in Anspruch nehmen, wodurch sich hohe Suchkosten vermeiden lassen (Getzen, 1984, S. 212; Czypionka et al., 2013, S. 6).

Daneben bewirkt die Inanspruchnahme von mehreren Leistungen innerhalb einer Praxis eine erhöhte Offenlegung der Kompetenzen der Ärzte. Durch die interne Überwachung kommt es zur Vermeidung von Informationsasymmetrien sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus Sicht der Kollegen. Eine Offenlegung des Fachwissens und der Behandlungsmethoden erfolgt v.a. deshalb, weil wie positive Erfahrungen auch, negative Bewertungen nicht nur auf den einzelnen Arzt, sondern auf die gesamte Gruppenpraxis projiziert werden, wodurch es für alle beteiligten Mediziner neben finanziellen Einbußen auch zu erheblichen Imageschäden kommen kann (Czypionka et al., 2013, S. 6 f.).

Arbeitszufriedenheit

Vielfach wurde belegt, dass die Arbeitszufriedenheit in Gruppenpraxen besser bewertet wird als in Einzelpraxen (Freidson, 1988, S. 71 ff.; Spector, 1997, S. 1 ff.).

Ein wesentlicher Grund wird dabei der Teamzugehörigkeit zugesprochen. Die Wahrnehmung, als Teil einer Gruppe tätig zu sein, wird als zusätzlicher Ansporn und Motivationsfaktor betrachtet (Freidson, 1970, S. 3 ff.). Daneben spielen natürlich auch finanzielle Aspekte, wie bereits oben erwähnt, eine wesentliche Rolle (Spector, 1997, S. 1 ff.). Auch führt die einfachere Gestaltung der Vertretung zu einer Verringerung des wahrgenommenen Stressfaktors, der ebenfalls als Entscheidungsvariable für oder gegen einen Eintritt in eine medizinische Kooperation bewertet wird (Servais, 2005, S. 51). Die Vielzahl an Chancen, Stress zu reduzieren, wird in Zusammenarbeitsformen mit dem sich ergebenden höheren Integrationsgrad der Beteiligten eher gesehen. Daher wird die Tätigkeit in Gruppen- und Gemeinschaftspraxen aufgrund der flexibleren Arbeitszeiteinteilung als familienfreundlicher bewertet, wodurch v.a. den Ansprüchen von Ärztinnen Rechnung getragen wird. Zusätzlich fördern ein gutes Betriebsklima sowie die Unterstützung der Kollegen einen drohenden emotionalen Erschöpfungszustand der Mediziner. Durch den regelmäßigen Kontakt zu anderen Leistungserbringern im medizinischen Bereich kann zum einen ein stetiger Wissenstransfer stattfinden. Zum anderen wird einer Isolierung, wie sie oftmals bei der Führung einer Einzelpraxis vorkommt, vorgebeugt. Diese Bereicherung sowohl aus fachlicher als auch aus sozial-persönlicher Sicht wirkt sich positiv auf die Einstellung der Ärzte aus und bewirkt nebenbei eine effizientere Arbeitsweise der Leistungserbringer. Die daraus resultierende verbesserte Koordinierung und Strukturierung des Arbeitsumfeldes bewirkt somit gesteigerte Arbeitszufriedenheit der Mediziner.

Vertretung

Mit der Gründung bzw. durch den Beitritt in eine bestehende ärztliche Kooperation kann dem Problem der Vertretung, wie es häufig bei Einzelpraxen gegeben ist, entgegengewirkt werden. Durch das Zusammenarbeiten mehrerer Mediziner und die damit einhergehende Situation, dass immer mindestens ein Mitglied der Kooperation erreichbar oder anwesend sein muss, wird dem Hindernis der Vertretung entgegengewirkt. Daneben kann eine mögliche Patientenabwanderung insofern verhindert werden, als zumindest ein Arzt der Gemeinschafts- bzw. Gruppenpraxis kontaktiert werden kann und dem Patienten Suchaufwendungen sowohl aus zeitlicher als auch finanzieller Perspektive abgenommen werden. Des Weiteren ist anzuführen, dass durch die gemeinsame Nutzung der Systemsoftware im Rahmen der normalen Praxisführung keine langwierigen Einarbeitungsprozesse anfallen, sodass es zu keiner bzw. nur zu einer sehr geringen Störung der normalen Ordinationstätigkeit kommt. Aufgrund dieser für die Patienten gegebenen Vorzüge werden Einrichtungen in Form einer Gruppenpraxis von zu behandelnden Personen immer häufiger in Anspruch genommen. Für die medizinischen Kooperationen zeigen sich die Zufriedenheit sowie die positive Bewertung der Bevölkerung in einer Erhöhung des Patientenstammes.

Qualitätserhöhung

Eine Erhöhung der angebotenen Qualität kann innerhalb von Gruppenpraxen aufgrund der besseren Koordinationsmöglichkeiten sowie der verbesserten Vernetzungsmöglichkeiten umgesetzt werden. Aus der sich daraus ergebenden leichteren Kommunikation nicht nur mit Kollegen auf gleicher Ebene, sondern auch mit medizinischen Leistungserbringern vor- und nachgelagerter Behandlungsebenen kann eine Qualitätserhöhung realisiert werden. Zusätzlich erlaubt die enge Zusammenarbeit der Kooperationsmitglieder insofern eine bessere Integration diverser Ausgestaltungsformen der Ausbildung, als es den in einer Kooperation tätigen Mediziner ermöglicht wird, vermehrt an Seminaren und Kongressen teilzunehmen. Außerdem kann mehr Zeit für die Ausbildung angehender Ärzte in Form von Lehraufträgen investiert werden. All dies führt zu einer stetigen Weiterentwicklung des Behandlungsniveaus, wodurch sich die Situation der Routine verhindern lässt. Auch wirkt in diesem Zusammenhang die gegenseitige Kontrolle förderlich für eine Etablierung der neuesten Erkenntnisse im Bereich der Behandlung und der Prävention von Erkrankungen.

Des Weiteren bietet eine einheitliche Verwaltung eine Erhöhung der Qualitätsstandards. So wird durch die Übernahme diverser Managementaufgaben von nichtmedizinischem Personal den Ärzten ein großer Teil der Belastung, der durch den zusätzlichen Arbeitsaufwand entsteht, abgenommen. Dies führt neben einer verbesserten Versorgungsqualität zu einer effektiveren Ausgestaltung der Praxisführung sowie der Ressourcennutzung.

Verbesserte Versorgungsmöglichkeiten

Das breite Angebotsspektrum unter einem Dach bewirkt, dass teure und zeitaufwändige Vertragsabschlüsse und Vereinbarungen mit Kollegen meist entfallen. Speziell in Einzelfällen besonderer Behandlungsmaßnahmen können Übereinkünfte mit anderen Medizinern notwendig sein, um der zu behandelnden Person die bestmögliche medizinische Betreuung zu gewähren. Zudem hat die zusammenwirkende Leistungserbringung der Ärzte den Vorteil, dass im Falle einer möglichen Überlastung Patienten von Kollegen der Gruppenpraxis kurzfristig übernommen werden können, womit der Risikofaktor einer Verringerung des Patientenstammes durch Abwanderung der Patienten abgewehrt werden kann. Auch ist die Einholung einer Zweitmeinung sowohl für die Patienten als auch für die Mediziner einfacher gestaltet, da die benötigten Dokumente schon im System vorhanden sind und der Konsiliararzt häufig schon bekannt ist. Dies verringert den Stressfaktor der Patienten, v.a. hinsichtlich eines Verdachts auf schwerwiegende Erkrankungen.

In diesem Zusammenhang ist es allerdings kritisch zu betrachten, dass durch den Informationsvorsprung der Ärzte unnötige Patientenüberweisungen innerhalb der Gruppenpraxis stattfinden, um so einen Gewinnzuwachs zu erlangen, der möglicherweise auch zu Lasten der Patienten erzielt wird (Czypionka et al., 2013, S. 6 f.).

Von den Patienten werden v.a. multidisziplinäre Arztpraxen bzw. Arztzentren sehr positiv wahrgenommen. Aufgrund der hohen Versorgungsqualität bieten Zusammenschlüsse im medizinischen Bereich vor allem für die steigende Zahl chronisch Kranker wesentliche Vorteile. Die integrierte Versorgung bietet allerdings nicht nur für zu behandelnde Personen ihre Vorzüge. Auch die an der Kooperation beteiligten Ärzte profitieren durch Lerneffekte, die sich durch die fächerübergreifenden Methoden ergeben.

5.1.2 Mängel und Hemmnisse

Obwohl mit den zusammenwirkenden Arbeiten durchaus ökonomische und soziale Vorteile verbunden sind, entstehen anhand der unterschiedlichen Ansichten und Wertvorstellungen der Akteure relevante Risiken sowie Anforderungen, die nicht selten abschreckend wirken und einen erfolgreichen Zusammenschluss verhindern. Nachfolgend werden einige wesentliche Nachteile ärztlicher Kooperationen angeführt.

Wirtschaftliche Nachteile

Beschließen zwei oder mehrere Personen ihre Leistungen zu bündeln und sich zu einer Kooperation zusammenzuschließen, bringt dieses Verhalten natürlich auch Nachteile mit sich. Meist gipfeln diese in ökonomischen Problemen, da sich gemeinsam getätigte Investitionen bezüglich der Frage der Teilung sehr schwierig gestalten können. Auch die Aufteilung der Einnahmen kann aufgrund der fachspezifischen Leistungserfordernisse eine gewisse Problematik der Kooperation darstellen. Neid, unkontrollierter Konkurrenzkampf sowie Unverständnis der Kollegen hinsichtlich des individuell zu erbringenden Arbeitsaufwands sind nur schwer mit herkömmlichen Systemen der Entgeltzahlung zu lösen. Daneben sind das Alter, die Dauer der Mitwirkung sowie die ausgeübte Fachrichtung der an der Kooperation beteiligten Mediziner wesentliche Kriterien, die u.U. zu wirtschaftlichen Nachteilen führen können. Etwa argumentieren länger dienende Ärzte nicht selten, dass sie aufgrund ihrer Erfahrung, ihres Namens und ihrer Kontakte mehr zum Unternehmenserfolg beitragen und sehen darin auch die Begründung dafür, einen höheren Anteil zu erhalten als ihre jüngeren oder erst kürzlich beigetretenen Kollegen. Ein zusätzliches Spannungsfeld stellt sich dann ein, wenn ein Mediziner, der sich bereits national und/oder international als Experte in seinem Fachgebiet etabliert hat, neu in eine ärztliche Kooperation beitrifft. Obwohl davon auszugehen ist, dass die gesamte Praxis durch einen anerkannten Spezialisten eine Aufwertung erfährt, können sich intern gravierende Meinungsverschiedenheiten ergeben, die sich auch negativ auf die Leistungserbringung und das Qualitätsniveau auswirken können. Neben dem Problem der Honorierung besteht auch aus Patientensicht eine gewisse Unsicherheit. Diese ist darauf zurückzuführen, dass die Beteiligung eines renommierten Arztes keinen Bewertungsparameter dafür darstellt, dass auch die anderen Mitglieder über ein entsprechendes Qualifikationsniveau verfügen (Czypionka et al., 2013, S. 7 ff.).

Ein zusätzliches Konfliktargument kann weiters in den Regelungen der Haftung bei Gruppenpraxen gesehen werden. So kann nicht nur die Gruppenpraxis als solche, sondern auch der behandelnde Arzt persönlich schadenersatzrechtlich in Anspruch genommen werden. Bei der Haftung der anderen Mitglieder ist zwischen den Organisationsformen zu unterscheiden. Während bei einer Gruppenpraxis in Form einer OG die anderen Mitglieder persönlich für die Fehler der Kollegen haften, tragen die beteiligten Ärzte einer Ärzte-GmbH für fehlerhafte Behandlungen eines Einzelnen kein Haftungsrisiko (Fantur, 2010, S. 155).

Wie auch in anderen Branchen wirkt sich eine unangepasste Arbeitsweise eines einzelnen Kooperationsmitglieds auch in ärztlichen Zusammenarbeitsformen auf das gesamte Unternehmen aus. Derartige Fehltritte sind nur schwer zu beheben und können im schlimmsten Fall zu einer Patientenabwerbung durch konkurrierende Einrichtungen bzw. zur Auflösung der Gruppenpraxis führen.

Persönliche und soziale Problemfelder

Konfliktpotenziale können im Bereich der persönlichen und sozialen Ebene bei der Übereinkunft zur gemeinsamen Aufgabenerfüllung in Zuständen der Mehrbelastung gesehen werden. Unkontrollierte bzw. unkontrollierbare Konkurrenzsituationen und unkollegiale Arbeitsweisen können in Interessenskonflikten gipfeln und ungerechte Verhaltensweisen forcieren.

Ähnlich wie auch in anderen Branchen ist es in diesem Zusammenhang durchaus möglich, dass die Trittbrettfahrerproblematik und die Abwälzung der zu leistenden Tätigkeiten auf Kollegen zu einem Scheitern der Kooperation führen (Czypionka et al., 2012a, S. 24 ff.; Czypionka et al., 2013, S. 7 ff.).

Durch die unzureichenden Möglichkeiten der Überprüfung der effizienten Arbeitsweise der einzelnen Mediziner kann eine berufliche Zurücknahme des einen oder anderen Kollegen daher nicht bzw. nur sehr schwer aufgegriffen werden. Daneben bieten Informationsasymmetrien, die sich häufig in größeren, mehrere Fachbereiche beinhaltenden Gruppenpraxen zeigen, die Gelegenheit, von der gemeinsamen Zielfunktion abzuweichen. Während in heterogen zusammengesetzten Kooperationen der Anreiz, die eigenen Ziele in den Vordergrund zu stellen und individuell zu handeln, durch die fehlende Kontrolle relativ hoch ist, ist eine gegenseitige Kontrolle der Leistungserbringung in fachgleichen Praxen wesentlich einfacher und leichter durchführbar, wodurch ein Abweichen von der gemeinsamen Zielfunktion abgewendet werden kann. Des Weiteren bieten kleine homogene Zusammenschlüsse -verglichen mit großen multidisziplinären Einrichtungen- den wesentlichen Vorteil, dass einer unnötigen Verschwendung wichtiger Ressourcen schneller entgegengewirkt werden kann und beschlossene Sanktionen daher leichter verordnet werden können.

Qualität der Arbeit

Obwohl eine ärztliche Kooperation bezüglich der Qualität Vorteile mit sich bringt, kann sich eine Zusammenarbeit auch negativ auf die Beschaffenheit der Arbeitsleistung auswirken. Für ein einwandfreies Funktionieren bedarf es eines hohen Struktur- und Koordinationsaufwands. Dieser wird immer häufiger von nichtmedizinischem Personal übernommen. Obgleich dies eine Entlastung der Ärzte bedeuten sollte, können nicht-ärztliche Personen viele Entscheidungen mangels fachlicher Qualifikation nicht übernehmen. So kann es dazu kommen, dass im Prinzip einfache Sachverhalte in komplexe Situationen ausarten und einen Mehraufwand für die Mediziner bedeuten. Des Weiteren ist es nicht auszuschließen, dass unklar formulierte Abläufe sowie eine bereits eingeführte Hierarchie eine Reduktion der Entscheidungsfreiheit und eine gegenseitige Abhängigkeit bewirken. Um drohende Imageverluste in der Praxis möglichst zu verhindern, kommt es zu einem vermehrten Eingehen von Kompromissen. Aufgrund dessen ist es nicht auszuschließen, dass unter diesen Umständen eine negative Entwicklung der

persönlichen Einstellungen der beteiligten Akteure vorliegt. Eine derartige Tendenz äußert sich nicht selten durch eine sinkende Motivation sowie eine schlechte Arbeitshaltung.

