Die Gemeinschaftspraxis – ein schwieriges Praxismodell[1]

Heini Zürcher

Zur nötigen Entlastung streben viele Inhaber von Einzelpraxen eine Praxispartnerschaft an. Sie schauen die Umsetzung oft zu rosig an und scheitern an unerwarteten Schwierigkeiten. Der Artikel beschreibt Erfahrungen von Kollegen und die Schlüsse, die sie daraus ziehen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Situation von Frauen, die nach Medizinstudium und Weiterbildung den Schritt in die Praxis nur zögerlich wagen.

Submergés par le travail, beaucoup de propriétaires de cabinets médicaux individuels se tournent vers la solution collective. Souvent, ils imaginent que ce changement se déroulera sans problèmes et butent alors sur des difficultés inattendues. Cet article décrit les expériences de collègues et les conclusions que l'on peut en tirer. La situation de nos collègues féminines demande une attention particulière, celles-ci étant plus hésitantes à s'installer après leurs études de médecine.

Die Reflexion über die eigene Praxissituation, die Wünsche und die Zukunftsaussichten gehören zu den Aufgaben der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte. Viele Grundversorgerinnen und Grundversorger ertrinken in der Arbeit und wollen sich entlasten. Das ist eine Erkenntnis, welche die (einzige) Teilnehmerin und die Teilnehmer am Novartis-Zukunftsworkshop II/2004 Arztpraxis gewonnen haben. Lohnt sich die Erweiterung einer Einzelpraxis zu einer Gemeinschaftspraxis?

Ärzte beschreiben ihre Erfahrungen

Arzt A eröffnet seine Praxis als Einzelpraxis. Schon nach kurzer Zeit ertrinkt er in der Fülle der Arbeit. Nach Analyse der Situation und Besuch des Novartis-Workshops I beschliesst er, die Praxis zu erweitern. Nach kurzer Suche hat er Erfolg, und ein Ehepaar entscheidet sich zum Einstieg. Jetzt beginnen aber die Probleme. Das Ehepaar gerät in eine Beziehungskrise und trennt sich; beide ziehen Knall auf Fall aus. Arzt A bleibt allein zurück. Mehrere Inserate und das Einschalten einer Vermittlungsagentur verlaufen erfolglos. Nach Jahren findet sich ein einziger geeigneter Kandidat, welcher in die Praxis einsteigt. Happy End: Diese Partnerschaft funktioniert seit mehreren Jahren ausgezeichnet.

Arzt B fängt ebenfalls mit einer Einzelpraxis an. Auch er ertrinkt bald in der Arbeit und entschliesst sich zum Aufbau einer Praxisgemeinschaft. Praxispartnerin 1 steigt nach kurzer Zeit wegen Problemen mit der Kinderbetreuung aus. Nach langer aufwendiger Suche tritt Praxispartnerin 2 ein. Trotz Facharzttitel ist sie für die ambulante Medizin ungenügend ausgebildet und muss von Arzt B während eines Jahres intensiv unterstützt und begleitet werden. Deshalb tritt die gewünschte Entlastung zuerst nicht ein. Danach steigt auch sie wegen Mutterschaft aus. Praxispartnerin 3 erweist sich als ungeeignet, weshalb auch diese Zusammenarbeit aufgelöst wird. Zufällig Kontakt zu Praxispartnerin 2. Sie hat eine Entlastung bei der Kinderbetreuung erreicht und steigt erneut ein. Leider geht auch diese Partnerschaft in die Brüche und Arzt B ist wieder allein.

Arzt C fängt primär in einer Doppelpraxis an. Bald kommt es zu Reibereien über die Personalführung und die Belegung der gemeinsamen Praxisräume, dann auch über die Kostenverteilung. Hinzu kommen zwischenmenschliche Probleme. Der Arzt zieht in eine Einzelpraxis in der Umgebung. Mit dem Arbeitsumfeld ist er glücklich, leidet aber unter dem zu grossen Arbeitspensum. Die Infrastruktur ist schlecht ausgenützt und das Einkommen unterdurchschnittlich. Die Suche nach einer Partnerin oder einem Partner in Teilzeit ist bis jetzt erfolglos. Er versucht, sich durch bessere Praxisorganisation zu entlasten.

Arzt D ist ein ausgeprägter Individualist. Für ihn ist eine Praxisgemeinschaft unvorstellbar. Zeitaufwendige berufsfremde Aktivitäten führen zu häufigen Abwesenheiten, welche durch ausgezeichnetes Personal abgefedert werden. Eine benachbarte Praxis deckt die Vertretung ab. Die gute Kooperation wird künftig auch durch eine Apparategemeinschaft (Röntgen) ausgeweitet. Sehr gute Vernetzung mit weiteren Grundversorgern und Spezialisten. Arzt D arbeitet etwa 80% und erzielt ein genügendes Einkommen.

Doppelpraxen können schwierig sein

Möglicherweise haben im Workshop vorwiegend desillusionierte Kollegen ihre Erfahrungen beschrieben. Auch den Autoren sind Doppelpraxen bekannt, die seit Jahren erfolgreich sind. Diesbezügliche Statistiken sind uns aber keine bekannt. Die Fallbeispiele und die Diskussion im Workshop zeigen, dass 2er- und auch 3er-Gemeinschaften schwierig sein

1 Ein Bericht aus dem Zukunftsworkshop Arztpraxis II/2004 in Scuol, organisiert durch Novartis Pharma Schweiz AG, moderiert durch Dr. H. J. Schlegel, Marcel Marolf und Rudolf Wartmann. TeilnehmerInnen: Andreas Aebersold, Reto Castelberg, Werner Kürsteiner, Elmar Meichtry, Iveta Meier-Osusky, Mark Morach, Kurt Rohner, Peter Schönenberger, Jürg Weber, Heini Zürcher.

können. Zwischenmenschliche Probleme bringen sie oft in Gefahr. Auch die Lebenspartner haben einen grossen Einfluss auf das Praxisklima. Praxisgemeinschaften sind eheähnlich. Sie scheitern auch mindestens so häufig wie Ehen. Fehlt anders als in der Ehe eventuell die Erotik zum Überdecken von Konflikten und zum Aussöhnen?

Hütet Euch vor der Doppelpraxis!

Gruppenpraxis-Idealismus ist gut – Ärzte-Individualismus oft stärker.

Die Finanzen und die Belastungen durch die Praxisleitung sind die wichtigsten Ursachen von