Konkurrenz innerhalb der Gruppe

Ein potentielles Problemfeld in Bereichen, in denen Teamwork ein wesentlicher Teil der Leistungserbringung darstellt, ist das wettbewerbliche Verhalten der Mitglieder. Dieses ist nicht selten auf ein gewähltes Vergütungssystem zurückzuführen. In ärztlichen Kooperationen bieten eingeführte Methoden der Honorierung, die in Proportion zu der Anzahl der behandelten Patienten stehen, eine Grundlage für Neid und Missgunst innerhalb der Praxis, wobei meist die Versorgungsqualität unter solchen Bedingungen leidet. Um den Kollegen in keiner Form, und hier v.a. nicht in finanzieller Hinsicht, unterlegen zu sein, sehen sich Ärzte nicht selten damit konfrontiert, dass sie die Zeit für Patienten reduzieren, um eine größere Anzahl an Behandlungen durchführen zu können, um eventuell gegebene Einkommensunterschiede zu kompensieren. Da ein derartiges Verhalten letztendlich zu einer Schädigung der gesamten Praxis führt, muss versucht werden, die Situation zu entschärfen. Ein möglicher Ausweg könnte in einer Anwerbung von Patienten außerhalb der Praxis gesehen werden, wodurch es zu einer positiven Auswirkung auf das gesamte Unternehmen kommen würde, da ein Gewinnanstieg erreicht werden würde. Daneben ist auch die Möglichkeit gegeben, Patienten von Kollegen der Kooperation anzuwerben. Dieser Weg würde zwar eine Reduzierung der Ressourcenverwendung mit sich bringen, allerdings wird kein Anstieg des Unternehmensgewinns erzielt, da es nur zu einer bloßen Verschiebung käme. Zusätzlich bewirkte ein derartiges Verhalten der internen Patientenabwerbung eine enorme Belastung der Arbeitsbeziehungen, da es zur Entstehung neuer Konfliktfelder käme und dies ein Aufrechterhalten der Zusammenarbeitsform aufgrund des fehlenden Vertrauens nicht bzw. nur schwer ermöglichte (Czypionka et al., 2013, S. 9).

5.2 Opportunistisches Verhalten als Ursache des Scheiterns

Wie gezeigt werden konnte, unterliegen Behandlungsprozesse im medizinischen Bereich grundsätzlich einer unzureichenden Kontrollmöglichkeit. Diese Situation lässt sich auch nicht durch den Einsatz diverser Untersuchungsmethoden verhindern. Es lässt sich somit ableiten, dass der Kooperationserfolg wesentlich von individuell-persönlichen Motivationsfaktoren abhängt. Dieser Umstand verdeutlicht, dass es trotz vertraglich vereinbarter bzw. gesetzlich vorgeschriebener Instrumente nicht möglich ist, wesentliche Erfolgsparameter meist gar nicht bzw. nur unter erheblichen Kostenaufwendungen zu bestimmen.

Doch sind gerade diese nicht messbaren persönlichen Kriterien für das Zustandekommen einer Kooperation von großem Interesse. V.a. hinsichtlich der Bereinigung diverser Differenzen

zwischen den individuellen Zielfunktionen und jenen der Kooperation als Gesamtsystem kommt diesen absichtlich herbeigeführten sowie den unabsichtlichen Informationsasymmetrien ein wesentlicher Anteil der Bewertung zu.

Aufgrund der verschiedenen Verhaltensweisen kann auf ein Prinzipal-Agent-Problem geschlossen werden, welches im Folgenden näher betrachtet wird.

6 Theorien zur Erklärung der Wahl ärztlicher Kooperationen

Obwohl sich viele Studien und Untersuchungen mit den Theorien der Zusammenarbeitsformen befassen, konnte bislang kein dominierender Ansatz herausgebildet werden. Den dazu gebildeten Lehrsätzen bzw. Strategien ist jedoch der Umstand gleich, dass sie sich prinzipiell auf die Institutionenökonomie beziehen, weswegen auch die bereits vorgestellte Markt-Hierarchie-Einordnung erfolgte (Jochheim, 2010, S. 86). Da es sich bei der Entscheidung sich einer Kooperation anzuschließen neben finanziellen Aspekten vor allem um Verhaltensweisen der Akteure handelt, soll die weitere Betrachtung auf die Theorien der Prinzipal-Agent-Beziehung sowie auf den Transaktionskostenansatz gerichtet werden.

6.1 Prinzipal-Agent-Theorie

Dieser Ansatz fokussiert sich auf das Zusammenspiel zweier oder mehrerer Vertragsparteien, wobei vor allem aufgrund einer Asymmetrie der Informationen das Verhalten der Akteure besondere Beachtung erlangt (Hoops/Nguyen, 2006, S. 28 ff.).

Nachfolgend wird die Theorie auf ihre Relevanz zur Analyse ärztlicher Kooperationen untersucht.

6.1.1 Prinzipal-Agent-Theorie zur Analyse der Vertragsbeziehung

Prinzipiell behandelt die Prinzipal-Agent-Theorie (PA-Theorie) das Vertragsverhältnis zwischen einem Auftraggeber, dem Prinzipal, und den Auftragnehmern, den sogenannten Agenten (Pindyck/Rubinfeld, 2005, S. 817 ff.). Dabei wird die Frage der bestmöglichen Systemsteuerung von delegierten Aufgaben unter der Annahme, dass nennenswerte Asymmetrien zwischen Agenten und dem Prinzipal bestehen, behandelt (Kieser, 2006, S. 247 ff.; Häckl, 2010, S. 110 f.). Aufgrund des Handlungsspielraumes, der den Auftragnehmern eingeräumt wird, verfügen diese über Informationsvorsprünge, die es erlauben, nicht zwingend im Sinne des Prinzipals zu handeln und unter Berücksichtigung der eigenen Zielsetzungen opportunistisch zu handeln. Aufgrund der unsicheren Informationen, über die der Prinzipal verfügt, ist ihm eine Überprüfung der Handlungsweisen des Agenten nicht möglich, ohne Kosten in Kauf zu nehmen. Das grundlegende Kernelement der P-A-Theorie liegt in den Informationsasymmetrien der Auftragnehmer-Auftraggeber-Beziehung (Häckl, 2010, S. 110 f.). Die sich daraus ergebende Begünstigung eines opportunistischen Verhaltens stößt dabei auf hohe Transaktionskosten sowie schlechte Bedingungen für die Ressourcenverteilung. Eine effizientere Kooperationsgestaltung, welche diverse Beeinträchtigungen durch opportunistisches Verhalten einschränkt, wird durch Einführung verschiedener Regelungen herbeigeführt (Pindyck/Rubinfeld, 2005, S. 817 ff.).

6.1.2 Der Einfluss verschiedener Regelungen auf das opportunistische Verhalten

Theoretisch können Zusammenarbeitsformen durch an Kooperationsbedingungen angepasste Mechanismen gesteuert werden. Im Folgenden wird auf einige Kooperationsregelungen eingegangen, die durch Setzung bestimmter Anreize eine Abweichung von nicht kooperierendem Verhalten ermöglichen könnten.

Grad der Formalisierung

Grundsätzlich wird durch den Formalisierungsgrad der Umfang der einzuhaltenden Formvorschriften benannt, denen der gültige Vertragsabschluss zugrunde liegt (Williamson, 1991, S. 269 ff.; Ouchi, 1996, S. 442 ff.). Natürlich sind dabei die spezifischen Richtlinien der einzelnen Rechtsformen zu berücksichtigen. Diese Regelung zielt auf die individuellen Handlungsweisen der Akteure ab, die es bei Vertragsbeziehungen zu berücksichtigen gilt. Oftmals können diese aufgrund ihrer Beschaffenheit nicht oder nur unter enormen Aufwendungen gemessen werden und führen daher dazu, dass das Erzielen einer vollständigen formalen Gestaltung des Vertrages nicht zu realisieren ist. Theoretisch wirkt sich ein hoher Grad der Vollständigkeit insofern positiv aus, als sich Vertragspartner bei unkooperativen Verhalten eines Akteurs auf die fixierten Leitlinien berufen können. Darüber hinaus werden durch die strikteren Rahmenbedingungen Verhaltensunsicherheiten gesenkt und eine mögliche Diskrepanz bezüglich der Ziele vermieden. Diese Faktoren wirken sich daher positiv auf das Endergebnis aus. Davon abgesehen, können zu stark reglementierte Verträge durchaus als ein Zeichen des Misstrauens bewertet und angesehen werden. Die daraus entstehenden negativen Auswirkungen betreffen hauptsächlich die Qualität der Leistungserstellung. Die in den Kontrakten begrenzten Handlungs- und Entscheidungsspielräume werden nicht selten als eine starke Einschränkung in der beruflichen Tätigkeit wahrgenommen (Pindyck/Rubinfeld, 2009, S. 800 ff.).

Hingegen kann sich ein geringer Formalisierungsgrad durchaus auch als geeignet erweisen, die Partner zu einer kooperativen Handlungsweise anzuhalten. Den Grund dafür bieten Kriterien, die einen möglichen Vertragsbruch als unattraktiv und wenig zielführend einstufen (Telser, 1980, S. 27 ff.; Klein, 1985, S. 594 ff.). Parameter, die als eine derartige Sicherstellung einer regelkonformen Verhaltensweise wirken, sind meist auf eine bestimmte Situation zu tätigende Mitteleinsätze. Die Spezifität sorgt dafür, dass die Aufwendungen nur in Zusammenhang im Rahmen eines bestimmten Zusammenarbeitsverhältnisses wertvoll und zielführend erscheinen, wobei die Einsätze in materieller und immaterieller Form (Klein et al., 1978, S. 297 ff.) eingesetzt werden können (Williamson, 1985, S. 77 ff.; Hart, 1987, S. 752 ff.; Perry, 1989, S. 183 ff.; Fritsch, 1992, S. 89 ff.).

Im Bereich der ärztlichen Kooperationen können dabei medizinisch-technische Apparaturen, das gemeinsame Ordinationspersonal sowie die Praxisräumlichkeiten als typisch materielle Investitionen betrachtet werden. Immaterielle Güter werden u.a. durch die Identifikation geeigneter Kooperationspartner, die Erarbeitung von spezifischen Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit, dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses der Mitglieder untereinander oder die Berücksichtigung diverser Patientenpräferenzen gebildet.

Diese spezifischen, auf eine bestimmte Kooperation angepassten Investitionen wirken insofern, als ein Ausscheiden aus dem Verbund dazu führt, dass die getätigten Aufwendungen uneinbringlich wären. Ferner müssten sie bei einem Wechsel oder einem Scheitern erneut aufgebracht werden (Pindyck/Rubinfeld, 2009 S. 300 ff.). Darüber hinaus ist zu beachten, dass sich für vertragsbrechende Partner die Gefahr der Rufschädigung bzw. des Imageverlustes einstellen könnte. Mögliche finanzielle Konsequenzen können zum einen in einem drohenden Verbundausschluss gesehen werden. Zum anderen sind auch disziplinierende Verhaltensweisen außerhalb der Kooperation zu beachten. Dazu zählt etwa die Wahrscheinlichkeit, dass bei Bekanntwerden des nicht vertragskonformen Verhaltens zukünftige Partner eher zu einem betrügerischen Verhalten neigen bzw. eine wirtschaftliche Verbindung von vornherein ausschließen.

Die demnach zu tätigenden Kosten wirken insofern als Lock-in-Effekt, als getätigte Investitionen zu einer gegenseitigen Abhängigkeit der Partner führen und in weiterer Folge eine stabilisierende Wirkung auf die Zusammenarbeit ausüben, wobei dieser Effekt umso stärker in Erscheinung tritt, je transparenter und demnach kontrollierbarer die Handlungen der Akteure sind (Williamson, 1985, S. 77 ff.; Farrell/Shapiro, 1989, S. 51 ff.).

Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass unvollständige Kontrakte den Akteuren immer eine Möglichkeit bieten, ihre eigenen Ziele zu verfolgen, ohne dass sie mit folgens schweren Sanktionen rechnen müssen. Dieser Flexibilität in der Vertragsgestaltung kommt allerdings bei komplexen, sich spontan ändernden Situationen, wie sie auch häufig in der ärztlichen Leistungserbringung durchaus notwendig erscheinen, eine erhebliche Bedeutung zu (Wildemann, 1997, S. 417 ff.).

Basierend auf diesen Ausführungen kann angenommen werden, dass ein geringer Grad der Formalisierung durchaus Anreize bietet, kooperatives Verhalten zu fördern, wodurch die Wahrscheinlichkeit von opportunistischen Handlungsweisen gesenkt werden könnte.

Kontrollintensität und Sanktionsmechanismen

Ziel der Kontrolle wird in der Enthüllung bzw. Verhinderung von nachvertraglichem opportunistischem Verhalten durch konkretisierte Mechanismen, mittels derer die Einhaltung der Richtlinien in einem entsprechenden Ausmaß gemessen werden können, gesehen. Als geeignete Einflussgrößen im Rahmen ärztlicher Zusammenarbeitsformen gelten zum einen Erfolgsindikatoren und zum anderen Parameter der Struktur- und Prozessmessung (Gotzen, 2003, S. 75 f.).

Ergebnisindikatoren zeichnen sich dadurch aus, dass sie eine Messung anhand fixierter Kriterien, wie etwa bestimmter Laborwerte oder Behandlungskosten, erlauben. Aus der Veränderung der Werte kann theoretisch der Grad der Einhaltung der festgelegten Richtlinien ermittelt werden. Praktisch betrachtet, besitzen derartige Messmechanismen keine relevante Aussagekraft. Dies liegt vor allem darin, dass sich ändernde Krankheitswerte von einer Vielzahl nicht beobachtbarer Umwelteinflüssen abhängen und außerdem eine eindeutige Erfassung des Gesundheitszustandes als Ganzes demnach nicht erfolgen kann (Schwartz et al., 1998, S. 823 ff.). Zu beachten ist, dass Struktur- und Prozessparameter allerdings nur begrenzt als direkte Kontrollverfahren des Verhaltens der Akteure anwendbar sind. Die begrenzte Anwendbarkeit ist u.a. darauf zurückzuführen, dass nicht alle Vorgänge bzw. Faktoren der Zusammenarbeit erfasst und gemessen werden können. Deutlich zeigt sich dieses Problem bei dem Versuch, den persönlichen Einsatz und das Engagement der Kooperationsmitglieder zu messen. Die Erfassung von qualitativen und persönlichen Faktoren hätte allerdings insofern negative Auswirkungen, als eine übermäßige Überprüfung als Störfaktor der Leistungserbringung angesehen werden könnte. Auswirken könnte sich dies in einem Motivationsverlust oder aber auch in einer Einschränkung flexibler Behandlungsmethoden. Zudem sind entsprechende Instrumente mit hohen Administrationskosten verbunden. Eine mögliche Erfassung der persönlichen Kriterien könnte etwa durch informelle Untersuchungsmethoden erfolgen. Denkbar wäre etwa, erbrachte Leistungen Schritt für Schritt nochmals mit Kollegen zu besprechen. Durch die Offenlegung des Verhaltens könnte die gewünschte disziplinierende Wirkung zu einem Teil erreicht werden. Zusätzlich würde sich für alle Beteiligten ein Lerneffekt einstellen, da es durch das informelle Gespräch zu einem, mitunter unbewussten, Wissenstransfer kommt und dadurch das Fachwissen aktualisiert werden kann. Des Weiteren kann auf unvollständige Rahmenbedingungen aufmerksam gemacht und diese angepasst werden (Gotzen, 2003, S. 76 ff.). Die Integration aller Kooperationsmitglieder in den Überprüfungsprozess führt auch zu einer stärkeren Bindung, wodurch ein stärkeres Vertrauensverhältnis aufgebaut wird (Williamson, 1981, S. 548 ff.; Williamson, 1993, S. 107 ff.). Ferner bietet die Stabilität und die damit schwindende Angst vor sanktionierenden Maßnahmen, welche auf ein angenehmes Betriebsklima zurückzuführen sind, dass gegebene Informationen

aussagekräftiger und ehrlicher zu bewerten sind, wodurch eine Senkung von Kontrollkosten erreicht werden kann (Akerlof, 1982, S. 542 ff.).

Nicht selten kommt es daher dazu, dass soziale Kontrollmethoden im Vergleich mit finanziellen Mechanismen als wirksamere Anreize anzusehen sind (Granovetter, 1973, S. 130 ff.; Powell, 1990, S. 305; Gotzen, 2003, S. 81). Zu beachten ist jedoch, dass Überprüfungsverfahren, unabhängig davon ob es sich um formelle oder informelle Methoden handelt, ihre Wirkung erst dann entfalten können, wenn einerseits das Enthüllen von opportunistischem Verhalten an Konsequenzen gebunden ist und andererseits für vertragswidriges Vorgehen entsprechende Sanktionen verfügbar sind (Axelrod, 1984, S. 27 ff.). Vor diesem Hintergrund bieten Kooperationen den Vorteil, dass sowohl direkte Strafen, etwa in Form von Ausschluss oder Strafzahlungen, als auch informelle Bestrafungsmaßnahmen angewendet werden können. Letztere Methoden äußern sich z.B. durch den Verlust des Ansehens sowohl innerhalb der Kooperation als auch außerhalb dieser. Zudem kann sich eine verringerte Kooperationsbereitschaft der Partner zeigen (McGuire, 2000, S. 462 ff.). Des Weiteren erscheint es möglich, die sogenannte Tit-for-Tat-Strategie als Sanktionsmaßnahme heranzuziehen. Diese wirkt aufgrund des befristeten Vertragsverhältnisses grundsätzlich insofern als eine Maßnahme sich kooperativ zu verhalten, als eine abweichende Handlungsweise zu einer ablehnenden Haltung potentieller Kooperationspartner bezüglich zukünftiger Verträge führen kann (Kandori, 1992, S. 63 ff.; Raub, 1992, S. 188 ff.; Richter/Furubotn, 2003, S. 53 ff.).

Ökonomisierungsgrad

Der Einsatz finanzieller Leistungsanreize, wie sie etwa verschiedene Entgeltsysteme darstellen, kann als ein Versuch angesehen werden, um den Grad der Qualitätsverbesserung bzw. eine Kostensenkung und Regeleinhaltung zu messen. Dabei muss zuerst danach unterschieden werden, ob es sich bei den Honorierungssystemen um retrospektive oder prospektive Vergütungsformen handelt. Retrospektive Formen sind solche Formen, bei denen die Abrechnung der einzelnen Komponenten der Behandlung nach erfolgter Leistungserbringung vorgenommen wird. In diesem Zusammenhang stellt sich auch häufig eine Förderung des Engagements der einzelnen Ärzte ein. Ein Grund für diese vorteilige Entwicklung wird vor allem in der leistungsorientierten Gewinnausschüttung gesehen. Diese Vergütungsform dominiert vor allem den ambulanten Sektor. Der Einfluss der Verrechnung der Einzelleistungen führt jedoch dazu, dass Anreize zur vermehrten Erbringung kostspieliger Behandlungsmethoden gesetzt werden und dadurch die Ziele der Kostensenkung und Ressourceneinsparung nicht erreichbar erscheinen. Methoden der prospektiven Entgeltformen zeichnen sich durch die Fixierung eines Abrechnungsbetrages pro erbrachter Leistungseinheit aus. Dieser im Vorfeld festgelegte Betrag kann in unterschiedlichen Ausgestaltungsformen eingesetzt werden. Die drei häufigsten derartigen Vergütungsformen sind Globalbudgets, Kopfpauschalen und

Fallpauschalen (Barnum et al., 1995, S. 24 ff.). Diese Formen finden ihre Anwendung im stationären Bereich (Baker et al., 1988, S. 594 ff.; McGuire, 2000, S. 492). Der Vorteil, der sich aus der Vergütung mittels fixierter Pauschalbeträge einstellt, ist, dass die Minimierung des Mitteleinsatzes und somit eine Senkung der Behandlungskosten und der Ressourcenverschwendung angestrebt werden können. Hauptsächlich zeigt sich der Anreiz darin, dass Ärzte dazu angehalten werden, jene Behandlungsmethoden anzuwenden, welche sich durch die geringste Faktorkostenkombination auszeichnet. Dies zeigt sich auch darin, dass es keine Anreize zu langen Belegzeiten in Krankenanstalten gibt. Allerdings fördert eine derartige Entgeltform die Verringerung von Arzt-Patienten-Kontakten sowie eine Reduzierung des Behandlungsausmaßes, da aufgrund der Pauschale kein Ansporn gesehen wird, möglichst viele Patienten in großem Umfang zu behandeln (Krauth et al., 1997, S. 6 ff.; Amelung/Schumacher, 2000, S. 101 ff.). Daneben kann eine unzureichend bemessene Pauschale dazu führen, dass Mediziner dazu geleitet werden, eine Selektion zwischen gesünderen und weniger gesunden Patienten vorzunehmen (Ma, 1994, S. 95 ff.; Scott/Hall, 1995, S. 184 ff.). Neben den beiden Vergütungsformen wäre es aus ökonomischer Sicht durchaus möglich, die Akteure zu einem wirtschaftlichen Verhalten mittels indirekter Einflüsse anzuhalten. Denkbar wäre dies durch Einsparungsmaßnahmen kostenintensiver Mehrfach- bzw. Doppeluntersuchungen innerhalb der Kooperation. Eine weitere Möglichkeit indirekt einzugreifen könnte durch die disziplinierende Wirkung erlangt werden, die sich durch die Verteilung des finanziellen Risikos einstellen würde.

Selektionsgrad

Der Auswahl geeigneter Akteure kommt, wie bereits mehrfach erwähnt, eine zentrale Rolle für das Funktionieren einer Kooperation zu. Dabei können zwei Formen der Selektion unterschieden werden. Durch bestimmte Zugangsbedingungen, die von möglichen Bewerbern verlangt werden, kann bereits vor Beginn des Kooperationsverhältnisses eine Auslese bewirkt werden. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die zu besetzende Position für alle daran interessierten Personen offen zu gestalten. Anzumerken ist dabei allerdings, dass mit steigendem Grad der Auswahl umso mehr Voraussetzungen erfüllt werden müssen. Daher kommt diese gezielte Suche dann zum Einsatz, wenn Probleme wie hidden intention oder hidden characteristics aufgedeckt werden sollen bzw. schon von vornherein zu unterbinden sind. Dennoch bestehende Diskrepanzen zwischen den Vorstellungen der Agenten und den Zielen der Prinzipale können mittels Screening- oder Signalinginstrumente verringert werden. Der gezielte Einsatz derartiger Methoden zur Offenlegung verdeckter Informationen wirkt sanktionierend auf das sich daraus entwickelnde opportunistische Verhalten, womit eine Senkung des Risikos der Informationsasymmetrie erreicht werden kann (Gotzen, 2003, S. 87 ff.; Borchert/Goos, 2004, S. 8 ff.). Die Einholung von Informationen kann dabei auf zwei

verschiedenen Wegen erfolgen. Geht die Initiative der Beschaffung der relevanten Daten von derjenigen Person aus, die über gewisse Informationsdefizite verfügt, kommt es zur Anwendung von Screeninginstrumenten. Das bedeutet, es wird versucht, über geeignete Aktionen Anreize zu setzen, die von den potentiellen Mitgliedern positiv wahrgenommen werden und diese dazu bringen, private Informationen bekanntzugeben (Milgrom/Roberts, 1992, S. 156 f.). Dadurch kann eine relativ genaue Einschätzung der Qualifikation vorgenommen werden. Im Bereich der medizinischen Kooperationen bestehen derartige Möglichkeiten darin, speziell geforderte Voraussetzungen so klar und transparent wie möglich zu gestalten, um das Problem der Informationsasymmetrie zu vermeiden. Trotz der eindeutigen Formulierung der Anforderungen kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass auch Ärzte beitreten, die andere Zielvorstellungen besitzen. Grund dafür kann in einem empfundenen Wettbewerbsnachteil durch Ausgrenzung gesehen werden. Um auch dieses Risiko so gering wie möglich zu halten, können durch Anbieten verschiedener Verträge und die daraus resultierende Reaktion der Akteure deren eigentliche Präferenzen erkundet werden und aufgrund dessen eine gezielte Selektion erfolgen (Gotzen, 2003, S. 88). Demgegenüber kann von einem Einsatz von Signalinginstrumenten ausgegangen werden, sobald die Initiative von derjenigen Partei ergriffen wird, die prinzipiell über einen Informationsvorsprung verfügt. Durch entsprechende Zeichen wird versucht, die privaten Informationen derart preiszugeben, dass sie auch tatsächlich als glaubwürdig eingestuft werden. Dies ist dann der Fall, wenn derartige Motivationshandlungen von hochqualifizierten und engagierten Interessenten ausgehen (Milgrom/Roberts, 1992, S. 154 ff.). Hauptsächlich wird auf persönliche und soziale Faktoren abgezielt, da fachliche Qualifikationen ohnehin aus Zeugnissen und anderen Nachweisen ersichtlich sind. Zudem kann das Interesse an der Mitwirkung in der Kooperation dadurch zum Ausdruck gebracht werden, dass sich Bewerber dazu bereit erklären, gewisse Aufgabenbereiche innerhalb der Zusammenarbeitsform zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang kann davon ausgegangen werden, dass durch eine gezielte Selektion der Kooperationsmitglieder eine stabile und langfristige Vertrauensbasis entsteht (Akerlof, 1982, S. 543 ff.; Coleman, 1990, S. 119 ff.). Daneben muss auch in Betracht gezogen werden, dass bereits bestehende private oder soziale Beziehungen für wirtschaftliche Zusammenarbeitsformen durchaus ein Hindernis darstellen können (Axelrod, 1984, S. 3 ff.; Hanf/O'Toole, 1992, S. 163 ff.).

Grad des Wettbewerbs

Neben festgelegten Regelungen, die zur internen Verhaltensdisziplinierung zwischen den Mitgliedern der Kooperation dienen, kann die Vermeidung von opportunistischen Handlungen ebenso auf externe Einflüsse zurückgeführt werden. Hierbei kommt v.a. dem herrschenden Wettbewerbsgrad eine wesentliche Rolle zu. Durch eine angestrebte Zunahme der Ärztedichte kann die Zugehörigkeit zu einer (etablierten) ärztlichen Kooperation durchaus als Werbeinstrument angesehen werden. Die Wichtigkeit erhöhter Marketingtätigkeiten kommt insofern zu tragen, als bei steigender Konkurrenz das individuelle Interesse an einer Zusammenarbeit entstehen kann, wobei es zu einer Förderung regelkonformen Verhaltens kommt. In diesem Zusammenhang kann auch die Wirkung, die von zusätzlichen Kooperationen ausgeht, auf die persönliche Leistungserbringung beobachtet werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Wettbewerbssituation zu einer möglichen Abwanderung der Patienten führen kann (Schlesinger et al., 1986, S. 615 ff.; Sommer, 1992, S. 30 ff.; Gotzen, 2003, S. 95 f.). Hinzu kommt, dass die Akteure mit dem Risiko der Isolation zu rechnen haben, da sich ein Ausschluss aus einer Kooperation und eine damit eventuell auftretende Rufschädigung einstellen kann. Für Mediziner besteht die potentielle Gefahr in der Unmöglichkeit mit anderen Verbänden zusammenzuarbeiten. Darüber hinaus scheint es nicht sicher, dass in den neuen Kooperationskonstellationen die Präferenzen und Zielvorstellungen ebenfalls gleichermaßen übereinstimmen (Gotzen, 2003, S. 96).

6.1.3 Anwendbarkeit der Prinzipal-Agent-Theorie im Bereich ärztlicher Kooperationen

Die Anwendung der PA-Theorie im Bereich der ärztlichen Kooperationen behandelt die Informationsasymmetrien, die zwischen der Kooperation als Gesamtsystem und den mitwirkenden Mediziner bestehen. Der Gruppenpraxis wird dabei die Rolle des Prinzipals übertragen, wohingegen die einzelnen Ärzte als Agenten in dieser Problemstellung auftreten.

Aufgabe der Kooperation als Prinzipal ist die Umsetzung der festgelegten Pläne. Dies bedeutet, sie ist verpflichtet, mittels geeigneter Parameter die operativen sowie strategischen Ziele an die beteiligten Mediziner zu kommunizieren, um so die Leistungserbringung auf ein qualitativ hochwertiges Niveau zu bringen und dadurch einen Nutzenanstieg für Patienten und den medizinischen Verbund realisieren zu können (Amelung, 2012, S. 46 f.). Die Beteiligten, die als Auftragnehmer der Kooperation agieren, verfügen über die Möglichkeit, dass sie durch bessere fachspezifische Informationen eine gewisse Machtposition einnehmen können. Dieser Umstand ermöglicht es den Agenten oftmals ihre eigenen Interessen durch teils egoistisches Verhalten durchzusetzen. Ein sich dadurch abzeichnender Interessenskonflikt, der zwischen den Parteien zu entstehen droht, ist somit auf verschiedene Ursachen bzw. Verhaltensweisen aller beteiligten zurückzuführen (Folland et al., 1997, S. 151; Schober, 2002, S. 94 f.; Amelung, 2012, S. 46 f.).

Abgewehrt bzw. vermindert werden kann die Problematik durch den Einsatz geeigneter Methoden und Regelungen, die allerdings ein vertragskonformes Verhalten voraussetzen (Häckl, 2010, S. 110 f.; Amelung, 2012, S. 46 f.).

Im Allgemeinen können die vielfältigen Ausprägungen, die sich durch opportunistische Verhaltensweisen ergeben, nach dem Zeitpunkt des Auftretens bzw. deren Vermeidung unterschieden werden (Amelung, 2012, S. 48).

Besteht bereits vor Vertragsabschluss bzw. vor dem Eintritt in die Kooperation eine Informationsasymmetrie, so ist ein gewisses Risiko der vorvertraglichen Vertragsabweichung gegeben. Dabei geht es vorwiegend um die Frage der richtigen Wahl der Mitglieder anhand der Aspekte der fachlichen und persönlichen Voraussetzungen. Diese Eigenschaften der Agenten werden erst nach Vertragsabschluss offensichtlich, jedoch ist eine nachträgliche Veränderung oftmals nicht möglich. Dieses Vorhandensein sogenannter „hidden characteristics“ führt zu einer Diskrepanz, welche einerseits auf unzureichenden Informationen über die Ziele und Anforderungen an potentielle Kooperationsmitglieder basiert, andererseits kann sie auch entstehen, wenn den Entscheidungsträgern der Kooperation zu wenige Informationen über die Motivation und die Qualifikationen der Bewerber zur Verfügung stehen. Das Problem liegt oftmals darin, dass zwar Zeugnisse und sonstige Nachweise, wie Zertifikate oder Urkunden, über bestimmte Qualifikationen formal überprüft werden können. Allerdings liefern sie keine aussagekräftigen Argumente über die medizinischen Fertigkeiten und Vorgehensweisen bei Behandlungen eines Mediziners. Aus diesen Asymmetrien kann sich die Situation der adversen Selektion ergeben. Diese ist grundsätzlich dann gegeben, wenn durch die erhöhte Attraktivität der ökonomischen und sozialen Angebote der Kooperation bestimmte Mitglieder in einem Übermaß profitieren (Trittbrettfahrerverhalten) (Jost, 2001, S. 27 f.; Amelung, 2012, S. 49).

Eine Form, die zu einem Opportunismus nach Vertragsabschluss führt, kann sich darin zeigen, dass zwar die Zielfunktionen und Ausrichtungen der beteiligten Parteien übereinstimmen, das Verhalten des Agenten allerdings seiner freien Entscheidungsfähigkeit unterliegt. Das heißt, dass der Agent über ein mögliches abweichendes Verhalten vom Vertrag aufgrund besserer Informationen gegenüber des Prinzipals oder anderen Zielvorstellungen selbst bestimmt. In der nachvertraglichen Phase zeichnen sich daher auch die Auswirkungen von hidden information und hidden action ab (Spremann, 1990, S. 561 ff.; Milgrom/Roberts, 1992, S. 149; Amelung, 2012, S. 49 f.).

Unter hidden information wird dabei die bewusste Zurückhaltung relevanter Informationen verstanden. Innerhalb des Bereiches ärztlicher Kooperationen ist es daher durchaus denkbar, dass sich das absichtliche Verschweigen wesentlicher Daten z.B. in einer lückenhaften Weitergabe oder einer sehr unpräzisen Auskunft über individuelle Behandlungsmethoden zeigt. Ein möglicher Erklärungsversuch für derartiges Handeln könnte darin gesehen werden, dass eine Offenlegung der einzelnen Schritte als zu starke Überwachung wahrgenommen wird. Häufig

obsiegt die Angst vor unerwünschter Aufdeckung gemachter Behandlungsfehler. Um mögliche Konsequenzen bereits im Vorhinein zu vermeiden, wird es oftmals als besser bzw. vorteilhafter angesehen, gewisse Informationen für sich zu behalten. Verglichen mit der Situation der hidden action zeigt sich deutlich, dass umzusetzende Instrumente keine Beachtung erfahren (Arrow, 1984, S. 3 ff.; Amelung, 2012, S. 49 f.).

Als eine weitere Ausgestaltung des nachvertraglichen opportunistischen Verhaltens kann der Aspekt hidden intention und das damit verbundene Ausbeuterrisiko (hold up) erwähnt werden (wirtschaftslexikon, 2015b). Im Allgemeinen handelt es sich dabei um die sich offenbarenden Vertragslücken und deren nachvertragliche Regelungen. Entsprechende Entscheidungen können diesbezüglich sowohl im Sinne der Kooperation als auch egoistisch erfolgen, wobei die Verhandlungen nicht verborgen stattfinden. Der Prinzipal, der bereits irreversible Investitionen getätigt hat, gerät so in ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis, da er nach Vertragsabschluss nicht mehr in der Lage ist, die Verhaltensweisen des Agenten zu Gunsten der gemeinschaftlichen Interessen zu verändern (Amelung, 2012, S. 50 f.).

Bezogen auf ärztliche Kooperationen ist es durchaus denkbar, dass sich Mediziner nicht aus eigener Überzeugung für eine Beteiligung bzw. einen Beitritt entscheiden. Vielmehr kann die Situation beobachtet werden, dass Ärzte sich immer mehr durch externe Einflüsse dazu verleiten lassen, sich einem Verbund anzuschließen. Beispiele, die den sozialen Druck verstärken, sind etwa die Anforderungen nach mehr Teamarbeit und dem Loslassen alteingebrachter und starrer Behandlungsrichtlinien. Um den Ansprüchen an die eigene Person gerecht zu werden, kommt es zu Beteiligungen an medizinische Zusammenarbeitsformen, obwohl dies häufig unter einer ablehnenden persönlichen Haltung der Akteure gegenüber Teamarbeit geschieht.

6.1.4 Fazit zum Potential des PA-Ansatzes

Im Mittelpunkt der PA-Theorie steht die arbeitsteilige Beziehung der Akteure untereinander. Sie zielt damit auf den speziellen Fall der Übertragung von Befugnissen ab, die für die Leistungserbringung erforderlich sind, wobei das Handeln des Agenten einen wesentlichen Einfluss auf den ökonomischen Vorteil beider Partner hat. Dies rührt daher, dass der Agent als Auftragnehmer die Möglichkeit besitzt, seine eigenen Zielvorstellungen, die von denen des Prinzipals abweichen, zu verwirklichen. Im Bereich ärztlicher Kooperationen ist dieser Ansatz insofern relevant, als aufgrund verschiedener Informationsasymmetrien und den damit einhergehenden Verhaltensweisen der Erfolg der zusammenwirkenden Tätigkeit beeinflusst wird. Kommt es zu vermehrtem abweichendem Verhalten, wirkt sich dies nicht nur für die unmittelbar beteiligten Personen aus. Vertragsbrechendes Verhalten hat ebenso erhebliche Auswirkungen auf die Umwelt. Kommt es zu einem Ausschluss eines Facharztes aus der Praxis,

kann eine Versorgungslücke in dieser Region entstehen, womit sich die negativen Wirkungen durch den Verlust auf die Patienten ausweiten. Insofern kommt diesem Ansatz zur Bewertung ärztlicher Kooperationen durchaus eine erhebliche Beachtung zu (Hochbold/Rudolph, 2009, S. 132 ff.).

6.2 Transaktionskostenansatz

Der Transaktionskostenansatz (TK-Ansatz) gilt als eigenständiger Zweig der NIÖ, der auf die Arbeit von Coase (1937) „*The Nature of a Firm*“ zurückgeht. Danach erfuhr er durch Williamson u.a. in den Arbeiten „*The Vertical Integration of Production: Market Failure Considerations*“ (1971), „*Market and Hierarchies*“ (1975), „*Transaction Cost Economics: The Governance of Contractual Relations*“ (1979), „*A Comparison of Alternative Approaches to Economic Organization*“ (1990a) „*Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus*“ (1990b), „*The Economics of Governance*“ (2005) und „*Transaction Cost Economics: The Natural Progression*“ (2010) eine Weiterentwicklung. Prinzipiell setzt sich der Ansatz mit der Fragestellung auseinander, welche Faktoren inwieweit Einfluss auf die Höhe der Transaktionskosten (TK) haben. Daraus folgt, dass ihnen eine erhebliche Relevanz bei der Ausgestaltung und Auswahl der geeigneten Organisationsform zukommt (Amelung, 2012, S. 39 ff.).

Wie auch die PA-Theorie zählt die TK-Theorie zur NIÖ (Coase, 1937, S. 386 ff.), wobei aufgrund der unvollständigen Informationen der beteiligten Wirtschaftssubjekte keine perfekten Verträge abgeschlossen werden können. Transaktionen, d.h. die Übertragung von Verfügungsrechten (Amelung, 2012, S. 39 ff.), können wegen der Informationsasymmetrie nicht durch einen zentralen Koordinator festgelegt werden (Windsperger, 1983, S. 895 f.; Williamson, 1990b, S. 61 ff.). Vielmehr liegt die Verteilung in einer solchen Situation bei den Wirtschaftssubjekten selbst und wird daher durch organisatorische Maßnahmen bewältigt. Dabei setzt sich die kostenminimierende Vorkehrung durch (Windsperger, 1983, S. 895 ff.). Bei den durch die Koordination der gewählten Maßnahme anfallenden Kosten handelt es sich somit um TK. Die auftretenden TK können dabei sowohl monetärer als auch immaterieller Natur sein (Picot/Dietl, 1990, S. 178; Sydow, 1992, S. 130).

Im gesundheitspolitischen Bereich befasst sich die TK-Theorie mit der bestmöglichen Beseitigung von Schnittstellen zwischen den Leistungsanbietern.

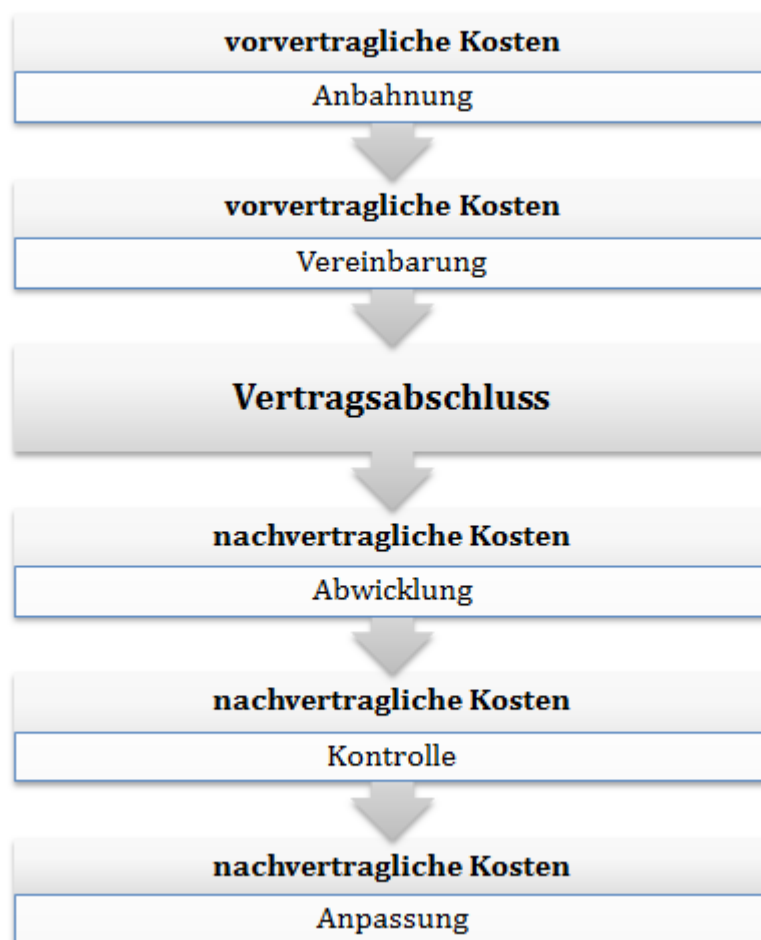
Diese Problematik resultiert aus der zu strikten Separierung der einzelnen Versorgungsformen. Vor allem in der Kooperationsbildung im extramuralen Bereich ist es daher unerlässlich, mögliche und notwendige TK bereits im Vorhinein zu bestimmen und zu beurteilen. Basierend auf diesen Daten kann jene Organisationsform gewählt werden, welche die niedrigsten TK aufweist.

6.2.1 Transaktionskosten

Die Transaktionskostentheorie ermöglicht grundsätzlich Untersuchungen, die sich darauf konzentrieren, die effizienteste Abwicklung der Wechselbeziehungen unter Beachtung branchenbezogener Eigenheiten zu erforschen. Um eine Eingrenzung möglicher auftretender Kosten vornehmen zu können, werden sie zunächst in zwei Phasen, die vorvertragliche und die nachvertragliche Phase, unterteilt. Zudem kommt es zu einer Aufgliederung in fünf Kostenarten (Amelung, 2012, S. 41).

Die folgende Abbildung zeigt die Gliederung der Kostenarten. Im Anschluss werden diese noch näher definiert.

Abbildung 12: Transaktionskosten



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Amelung, 2012, S. 41

Anbahnungskosten

Als erste Transaktionskosten, die sich durch den Versuch eine Kooperationsbeziehung einzugehen ergeben, sind die Anbahnungskosten zu nennen. Diese vorvertraglich entstehenden Aufwände werden oftmals als Kosten der Suche und der Informationsbeschaffung angesehen (Picot et al., 1997, S. 65 f.). Grundsätzlich bilden sie sich aus jenen persönlichen Einsätzen, die nötig sind, um zunächst potentielle Akteure ausfindig zu machen. Anschließend ist es notwendig, mit den Bewerbern in Kontakt zu treten sowie deren Profile zu prüfen. Daneben müssen noch die Geschehnisse auf dem Markt in den Prozess einbezogen werden, was wiederum mit Kosten verbunden sein kann. Mit all diesen Kosten haben Interessierte, sowohl bereits selbständig tätige Ärzte als auch Mediziner, die gerade ihre Ausbildung beendet haben und die Vorzüge und Problemfelder eines Kooperationsbeitritts abwägen, zu rechnen. So müssen Recherchen über potentielle Partner und freie Stellen gemacht werden. Zusätzlich gilt es noch abzuwägen, ob die eigenen Interessen und Eigenschaften derart ausgeprägt sind, um auch tatsächlich in einem (bestehenden) Team mit zum Teil hierarchischen Elementen tätig zu werden. Eine weitere wesentliche Entscheidung, die ursächlich mit der Entstehung von Informationsbeschaffungskosten verbunden ist, ist ein Abwägen der kooperativen Zielfunktionen mit den eigenen Vorstellungen (Amelung, 2012, S. 41).

Vereinbarungskosten

Sind die Suchtätigkeiten und die Beschaffung der relevanten Daten, auf deren Basis die Entscheidungen über weitere Schritte erfolgen, abgeschlossen, werden Vereinbarungskosten schlagend. Im Allgemeinen werden darunter Kostenfaktoren der Verhandlungen und des Abschlusses des Kooperationsvertrages subsumiert. In welcher Höhe hierbei Transaktionskosten anfallen, hängt von mehreren Aspekten ab. Dementsprechend spielt etwa die Komplexität der Ausgestaltung eine nicht unwesentliche Rolle. Auch wirkt sich die Häufigkeit der Transaktionen auf die Kostenentwicklung aus. So kann anhand von Lerneffekten, die sich durch die wiederholte Wechselbeziehungen einstellen, mit der Zeit eine kostensenkende Wirkung einstellen, da langwierige Verhandlungen und das Einbeziehen mehrerer kostentreibender Akteure verringert werden können. Nicht zuletzt tragen auch gesetzliche Rahmenbedingungen einen nicht unwesentlichen Teil zu den Vereinbarungskosten bei. Diese können beispielsweise durch diverse Einschränkungen in Bezug auf Behandlungsverfahren oder durch diverse Angebote finanzieller Anreizsysteme, wie etwa eine Verminderung der abzuführenden Mittel an den Fiskus oder Unterstützungen bei einem möglichen Ausbau der Kooperation, gegeben sein (Amelung, 2012, S. 41 f.).

Abwicklungskosten

Abwicklungskosten fallen bereits in den Bereich der nachvertraglichen Transaktionskosten. Allgemein gesehen sind es Steuerungs- und Managementkosten. So fallen etwa Personalaufwände und Investitionen in eine stabile Führung unter diese Kostenart. Für ärztliche Kooperationen heißt das, dass Kosten des gemeinsam beschäftigten Personals, der Einrichtungsgegenstände und der sonstigen administrativen Aufgaben Aspekte derartiger Kosten darstellen. Auch die Entscheidung, einen weiteren Arzt aufzunehmen, zählen hierzu (Amelung, 2012, S. 42).

Kontrollkosten

Darunter fallen sowohl Kosten der Überprüfung von fixierten Qualitätsstandards als auch die Überwachung wichtiger Fristen und des Terminmanagements. Zudem handelt es sich dabei weniger um die reine Aufdeckung opportunistischen Verhaltens. Vielmehr soll die Vorteilhaftigkeit, die sich aus der Zusammenarbeit ergibt, unterstützt und gefördert werden. Ärztliche Kooperationen gewinnen dadurch an Stabilität und einen damit einhergehenden wesentlichen Wettbewerbsvorteil. So ist es einem Netzwerk eher möglich, günstige Einkaufs- und Lieferkonditionen zu erreichen. Dazu kommt, dass durch die Stabilität die individuelle Einsatzbereitschaft erhöht werden kann, was sich in einer Abgrenzung zu Konkurrenten sowie einer guten Patientenbehandlung auswirken kann (Amelung, 2012, S. 42).

Anpassungskosten

Anpassungskosten bilden die letzte Kostenart der Transaktionskostentheorie. Grundsätzlich umfassen sie all jene Kosten, die aufgrund nachvertraglicher Anpassungen entstehen. Gründe dafür werden zum einen in den unvollständig aufgesetzten Verträgen gesehen. Außerdem können Umwelteinflüsse vorab nicht genau prognostiziert werden, und daher kann eine flexible Anpassung notwendig werden, um das Bestehen der Kooperation zu gewährleisten. Aus der Sicht der ärztlichen Versorgung fallen Anpassungskosten dann an, wenn es zu neuen gesetzlichen Vorschriften kommt. Auch die Etablierung neuer Behandlungsstandards bzw. Techniken und die damit einhergehenden Investitionen sind aufgrund der rasanten Forschungsentwicklungen nicht absehbar und bedürfen einer entsprechenden Anpassung an das verlangte Niveau (Amelung, 2012, S. 42).

6.2.2 Einflussfaktoren auf die Transaktionskosten

Aufgrund der Eigenschaft marktähnliche und hierarchische Aspekte miteinander zu vereinen, bilden Kooperationen eine symbiotische Organisationsform, die durch eine Zusammenarbeit zwischen wirtschaftlich und juristisch selbständigen Leistungserbringern gebildet wird. Durch die Berücksichtigung aller beteiligten Akteure in die notwendigen Entscheidungsprozesse, können zum einen Synergieeffekte realisiert und zum anderen opportunistische Auswirkungen abgeschwächt werden (Picot et al., 2001, S. 263; Braun/Güssow, 2006, S. 70).

Der Fokus der TK-Theorie richtet sich dabei auf die effiziente Koordination der wechselseitigen Abhängigkeiten. Der Grund für eine damit im Zusammenhang stehenden positiven Beurteilung einer Förderung ärztlicher Kooperationen kann aus Sicht der TK-Theorie in einer Kostensenkung gesehen werden. Zudem stellt die Ausschöpfung der Vorteile, die sich durch die Kombination der Organisationsformen Markt und Hierarchie ergeben, einen nicht unwesentlichen Aspekt für die Unterstützung der Bildung medizinischer Verbünde dar.

Die Wahl der, vom ökonomischen Standpunkt betrachtet, besten Organisationsform ist von diversen Einflussfaktoren, die sich auf die TK auswirken, abhängig. Diese Faktoren, die auf dem von Williamson (1975) entwickelten Modell des „Organisational failures framework“ basieren, beziehen sich vornehmlich auf Annahmen über mögliche Auswirkungen auf das individuelle Verhalten der Akteure (Williamson, 1975, S. 20 ff.; Simon, 1986, S. 209 ff.; Picot et al., 1999, S. 68 ff.; Picot et al., 2001, S. 42; Sydow, 2001, S. 253 ff.). Als die wesentlichsten Einflussgrößen werden dabei die Faktorspezifität, die Komplexität, die Unsicherheit die Transaktionshäufigkeit sowie Umweltfaktoren bzw. die Transaktionsatmosphäre angesehen (Williamson, 1975, S. 40; Williamson, 1985, S. 43 ff., Williamson, 1991, S. 113 ff.; Theurl/Meyer, 2003, S. 20 f.; Binder, 2015, S. 34 ff.).

Faktorspezifität

Die Differenz, die sich zwischen der geplanten Ressourcenverwendung und der dafür zur Verfügung stehenden zweitbesten Alternative ergibt, wird als Faktorspezifität bezeichnet (Klein et al., 1978, S. 59; Eekhoff, 2006, S. 107). Oftmals kommt es allerdings dazu, dass ein TK-spezifischer Einsatz diverser nicht differenzierbarer Ressourcen zu einer Abhängigkeit der Kooperationspartner führt. Der dadurch entstehende Spielraum fördert u.a. ein opportunistisches bzw. erpresserisches Verhalten der beteiligten Parteien. Dies führt dazu, dass der stärkere Kooperationspartner, der häufig auch über bessere Informationen verfügt, den Umstand zu seinen Gunsten zu nutzen, wobei die gegebene Situation ebenso unter dem Aspekt der begrenzten Rationalität zu beachten ist (Amelung, 2012, S. 44; Binder, 2015, S. 35 f.). Vielmals wird angenommen, dass sich die Kooperationsparteien innerhalb den ihnen gewährten Handlungsspielraums rational verhalten. Die Hypothese ist auf die Erkenntnisse von Williamson

zurückzuführen. Eine Begrenzung finden derartige Handlungsweisen in einem kostenintensiven Ressourcenaufwand und den daraus entstehenden Informationsasymmetrien. Auswirkungen können dabei in verschiedenen Bereichen wahrgenommen werden. Am häufigsten allerdings besteht ein Bezug zu Aspekten der Sachkapital- und Humankapitalspezifität (Williamson, 1983, S. 526; Picot/Dietl, 1990, S. 179 f.; Williamson, 1991, S. 269 ff.), wobei – je nach Situation – diverse andere Spezifikationsarten eine nicht unwichtige Rolle einnehmen.

Zielgerichtete Investitionen, die wegen ihrer spezifischen Ausrichtung ausschließlich auf eine genau definierte bzw. gegebene Situation anwendbar und vorteilhaft sind, werden dem Bereich der Sachkapitalspezifität zugeordnet. Das bedeutet, dass beim Eintreten einer Abweichung von der geplanten Anschaffung getätigte Mitteleinsätze an Wert verlieren (Williamson, 1983, S. 526; Williamson, 1990b, S. 113 ff.; Williamson, 1991, S. 269 ff.; Amelung, 2012, S. 44). Meist sind ärztliche Kooperationen mit lediglich monodisziplinärer Ausrichtung davon betroffen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass spezielle medizinisch-technische Apparate in anderen Fachbereichen bzw. in fachgemischten Ordinationen aufgrund der behandlungsspezifischen Ausrichtung, wenn überhaupt nur stark eingeschränkt einzusetzen sind und daher keinen oder nur einen geringen Nutzen stiften würden. Die Kooperation würde allerdings mit zusätzlichen Kosten belastet werden. Investitionen, die in den Bereich der Sachkapitalspezifität hinzugezählt werden können, entfalten ihre volle Rentabilität demzufolge nur in einem bestimmten Sektor der ärztlichen Wertschöpfungskette.

Die Humankapitalspezifität bezieht sich auf zielgerichtetes und detailliertes Wissen der Beteiligten. Abhängig von der Position, die ein Akteur innehat, wird ein gewisser Wissensstand angenommen bzw. vorausgesetzt (Williamson, 1983, S. 526; Williamson, 1985, S. 47; Williamson, 1990b, S. 113 f.). Dieser Bereich wird vor allem von der Gesellschaft als entscheidend angesehen. So wird von ärztlichen Leistungserbringern ein umfassendes Fachwissen verlangt, um überhaupt einen Anreiz zu haben, die angebotene Leistung in Anspruch zu nehmen. Für Zusammenarbeitsformen im medizinischen Bereich bedeutet dies, dass nur Mediziner in die Kooperation aufgenommen werden, wenn sie über ein umfassendes Fachwissen verfügen, wobei v.a. auf Erfahrungswerte hoher Wert gelegt wird. Das branchenspezifische Wissen ist allerdings für andere Wirtschaftsbereiche aufgrund der sehr eingegrenzten Ausrichtung, je nach Komplexität und Orientierung, wenig bis nicht verwertbar.

Basierend auf den Ausführungen wird dem Einflussfaktor „Spezifität“ bei der Wahl der Organisationsform eine tragende Rolle beigemessen, wobei eine Unterscheidung zwischen hoher und geringer Ausprägung vorgenommen werden kann. Eine hohe Spezifität ist dadurch gekennzeichnet, dass vorgenommene Anschaffungen ausschließlich in einer bestimmten Ausprägung der Kooperation ohne Wertverlust eingesetzt werden können. Stellt sich bei einem Wechsel der Investition in einen anderen Bereich kein bzw. nur ein geringer Kostenaufwand ein,

lässt dies auf eine geringe Spezifität schließen (Eekhoff, 2006, S. 109 ff.; Picot et al., 1999, S. 70; Picot et al., 2005, S. 59; Amelung, 2012, S. 44 f.).

Komplexität

Die Komplexität als Einflussfaktor auf die TK gibt Informationen darüber preis, welche und wie viele unterschiedliche Zusammenarbeitsmöglichkeiten und Ausgestaltungsformen möglich erscheinen. Der erhöhte Aufwand in den Bereichen Verwaltung/Administration und Verhandlungstätigkeiten zeigt sich in einem erhöhten Ressourcenverbrauch, wodurch es zu Auswirkungen auf die Höhe der TK kommt. Zu beachten ist auch hier, dass der erhöhte Grad der Komplexität durchaus genügend Spielraum für vertragswidriges Verhalten der Beteiligten bietet, wodurch mit einem möglichen Scheitern der Kooperation bzw. der Bemühungen zur Zusammenarbeit zu rechnen ist (Picot et al, 1999, S. 69; Güssow, 2007, S. 84).

Unsicherheit

Aufgrund gegebener Asymmetrien bei der Informationsbeschaffung sowie der bereits erwähnten begrenzten Rationalität der Kooperationsbeteiligten stellt sich automatisch der Zustand der Unsicherheit ein. Dieser Einflussfaktor kann sich dabei sowohl auf das jeweilige Verhalten der Akteure als auch auf gegebene Umwelteinflüsse beziehen (Bogaschewsky, 1995, S. 166 ff.; Theurl/Meyer, 2003, S. 20 f.). Komplex gestaltete Gefüge führen demnach dazu, dass es unmöglich ist, alle relevanten Determinanten in der Gestaltung eines Vertrages zu berücksichtigen (Picot et al, 1997, S. 68). Dieser Umstand fördert ein vertragsbrechendes Handeln, wobei beide – sowohl verhaltensorientierte als auch umweltbedingte – Unsicherheiten eine durchaus vergleichbare Wirkung zeigen (Picot et al., 1999, S. 68; Eekhoff 2006, S. 111). Dennoch sind der Verhaltensunsicherheit insofern stärkere Effekte beizumessen, als sie durchaus gewollt herbeigeführt werden. Im Gegensatz dazu, sind Umweltunsicherheiten meist nicht voraussehbar bzw. nicht beeinflussbar. Eine Vorteilhaftigkeit von Kooperationen ergibt sich somit, sobald vertragsabweichendes bzw. –brechendes Verhalten in einer Situation verhindert werden kann, die durch einen hohen Spezifikationsgrad und einer vorliegenden Verhaltensunsicherheit gekennzeichnet ist. Lediglich zu einer Risikoaufteilung kommt es hingegen, wenn eine bloße Umweltunsicherheit gegeben ist und der Grad der Spezifität nur als gering eingestuft wird. In Bezug auf den Faktor Unsicherheit bedeutet dies, dass, Kooperationen dann eine geeignete Zusammenarbeitsform darstellen, sobald eine Durchführung einer Transaktion unterbleiben würde (Eekhoff, 2006, S. 112 ff.).

Häufigkeit

Die Frequenz, mit der bestimmte Transaktionen erfolgen, wirkt sich auf eine Änderung der TK aus. Erfolgen vergleichbare Wechselbeziehungen mit einer erhöhten Häufigkeit, können durch Lerneffekte und Erfahrungswerte sowie Synergieeffekte positive Auswirkungen auf TK beobachtet werden. Aufgrund länger bestehenden Vertragsbeziehungen und dem sich daraus aufbauenden Vertrauen ist es durchaus denkbar, dass wesentliche Kostenfaktoren, wie etwa Kontroll-, Abwicklungs- und Informationsbeschaffungskosten reduziert werden können, wodurch eine Senkung der TK herbeigeführt werden kann (Williamson, 1975, S. 37; Güssow, 2007, S. 85). Zu beachten bleibt allerdings, dass es sowohl zu einer Entwicklung in Richtung Markt als auch in Richtung Hierarchie kommen kann. Eine derartige Verschiebung wird meist auf kostenbezogene Entscheidungsfaktoren zurückgeführt. Somit wird beim Bestehen hoher TK dann die Kooperation als Organisationsform angestrebt, sofern eine steigende Anzahl an Wiederholungen und den damit erzielbaren Synergie- und Lerneffekten erreicht werden (Rotering, 1993, S. 122 f.; Bogaschewsky, 1995, S. 167; Theurl/Meyer, 2003, S. 20 ff.; Woratschek/Roth, 2003, S. 305 ff.). Bestehen jedoch nur geringe TK, wird sich die Zusammenarbeitsform eher an marktähnlichen Strukturen orientieren (Picot/Dietl, 1990, S. 180 f.; Güssow, 2007, S. 85)

Umwelt

Letztendlich können ebenso diverse Umwelteinflüsse aus dem Sektor des Gesundheitswesens erheblich zum Vorhandensein von TK beitragen (Williamson, 1975, S. 37 ff.; Eekhoff, 2006, S. 123). Einschränkungen bei der Vertragsausgestaltung werden einerseits auf kulturelle und soziale Aspekte zurückgeführt. Andererseits bilden v.a. rechtliche Rahmenbedingungen, die selbst häufig unerwartet von Änderungen betroffen sind, einen weiteren wesentlichen Einflussfaktor (Bogaschewsky, 1995, S. 167; Theurl/Meyer, 2003, S. 20). Derartige Unsicherheiten sind vorab nicht bzw. nur sehr schwer zu berücksichtigen und begünstigen aufgrund drohender hoher TK die Kooperationsbildung. Daneben können unvorhersehbare Umwelteinflüsse opportunistisches Verhalten insofern unterbinden, als die betroffenen Parteien ein Versagen der Zusammenarbeitsform aus finanziellen und auch aus persönlichen Gründen verhindern wollen.

Neben den sozial-kulturellen Einflüssen kommt den technologischen Rahmenbedingungen eine immer bedeutendere Einflussnahme zu. Durch den leichteren und verbesserten Einsatz etablierter Kommunikations- und Informationstechnologien wird eine übergreifende Vernetzung der Akteure erreicht (Picot et al, 2001, S. 43 ff.; Güssow, 2007, S. 85 f.). Dies bewirkt durch die bessere Nachvollziehbarkeit der individuell getätigten Behandlungsschritte einen gezielteren Einsatz diverser Überprüfungsmechanismen. Die davon ausgehende disziplinierende

Wirkung erzielt eine Senkung der TK, da mühsame persönliche Ressourceneinsätze unterbleiben bzw. eingeschränkt werden können.

In Bezug auf den medizinischen Bereich ist der Umweltfaktor eigens zu betrachten. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass in diesem Sektor Entscheidungen für oder gegen kooperative Zusammenarbeitsformen nicht ausschließlich aus ökonomischen Gründen getroffen werden. Vielmehr spielen bei der Entscheidungsfindung ethische und moralische Aspekte eine weitaus erheblichere Rolle. Daher wird auch die Entwicklung möglicher TK und das sich daraus ergebende Verhalten der Akteure wesentlich von nicht-wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst.

6.2.3 Anwendbarkeit und Eignung des TK-Ansatzes im Gesundheitswesen

Bezugnehmend auf die theoretischen Ausführungen dieses Ansatzes stellt sich die Frage, ob bzw. inwieweit die Transaktionskostentheorie im Bereich des Gesundheitswesens anwendbar ist. Da der Gesundheitsbereich durch eine Vielzahl an diversen Spezialisierungen und unterschiedliche Leistungserbringer gekennzeichnet ist, ergeben sich durch die hohe Anzahl an Schnittstellen im Vergleich zu anderen Branchen relativ hohe TK (Schulenburg/Greiner, 2007, S. 106 f.). Daraus resultiert, dass durch eine Zusammenlegung einzelner Berufsstandorte unter einem Dach eine Reduzierung der TK erzielt werden kann. Eine differenzierte Betrachtung des medizinischen Marktes erscheint insofern sinnvoll, als v.a. in diesem Sektor durch die hohe Anzahl an unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten vor- und nachgelagerte Schritte nicht nach einem genau festgelegten Muster verlaufen (Amelung/Schumacher, 2004, S. 27 f.; Janus/Amelung, 2005, S. 121 ff.).

In dem Gefüge aus vor- und nachgelagerten Tätigkeiten nimmt die medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich eine einzigartige Rolle ein. Dies wird etwa dann ersichtlich, wenn ein Patient aufgrund seines Beschwerdebildes von einem niedergelassenen Arzt in eine Krankenanstalt überwiesen wird. In diesem Fall tritt der extramurale Sektor als vorgelagerte Produktionsstufe im Behandlungsprozess auf. Zusätzlich übernimmt der Mediziner in seiner Ordination auch die Funktion der nachgelagerten Produktionsstufe, sofern Patienten aus Krankenhäusern oder Rehabilitationszentren entlassen werden und die Kontrolle des Behandlungs- und Heilungsfortschritts nicht stationär erfolgen soll (Amelung/Schumacher, 2004, S. 27 ff.; Häckl, 2010, S. 125).

Die Sinnhaftigkeit des TK-Ansatzes und die daraus resultierende Anwendbarkeit für den medizinischen Bereich wird erst bei fokussierter Betrachtung diverser Kooperationsformen erkennbar. Die vermehrten Anforderungen an integrierte Versorgungsmöglichkeiten im niedergelassenen Bereich zeigen, dass diese weder durch Modelle des Marktes noch durch Formen der Hierarchie ausreichend zur Verfügung gestellt werden können, wodurch die Organisationsform der Kooperation immer mehr an Bedeutung gewinnt. Aufgrund dieser

Ausführungen ist auch ersichtlich, dass der TK-Ansatz im Bereich der ärztlichen Kooperationen durchaus anwendbar ist.

6.2.4 Fazit zum Potential ärztlicher Kooperationen aus TK-theoretischer Sicht

Bei der Überlegung bezüglich potentieller Transaktionskosten zwischen den Beteiligten einer Kooperation gilt es als erstes die Beziehungen zu betrachten. So leidet die Zusammenarbeit von in Einzelpraxen tätigen Ärzten darunter, dass es zu einem erheblichen Mehraufwand der Datenübermittlung und Informationsbeschaffung kommt. Kooperative Organisationsformen bieten hier den zentralen Vorteil, dass aufgrund des Leistungsangebots unter einem Dach auch eine einheitliche Systemsoftware eingesetzt wird, wodurch eine lückenlose Datenübertragung ermöglicht wird und teure Mehrfachuntersuchungen verhindert werden können. Außerdem bietet sich ein einfacherer Zugang um Zweitmeinungen einzuholen, da meist ein fachgleicher Kollege in derselben Gruppenpraxis tätig ist. Auch können durch die sinnvolle Auslastung der Ressourcen erhebliche Kosten eingespart werden. Diese genannten Faktoren resultieren in positiven Auswirkungen der Leistungserbringung. Zusätzlich fördern kooperative Tätigkeiten die Überwindung diverser Kommunikationsprobleme an den Schnittstellen und sorgen aufgrund ihrer disziplinierenden Wirkung für ein besseres Gesamtergebnis.

Wie gezeigt werden konnte, tragen Kooperationen im ärztlichen Bereich zu einer Senkung möglicher Transaktionskosten bei, was sich durchaus positiv auf die Gestaltung und die zukünftige Entwicklung des niedergelassenen Bereichs auswirken würde.

7 Conclusio

Die Vorteilhaftigkeit ärztlicher Kooperationen im niedergelassenen Bereich nimmt in Diskussionen rund um Modifikationen und Neustrukturierungen im österreichischen Gesundheitswesen eine immer wichtigere Rolle ein. Trotz positiver Aussichten, wie sie etwa die Entlastung von Krankenhausambulanzen darstellt, steht diese Form der ärztlichen Versorgung noch in der Entwicklungsphase. Dies zeigt sich vor allem auch darin, dass die Rahmenbedingungen in Österreich nur wenige Formen ärztlicher Zusammenarbeit – dies sind freiberufliche Ärztesellschaften, Ordinations- und Apparategemeinschaften, Gruppenpraxen und selbständige Ambulatorien – erlauben.

Die theoretische Betrachtung im Rahmen dieser Masterarbeit weist allerdings darauf hin, dass aus ökonomischer Sicht Kooperationen im niedergelassenen Bereich durchaus geeignet sind, um gegebene Schwachstellen des derzeitigen Systems der ambulanten Patientenversorgung zu beheben.

Durch die Eingliederung der verschiedenen Ausgestaltungsformen medizinischer Zusammenarbeitsformen in die Markt-Hierarchie-Struktur nach Coase wird ersichtlich, dass sich, abhängig vom angestrebten Grad der Bindungsintensität, allerdings ein relativ breites Spektrum an Möglichkeiten ergibt, das den Akteuren erlaubt, diejenige Form auszuwählen, die den individuellen Vorstellungen des kooperativen Ansatzes am besten entspricht. In diesem Zusammenhang kann eine kooperierende Arbeitsform als alternatives Versorgungsmodell betrachtet werden, das sowohl die Vorteile der marktlichen als auch der hierarchischen Leistungserbringung vereint.

Dennoch unterscheidet sich der Bereich der Gesundheitsdienstleistungen von anderen Branchen insofern, als die Bereitschaft, sich zu Kooperationen zusammenzuschließen, in erster Linie auf individuell-persönlichen Faktoren beruht und nicht wie sonst üblich auf ökonomischen Ansatzpunkten basiert. Im medizinischen Versorgungsbereich wird demzufolge dann eine Kooperation eingegangen, wenn sie für den einzelnen Beteiligten entweder die beste Alternative zur Einzelpraxis darstellt oder die Zusammenarbeitsform die bestmögliche Reaktion auf gesetzliche Rahmenbedingungen bietet. Der Umstand der individuell-persönlichen Motivationsfaktoren, die wesentlich zu einem Kooperationserfolg beitragen, verdeutlicht allerdings auch, dass trotz zahlreicher vertraglicher und gesetzlicher Instrumente, eine Messung der wesentlichen Erfolgsparameter meist nur unter erheblichen Kostenaufwendungen durchführbar ist. Dennoch ist diesen nicht messbaren spezifischen Kriterien (dies sind u.a. die Vorteile aus der gemeinsamen Nutzung der Infrastruktur, die Realisierung möglicher Skalen- und Verbundvorteile, die Risikostreuung sowie die verbesserten Versorgungs- und Qualitätssteigerungsmöglichkeiten) eine besondere Bedeutung beizumessen, da die daraus

entstehenden Informationsasymmetrien einen wesentlichen Anteil an der Beständigkeit von Kooperationen haben.

Diese Bewertungen des unterschiedlich ausgeprägten Umfangs von wesentlichen Informationen der beteiligten Akteure und die damit verbundenen Differenzen bezüglich der zu verfolgenden Zielfunktionen wurden mittels des Prinzipal-Agenten-Ansatzes betrachtet, wobei die arbeitsteilige Beziehung der an einer Kooperation beteiligten Ärzte im Fokus steht. Dem Prinzipal-Agenten-Ansatz wird im Bereich der medizinischen Zusammenarbeitsform insofern eine nicht unwesentliche Rolle beigemessen, als aufgrund diverser absichtlich und unabsichtlich herbeigeführter Informationsasymmetrien und der damit verbundenen individuellen Verhaltensweisen der Akteure der Erfolg der zusammenwirkenden Tätigkeit eine Beeinflussung erfährt. Es zeigte sich, dass sich Mediziner unter den Aspekten des Prinzipal-Agenten-Ansatzes demnach nicht immer aus eigener Überzeugung für eine Beteiligung an einer Kooperation entscheiden. Vielmehr spielen externe Einflüsse eine wesentliche Rolle, obwohl oftmals eine ablehnende persönliche Haltung gegenüber Teamarbeit vorliegt. Dieser Umstand unterstützt vertragsbrechendes Verhalten, das allerdings nicht nur negative Auswirkungen auf die unmittelbar Beteiligten hat. Häufiger wirken sich egoistische Verhaltensweisen, die nicht vertragskonform sind, auch auf die Umwelt und hier v.a. auf die Patienten aus.

Daneben wurden die Formen der ärztlichen Kooperationen unter dem Transaktionskostenansatz näher betrachtet. Hierbei lag der Fokus auf der Bereinigung von Schnittstellen und somit auf einer möglichen Senkung der Transaktionskosten zwischen den Leistungserbringern. Demzufolge kann eine Zusammenlegung einzelner Standorte unter einem Dach zu einer Reduzierung der Transaktionskosten führen. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass der medizinische Markt durch eine hohe Anzahl an vor- und nachgelagerten Versorgungsschritten gekennzeichnet ist. Die besondere Rolle, welche die medizinische Versorgung im extramuralen Bereich einnimmt, lässt sich dadurch erklären, dass dieser Sektor gleichzeitig sowohl als vorgelagerte als auch als nachgelagerte Produktionsstufe agiert. Ärztliche Kooperationen gewinnen in diesem Zusammenhang daher immer mehr an Bedeutung, da die vermehrte Nachfrage nach integrierter und umfassender medizinischer Versorgung weder durch die bestehenden marktlichen Modelle noch durch die existierenden Ausgestaltungsformen der Hierarchie ausreichend zur Verfügung gestellt werden. Für die zukünftige Gestaltung des ambulanten Versorgungssystems bieten ärztliche Kooperationen u.a. durch die Senkung der Transaktionskosten einen wesentlichen Beitrag zu einer positiven, den Patientenwünschen angepassten Entwicklung.

Basierend auf den vorliegenden Ergebnissen wäre es noch interessant herauszuarbeiten, inwieweit die Etablierung ärztlicher Kooperationsformen eine Lockerung der strengen institutionellen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mit sich bringt. Des Weiteren wurde noch nicht geklärt, ob durch die Einbettung medizinischer Kooperationsformen

im derzeit bestehenden System tatsächlich die gewünschte Verbesserung der ambulanten Patientenversorgung erreicht werden kann.

8 Quellenverzeichnis

8.1 Literatur

Aigner, G. / Kletacka, A. / Kletacka-Pulker, M. / Memmer, M. (2014): „*Handbuch Medizinrecht für die Praxis*“, Wien: Manz.

Akerlof, G. (1982): „*Labour Contract as Partial Gift Exchange*“. In: Quarterly Journal of Economics Volume. 97, Number. 4, S. 542-569.

Alvarez Privado, S. (2012): „*Rechtliche Gestaltung medizinischer Kooperationen – Grundlagen und Rahmenbedingungen in Österreich, Deutschland und der Schweiz*“, Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Amelung, V.E. / Schumacher, H. (2000): „*Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement*“, 2. Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag.

Amelung, V.E. / Schumacher, H. (2004): „*Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement*“, 3. Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag.

Amelung, V. / Wolf, S. (2011a): „*Kooperation, Integration, Delegation: Die Zukunft des ambulanten Sektors am Beispiel Deutschland*“ In: Wawrowsky, G. / Wiegele, G. / Pruckner, J. (Hrsg): „*Arzt der Zukunft – Zukunft des Arztes Niedergelassene Medizin in Österreich*“, Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH, S. 36-45.

Amelung V. / Wolf, S. (2011b): „*Gesundheitssystem im Umbruch – Ärztenetze: Treiber für integrierte Versorgung?*“, Urologe 2011, 50: S. 1566-1572.

Amelung V.E. (2012): „*Managed Care: Neue Wege im Gesundheitsmanagement*“, 5. Auflage, Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler.

Arrow, K.J. (1974): „*The Limits of Organization*“, New York: W. W. Norton & Company Inc.

Axelrod, R. M. (1984): „*The Evolution of Cooperation*“, New York; Basic Books Inc.

Baker, G.P. / Jensen, M.C. / Murphy, K. J. (1988): „*Compensation and Incentives: Practice vs. Theory*“. In: Journal of Finance, Volume 43, Number 3, S. 593-616.

Barnum, H. / Kutzin, J. / Saxenian, H. (1995): „*Incentives and Provider Payment Methods*“. In: International Journal of Health Planning and Management, Volume 10, Number 1, S. 23-45.

Bartscher, T. / Huber, A. (2007): „*Praktische Personalwirtschaft: Eine praxisorientierte Einführung*“, 2. Auflage, Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.

Baumol, W. J. / Panzar, J. C. / Willig, R. D. (1988): „*Contestable Markets and the Theory of Industry Structure*“, Revised Edition, San Diego: Hartcourt Brace Jovanovich.

Binder, A. (2015): „*Die Wirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf innovative Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen*“, Dissertation, Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.

Blohm, H. (1980): „*Kooperation*“. In: Grochla, E. (Hrsg): „*Handwörterbuch der Organisation*“, Stuttgart: E. Poeschel Verlag, S. 1112-1117.

Bogaschewsky, R. (1995): „*Vertikale Kooperationen – Erklärungsansätze der Transaktionskostentheorie und des Beziehungsmarketing*“. In: „*Kontrakte Geschäftsbeziehungen, Netzwerke – Marketing und Neue Institutionenökonomik*“, Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung (Hrsg.), Sonderheft 35, S. 159-77.

Borrmann, J. / Finsinger, J. (1999): „*Markt und Regulierung*“, München: Verlag Franz Vahlen GmbH.

Braun, G.E. / Güssow, J. (2006): „*Integrierte Versorgungsstrukturen und Gesundheitsnetzwerke als innovative Ansätze im deutschen Gesundheitswesen*“. In: Braun, G.E. / Schulz-Nieswandt, F. (Hrsg.): „*Liberalisierung im Gesundheitswesen – Einrichtungen des Gesundheitswesens zwischen Wettbewerb und Regulierung*“, Baden-Baden: Nomos, S. 65-92.

Buzzell, R.D. (1983): „*Is Vertical Integration Profitable?*“. In: Harvard Business Review Volume 1, Cambridge: Harvard Business Publishing, S. 92-102.

Coase, R. (1937): „*The Nature of the Firm*“. In: Economica, Volume 4, Number 16, S. 386-405.

Coleman, J. (1990): *„The Foundations of Social Theory“*, Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.

Cook, K. (1977): *„Exchange and Power in Interorganizational Relations“*. In: The Sociological Quarterly, Volume 18, Number 1, S. 62-82.

Crocker, K.J. (1983): *„Vertical Integration and the Strategic Use of Private Information“*. In: The Bell Journal of Economics, Volume 14, Number 1, S. 236-248.

Demsetz, H. (1967): *„Toward a Theory of Property Rights“*. In: The American Economic Review, Volume 57, Number 2; S. 347-359.

Eekhoff, T. (2006): *„Unternehmenskooperation in der Europäischen Wettbewerbspolitik“*, Dissertation, Köln: Kölner Universitätsverlag GmbH.

Farrell, J. / Shapiro, C. (1989): *„Optimal Contracts with Lock-In“*. In: The American Economic Review, Volume 79, Number 1, S. 51-68.

Folland, S. / Goodman, A.C. / Stano, M. (1997): *„The Economics of Health and Health Care“*, Upper Saddle River: Prentice Hall.

Freidson, E. (1970): *„Profession of Medicine. A Study in the Sociology of Applied Knowledge“*; New York: Dodd and Mead.

Freidson, E. (1988): *„Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge“*, University Of Chicago Press Edition, Chicago: University Of Chicago Press.

Fritsch, M. (1992): *„Unternehmens-Netzwerke im Licht der Institutionenökonomik“*. In: Boettcher, E. / Herder-Dorneich, P. / Schenk K.-E. / Schmidtchen, D. (1992): *„Jahrbuch für Neue Politische Ökonomie“*, Band 11, Tübingen: J.C.B Mohr (Paul Siebeck), S. 89-102.

Getzen, T.E. (1984): *„A Brand Name Firm Theory of Medical Group Practice“*. In: The Journal of Industrial Economics, Volume 33, Number 2, S. 199-215.

Given, R.S. (1995): „*Economies of Scale and Scope as an Explanation of Merger and Output Diversification Activities in the Health Maintenance Organization Industry*“. In: Journal of Health Economics, Volume 15, Issue 6, S. 685-713.

Grandori, A. / Soda, G. (1995): „*Inter-Firm Networks; Antecedents, Mechanisms and Forms*“. In: Organization Studies, Volume 16, Number 2, S. 183-214.

Granovetter, M. (1973): „*The Strength of Weak Ties*“. In: American Journal of Sociology, Volume 78, Issue 6, S. 1360-1380.

Granovetter, M. (1985): „*Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness*“. In: American Journal of Sociology, Volume 91, Number 3, S. 481-510.

Güssow, J. (2007): „*Vergütung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen*“, Dissertation, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Häckl, D. (2010): „*Neue Technologien im Gesundheitswesen – Rahmenbedingungen und Akteure*“, Wiesbaden: Gabler Verlag.

Hanf, K. / O'Toole, L. (1992): „*Revisiting Old Friends: Networks, Implementation Structures and the Management of Inter-Organizational Relations*“. In: European Journal of Political Review, Volume 21, Issue 1-2, S. 163-180.

Hart, O. (1987): „*Incomplete Contracts*“. In: Eatwell, J. / Milgate, M. / Newman, P. (Hrsg.): „*The New Palgrave: A Dictionary of Economics*“, 4. Auflage, London: Palgrave Macmillan, S. 752-758.

Hauser, W. / Stock, W. (2013): „*Grundzüge des Gesundheitsrechts*“, Wien: LINDE VERLAG Ges.m.b.H.

Hirsch, F. (1978): „*Social Limits to Growth*“, 2. Auflage, London: Routledge.

Hochbold, S. / Rudolph, B. (2009): „*Prinzipal-Agent-Theorie*“ In: Schwaiger, M. / Meyer, A. „*Theorien und Methoden der Betriebswirtschaft: Handbuch für Wissenschaftler und Studierende*“ München: Vahlen, S. 132-146.

Hofmarcher, M. M. (2013): *„Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen“*, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Holzgruber T. / Hübner-Schwarzinger, P. / Minihold, W. (2010): *„Der Weg in die Ärzte-GmbH / -OG – Berufsrecht, Steuerrecht, Gesellschaftsrecht“*, Wien: LINDE VERLAG Ges.m.b.H.

Hoops, C. / Nguyen, T. (2006): *„Kooperationen: Sinn und Zweck im Allgemeinen“*. In: Nguyen, T. / Oldenburg, J. (Hrsg): *„Von der Einzelpraxis zum Versorgungszentrum – Aufbau und Management ärztlicher Kooperationen“*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 7-37.

Hummelbrunner, S. (2005): *„Die ärztliche Gruppenpraxis – Abgrenzung zu anderen ärztlichen Zusammenarbeitsformen unter Berücksichtigung der Gesamtvertragsgestaltung“*, Wien: Manz.

Janus, K., / Amelung, V. (2005): *„Integrated Health Care Delivery Based on Transaction Cost Economics – Experiences from California and Cross-National Implications“*. In: Savage, G. / Chilingirian, J. / Powell, M.: *„Advances in Health Care Management“*, Volume 5, International Health Care Management, Bridgewater: Elsevier Publications, S. 121-160.

Jochheim, N. (2010): *„Erfolgsfaktoren von medizinischen Versorgungszentren – Theoretische Diskussion und empirische Befunde: Handlungsempfehlungen für das Management“*, Dissertation, Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

Jost, P.-J.(Hrsg.) (2001): *„Die Prinzipal-Agenten-Theorie in der Betriebswirtschaftslehre“*, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Kandori, M. (1992): *„Social Norms and Community Enforcement“*. In: Review of Economic Studies, Volume 59, Number 1, S. 63-80.

Kieser, A. (2006): *„Institutionsökonomische Theorien der Organisation“*. In: Kieser, A. / Ebers, M. (Hrsg): *„Organisationstheorien“*, 6. erweiterte Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 247-306.

Killich, S. (2011): *„Formen der Unternehmenskooperation“*. In: Becker, T. / Dammer, I. / Howaldt, J. / Loose, A. (Hrsg): *„Netzwerkmanagement – Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg“*, 3. Auflage, Heidelberg: Springer.

Klein, B. (1985): „*Self-Enforcing Contracts*“. In: Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft / Journal of Institutional and Theoretical Economics, Band 141, S. 594-600.

Klein, B. / Crawford, R.G. / Alchian, A.A. (1978): „*Vertical Integration, Appropriable Rents, and the Competitive Contracting Process*“. In: Journal of Law and Economics, Volume 21, Number 2, S. 297-326.

Krüger, J. (2012): „*Kooperation und Wertschöpfung*“, Heidelberg: Springer.

Kuhn, A. / Hellingrath, H. (2002): „*Supply Chain Management: Optimierte Zusammenarbeit in der Wertschöpfungskette*“, Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

Ma, C.A. (1994): „*Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives*“. In: Journal of Economics and Management Strategy, Volume 3, Number 1, S. 93-112.

McGuire, T. (2000): „*Physician Agency*“. In: Culyer, A. / Newhouse, J. P. (Hrsg.): „*Handbook of Health Economics*“, Oxford: Elsevier Ltd., S. 462-517.

Merk, W. (1999): „*Wettbewerbsorientiertes Management von Arztpraxen*“, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Miles, R.E. / Snow, C.C. (1992): „*Causes and Failure in Network Organizations*“. In: California Management Review, Volume 34, S. 53-72.

Milgrom, P. / Roberts, J. (1992): „*Economics, Organization and Management*“, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Morschett, D. (2005): „*Formen von Kooperationen, Allianzen und Netzwerken*“. In: Zentes, J. / Swoboda, B. / Morschett, D. (Hrsg): „*Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen – Ansätze – Perspektiven*“, 2. Auflage, Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH, S. 377-403.

Münnch, T. (2006): „*Bestehende Formen ärztlicher Kooperationen*“. In: Nguyen, T. / Oldenburg, J. (Hrsg): „*Von der Einzelpraxis zum Versorgungszentrum – Aufbau und Management ärztlicher Kooperationen*“, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 39-52.

Neidhart, P. / Sinabell, A. (2012): „Das österreichische Gesundheitswesen im Überblick“ In: Wawrowsky, G. / Wiegele, G. / Pruckner, J. (Hrsg): „Arzt der Zukunft – Zukunft des Arztes Niedergelassene Medizin in Österreich“, Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH, S. 77-91.

Ouchi, W.G. (1979): „A Conceptual Framework for the Design of Organizational Control Mechanisms“. In: Management Science, Volume 25, Issue 9, S. 833-848.

Ouchi, W.G. (1996): „Markets, Bureaucracies and Clans“. In: Buckley, P. J. / Michie, J. (Hrsg.): „Firms, Organizations and Contracts: A Reader in Industrial Organization“, Oxford: Oxford University Press, S. 442-458.

Panzar, J.C. / Willig, R.D. (1977): „Economies of Scale in Mult-Output Production“. In: The Quarterly Journal of Economics, Volume 91, Number 3, S. 481-493.

Panzar J.C. / Willig, R.D. (1981): „Economies of Scope“. In: The American Economic Review, Volume 71, Number 2, S. 268-272.

Perry, M.K. (1989): „Vertical Integration: Determinants and Effects“. In: Schmalensee, R. / Willig, R. (Hrsg.): „Handbook of Industrial Organization“, Volume 1, Amsterdam: Elsevier North Holland Publishing Co., S. 183-248.

Picot, A., / Dietl, H. (1990): „Transaktionskostentheorie“. In: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 19. Jahrgang, Nummer 4, München: Franz Vahlen und C.H. Beck, S. 178-184.

Picot, A. / Dietl, H. / Francke, E. (1997): „Organisation“, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Picot, A. / Dietl, H. / Franck, E. (1999): „Organisation: Eine ökonomische Perspektive“, Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Picot, A. / Reichwald, R. / Wiegand, R. (2001): „Die grenzenlose Unternehmung“, 4. Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag.

Picot, A. / Dietl, H. / Franck, E. (2005): „Organisation: Eine ökonomische Perspektive“, 4. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Pindyck, R.S. / Rubinfeld, D.L. (2005): „Mikroökonomie“, 6. Auflage, München: Pearson Education Deutschland GmbH.

Pindyck, R.S. / Rubinfeld, D.L. (2009): „Mikroökonomie“, 7. aktualisierte Auflage, München: Pearson Education Deutschland GmbH.

Pope, G. C. / Burge, R. T. (1992): „*Inefficiencies in Physician Practices*“. In: *Advances in Health Economics and Health Services Research*: 13, Greenwich: JAI Press, Inc., S. 129-164.

Pöttler, G. (2014): „*Gesundheitswesen in Österreich – Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt*“, 2. Auflage, Wien: Goldegg Verlag GmbH.

Powell, W.W. (1990): „*Neither Markets nor Hierarchy: Network Forms of Organization*“. In: *Research in Organizational Behaviour*, Volume 12, JAI Press Inc., S. 295-336.

Raub, W. (1992): „*Eine Notiz über die Stabilisierung von Vertrauen durch eine Mischung von wiederholten Interaktionen und glaubwürdigen Festlegungen*“. In: *Analyse & Kritik*, Jahrgang 14, Nummer 2; Opladen: Westdeutscher Verlag S. 187-194.

Richter, R. / Furubotn, E.G. (2003): „*Neue Institutionenökonomik: Eine Einführung und kritische Würdigung*“, 3. Auflage, Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).

Rotering, J. (1993): „*Zwischenbetriebliche Kooperation als alternative Organisationsform: ein transaktionskostentheoretischer Erklärungsansatz*“, Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Schlesinger, M.; / Blumenthal, D. / Schlesinger, E. (1986): „*Profits under Pressure: The Economic Performance of Investor-owned and Nonprofit Health Maintenance Organizations*“. In: *Medical Care*, Volume 24, Issue 7, S. 615-627.

Schober, H. (2002): „*Prozessorganisation: Theoretische Grundlagen und Gestaltungsoptionen*“, Wiesbaden: Gabler Verlag.

Schulenberg, J.M. Graf v. d. / Greiner, W. (2007): „*Gesundheitsökonomik*“, 2. Auflage, Tübingen: Mohr Siebeck.

Schummer, G. (2015): „*Personengesellschaften*“, 9. Aktualisierte Auflage, Wien: LexisNexis Verlag ARD Orac GmbH & Co KG

Schwartz, F.W. / Bitzer, E.M. / Dörning, H. / Walter, U. (1998): „*Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen*“. In: Hurrelmann, K. / Laaser, U. (Hrsg.): „*Handbuch Gesundheitswissenschaften*“, Weinheim: Juventa-Verlag, S. 823-849.

Scott, A. / Hall, J. (1995): „*Evaluating the Effects of GP Remuneration: Problems and Prospects*“. In: Health Policy, Volume 31, Issue 3, S. 183-195.

Seelos, H-J. (2012): „*Medizinmanagement*“, Wiesbaden: Springer Gabler.

Simon, H.A. (1986): „*Rationality in Psychology and Economics*“. In: The Journal of Business, Volume 59, Issue 4, S. 209-224.

Sommer, J.H. (1992): „*Health Maintenance Organization: Erwartungen und Erfahrungen in den USA*“, Chur: Rüegger.

Spector, P.E. (1997): „*Job Satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences*“, Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.

Spremann, K. (1990): „*Asymmetrische Information*“. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, Heft 5/6, S. 561-568.

Straka, P. (2004): „*Das System des österreichischen Gesundheitswesens im Wandel?*“ In: Holzer, E. / Hauke, E. (Hrsg.), „*Gesundheitswesen – vom Heute ins Morgen*“, Wien: WUV-Universitätsverlag, S. 9-20.

Sydow, J. (1992): „*Strategische Netzwerk: Evolution und Organisation*“, 1. Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag.

Sydow, J. (2001): „*Zwischenbetriebliche Kooperation*“. In: Jost, P.-J. (2001): „*Der Transaktionskostenansatz in der Betriebswirtschaftslehre*“, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 241-271.

Telser, L.G. (1980): „*A Theory of Self-Enforcing Agreements*“. In: The Journal of Business, Volume 53, Number 1, S. 27-44.

Theurl, T. / Meyer, E. C. (2003): „*Verrechnungspreise in Unternehmenskooperationen – Eine Einleitung*“. In: Theurl, T. / Crüger, A. (Hrsg.): „*Verrechnungspreise in Unternehmenskooperationen: Theorie – Strategie – Anwendung*“, Frankfurt: Verlag für Wirtschaftskommunikation, S. 13-55.

Tirole, J. (1989): „*The Theory of the Firm*“. In: Schmalensee, R. / Willig, R. (Hrsg.): „*Handbook of Industrial Organization*“, Volume 1, Amsterdam: Elsevier North Holland Publishing Co., S. 61-133.

Volberda, H. (1996): „*Toward the Flexible Form: How to Remain Vital in Hypercompetitive Environments*“. In: *Organization Science*, Volume 7, Issue 4, S. 359-374.

Wiedenbauer, M. / Kanduth-Kristen, S. / Grün, T. / Hofer, A. (2015): „*Die Ärzte-GmbH*“, Wien: Manz.

Wildemann, H. (1997): „*Koordination von Unternehmensnetzwerken*“. In: *Journal of Business Economics*, Band 67, Nummer 4, S. 417-439.

Williamson, O. E. (1967): „*Hierarchical Control and Optimum Firm Size*“. In: *The Journal of Political Economy*, Volume 75, Number 2, S. 123-138.

Williamson, O.E. (1971): „*The Vertical Integration of Production: Market Failure Considerations*“. In: *American Economic Review*, Volume 61, Number 2, S. 112-123.

Williamson, O.E. (1975): „*Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications. A Study in the Economics of Internal Organizations*“, New York: The Free Press.

Williamson, O.E. (1979): „*Transaction Cost Economics: The Governanc of Contractual Relations*“. In: *Journal of Law and Economics*, Volume 22, Number 2, S. 233-261.

Williamson, O.E. (1981): „*The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach*“. In: *American Journal of Sociology*, Volume 87, Issue 3, S. 548-577.

Williamson, O.E. (1983): „*Credible Commitments: Using Hostages to Support Exchange*“. In: *American Economic Review*, Volume 74, Number 3, S. 519-540.

Williamson, O.E. (1985): *„The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting“*, New York: The Free Press.

Williamson, O.E. (1990a): *„A Comparison of Alternative Approaches to Economic Organization“*. In: Journal of Institutional and Theoretical Economics / Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft, Volume 146, Number 1, S. 61-71.

Williamson, O. E. (1990b): *„Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus: Unternehmen, Märkte, Kooperationen“*, aus dem Amerikanischen Übersetzt von Monika Streissler, Tübingen: Mohr.

Williamson, O.E. (1991): *„Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives“*. In: Administrative Science Quarterly, Volume 36, Number 2, S. 269-296.

Williamson, O.E. (1993): *„Transaction Cost Economics and Organization Theory“*. In: Industrial and Corporate Change, Volume 2, Issue 1, S. 107-156.

Williamson, O. E. (1996): *„The Mechanisms of Governance“*, New York: Oxford University Press, Inc.

Williamson, O.E. (2005): *„The Economics of Governance“*. In: The American Economic Review, Volume 95, Number 2, S. 1-18.

Williamson, O.E. (2010): *„Transaction Cost Economics: The Natural Progression“*. In: Journal of Retailing, Volume 86, Issue 3, S. 215-226.

Windsperger, J. (1983): *„Transaktionskosten in der Theorie der Firma“*. In: Journal of Business Economics, Band 53/9, S. 889-903.

Wöhe, G. (2000): *„Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre“*, 20. neu bearbeitete Auflage, München: Franz Vahlen Verlag.

Woratschek, H. / Roth, S. (2003): *„Kooperation: Erklärungsperspektive der Neuen Institutionenökonomik“*. In: Zentes, J. / Swoboda, B. / Morschett, D. (Hrsg.): *„Kooperationen, Allianzen und Netzwerke – Grundlagen – Ansätze – Perspektiven“*, Wiesbaden: Gabler Verlag, S. 305-331.

8.2 Internetquellen

Arrow, K. J. (1984): „*The Economics of Agency*“, <http://oai.dtic.mil/oai/oai?verb=getRecord&metadataPrefix=html&identifier=ADA151436> [Zugriff am 12.10.2015].

bmg (2013): „*Das österreichische Gesundheitssystem – Zahlen-Daten-Fakten*“, <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/gesundheitssystem-zahlen-daten-2013.pdf> [Zugriff am 20.10.2015].

bmg (2015): „*Selbständige Ambulatorien in Österreich*“, http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Krankenanstalten/Krankenanstalten_und_selbststaendige_Ambulatorien_in_Oesterreich/Selbststaendige_Ambulatorien_in_Oesterreich [Zugriff am 20.04.2015].

Borchert, J.E. / Goos, P. (2004): „*Analysen von Märkten mit asymmetrischer Information – Zum Nobelpreis von George A. Akerlof, Michael Spencer and Joseph E. Stiglitz*“, Arbeitsbericht 30/2004, Georg-August-Universität Göttingen, http://webdoc.sub.gwdg.de/ebook/serien/lm/arbeitsberichte_wi2/2004_30.pdf [Zugriff am 16.05.2015].

Czypionka, T. / Kraus, M. / Sigl, C. / Warmuth, J.-R. (2012a): „*Health Cooperation – Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen*“, Endberichtbericht – Studie im Auftrag der Vinzenz Gruppe, Wien: Institut für Höhere Studien, <http://www.ihs.ac.at/publications/lib/IHSPR5841048.pdf> [Zugriff am 05.04.2015].

Cypionka, T. / Müllbacher, S. / Berger, M. / Platzer, J. (2012b): „*Kooperationen in der ambulanten medizinischen Versorgung*“, <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.564444&action=b&cacheability=PAGE&version=1391184562> [Zugriff am 31.03.2015].

Czypionka, T. / Ulinski, S. / Berger, M. (2013): „*Skaleneffekte intermediärer Versorgungsformen*“, Endbericht – Studie im Auftrag von Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien: Institut für Höhere Studien, <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.598637&action=b&cacheability=PAGE&version=1399351694> [Zugriff am 05.04.2015].

Fantur, L. (2010): „Die Neue Ärzte-GmbH aus Sicht des Vertragsserrichters“, Gesellschaftsrecht Abhandlungen 2010/4, <http://www.fantur.at/wp-content/uploads/arzte-gmbh.pdf> [Zugriff am 30.11.2015].

Gabler (2015): „Managed Care“, Gabler Wirtschaftslexikon, <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/managed-care.html> [Zugriff am 07.07.2015].

Gotzen, G. (2003): „Ärztetzwerke als Reformansatz für den ambulanten Sektor – Eine institutionenökonomische Analyse verschiedener Netzwerkanrangements“, Dissertation Universität Trier, <http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2004/141/pdf/20021216.pdf> [Zugriff am 15.06.2015].

Hagenhoff, S. (2004): „Kooperationsformen: Grundtypen und spezielle Ausprägungen“, Arbeitsbericht Nr. 4/2004, http://webdoc.sub.gwdg.de/ebook/serien/lm/arbeitsberichte_wi2/2004_04.pdf [Zugriff am 10.03.2015].

help.gv. (2015): „Personengesellschaft“, <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/99/Seite.991428.html> [Zugriff am 05.05.2015].

kas (2015): „Skaleneffekte“, <http://www.kas.de/wf/de/71.13362/> [Zugriff am 20.06.2015].

Krauth, C. / Schwartz, F.W. / Perleth, M. / Buser, K. / Busse, R. / Graf v.d. Schulenburg, J.-M. (1997): „Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung“, Diskussionspapier Nr. 9, Gutachten im Auftrag der Bundesfraktion Bündnis 90/Die Grünen, http://www.initiative-elga.at/ELGA/allgemein_infos/Verguetungssysteme_in_der_ambulanten_Versorgung.pdf [Zugriff am 25.11.2015].

Mojon-Azzi, S. M. (2001): „Gruppenpraxen – Was versteht man darunter?“. In: Schweizerische Ärztezeitung, 2001, 82: Nr. 22, S. 1146-1150, <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2001/2001-22/2001-22-1156.pdf> [Zugriff am 15.04.2015].

netdoktor (2015): „Wahlarzt“, <http://www.netdoktor.at/gesundheit/soziales/wahlarzt-6674671> [Zugriff am 20.06.2015].

öäk (2013): „Medizintourismus und die EU“, http://www.aerztekammer.at/nft-datenundzahlen/-/asset_publisher/veJ7/content/id/1967790 [Zugriff am 10.11.2015].

öäk, (2014): „Medizinische Grundversorgung: Aufgaben und Bedarf der niedergelassenen Ärzte“, http://www.aerztekammer.at/pressekonferenzen/asset_publisher/81Rf/content/id/3430252 [Zugriff am 15.05.2015].

OECD (2014): „Health Resources – Doctors“, <http://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart> [Zugriff am 13.10.2015].

OECD (2015): „Focus on Health Spending“, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Focus-Health-Spending-2015.pdf> [Zugriff am 14.10.2015].

Servais, J. (2005): „Schwerpunktgruppenpraxen am Beispiel der chronischen Erkrankung Diabetes Mellitus Typ 2“, Dissertation, Wien, <http://ub.meduniwien.ac.at/content/aadipl/AC04614568n01vt.pdf> [Zugriff am 31.03.2015].

Spalek, M. (2009): „Das Hausarztmodell im internationalen Vergleich“, http://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Gesundheitswesen/Das_Hausarzt_system_im_internationalen_Vergleich_Michael_Spalek_Expertenletter_Gesundheitswesen_01.pdf [Zugriff am 15.12.2015].

Steinhart, J. (2015): „Ein gut ausgestatteter niedergelassener Bereich könnte die überforderten Spitäler effizient und kostengünstig entlasten – wenn die Gesundheitspolitik ihn ermöglichen würde“, <http://www.johannessteinhart.at/2015/01/19/ein-gut-ausgestatteter-niedergelassener-bereich-koennte-die-ueberforderten-spitaeler-effizient-und-kostenguenstig-entlasten-wenn-die-gesundheitspolitik-ihn-ermoeglichen-wuerde/> [Zugriff am 22.06.2015].

Unternehmensservice Portal (2015a): „Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GesBR)“, https://www.usp.gv.at/Portal.Node/usp/public/content/gruendung/gruendungsfahrplan_gesellschaften/gesellschaftsformen/gesbr/Seite.470212.html [Zugriff am 18.07.2015].

Unternehmensservice Portal (2015b): „*Offene Gesellschaft (OG)*“, https://www.usp.gv.at/Portal.Node/usp/public/content/gruendung/gruendungsfahrplan_gesellschaften/gesellschaftsformen/og/Seite.470222.html [Zugriff am 18.07.2015].

Unternehmensservice Portal (2015c): „*Aktiengesellschaft (AG)*“, <https://www.usp.gv.at/Portal.Node/usp/public?genticss.am=Shortcuts&p.contentid=10007.36922> [Zugriff am 18.07.2015].

wirtschaftslexikon (2015b): „*Hidden Intention*“, <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/hidden-intention/hidden-intention.htm> [Zugriff am 23.07.2015].

wirtschaftslexikon (2015a): „*Hierarchie*“, <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/hierarchie.html> [Zugriff am 10.10.2015].

WKO (2015): „*Kommanditgesellschaft (KG)*“, [https://www.wko.at/Content.Node/Service/Wirtschaftsrecht-und-Gewerberecht/Gesellschaftsrecht/Unternehmensrecht/Gesellschaftsformen/Kommanditgesellschaft_\(KG\).html](https://www.wko.at/Content.Node/Service/Wirtschaftsrecht-und-Gewerberecht/Gesellschaftsrecht/Unternehmensrecht/Gesellschaftsformen/Kommanditgesellschaft_(KG).html) [Zugriff am 18.07.2015].

8.3 Rechtsquellen

ABGB	-	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AktG	-	Bundesgesetz über Aktiengesellschaften (Aktiengesetz)
ÄrzteG	-	Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998
BGBI I 2005/120	-	Bundesgesetzblatt zum Handelsrechts-Änderungsgesetz
BGBI I Nr. 61/2010	-	Bundesgesetzblatt zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung
GmbHG	-	Bundesgesetz über Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH-Gesetz)
KAKuG	-	gesamte Rechtsvorschriften für Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
UGB	-	Unternehmensgesetzbuch
ZÄG	-	Zahnärztegesetz

Anhang A: Kurzfassung

Obwohl die medizinische Versorgung in Österreich zu den besten weltweit gezählt wird, zeichnet sich dennoch die Situation einer unzureichenden medizinischen Versorgung im niedergelassenen Bereich ab. Um dieser negativen Entwicklung entgegenzuwirken, werden häufig die Vorteile ärztlicher Kooperationen in diesem Sektor diskutiert. Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist es zu analysieren, ob sich durch den Zusammenschluss im extramuralen Bereich die gewünschten positiven Erfolge einstellen können. Dazu werden zunächst eine Definition des Begriffs „Kooperation“ formuliert sowie die in Österreich möglichen ärztlichen Kooperationsformen vorgestellt. Anschließend wird die ärztliche Kooperation als Unternehmensform in das Paradigma nach Coase zwischen Markt und Hierarchie eingeordnet und auf Beweggründe eingegangen, die für oder gegen eine Beteiligung an Zusammenschlüssen im niedergelassenen Bereich sprechen. Basierend darauf wird die ökonomische Bedeutung ärztlicher Kooperationen aus Sicht der Neuen Institutionenökonomie betrachtet. Hierbei werden vor allem der Prinzipal-Agent-Ansatz sowie die Transaktionskostentheorie herangezogen, um die Vorteilhaftigkeit ärztlicher Kooperationen zu bestätigen.

Anhang B: Abstract

In principle, the Austrian healthcare system and, in this context, the medical care, are regarded to rank among the best care systems worldwide. However, a growing number of negative developments can be detected in this matter. Especially the positions of resident doctors require some comprehensive and thorough reform measures. In order to counteract this negative development, benefits of medical cooperation in private practices are frequently discussed topics. The aim of this master thesis is to analyse whether a merger in the extramural sector generates these desired positive achievements.

Therefore, a definition of the term “cooperation” is formulated and a list of potential medical forms of cooperation in Austria is presented. Subsequently, the medical cooperation is classified as a form of enterprise in the paradigm according to Coase and compared to the two extreme forms of market and hierarchy. This is followed by a consideration of reasons that speak for or against a participation in mergers in private practices. Based on the outcomes of this discussion, the economic importance of medical cooperation is considered from the perspective of new institutional economics. Additionally, a subsequent theoretical assessment and evaluation of medical cooperation, meeting the aspects and requirements of transactional cost theory as well as the principal-agent approach, is conducted to confirm the advantages of medical cooperation.

Anhang C: Lebenslauf

Lebenslauf

Maria Theresia Fink, Bakk.

Studium und Ausbildung

- ab 10/2013: Masterstudium Betriebswirtschaftslehre an der Universität Wien
 Spezialisierung: Public Utility Management
 Spezialisierung: Health Care Management
- 10/2009 – 04/2013: Bakkalaureatsstudium Betriebswirtschaftslehre an der Universität Wien
 Spezialisierung: ökonomische Analyse
 Abschluss: Bakkalaurea der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
- 10/2007 – 06/2009: Bachelorstudium Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
 Wirtschaftsuniversität Wien
- 09/2002 – 06/2007: Bundeshandelsakademie St. Pölten
 Matura: 06/2007

Berufserfahrung

- ab 09/2007: Assistenz der Geschäftsleitung
 Friedrich Fink e.U., 3170 Hainfeld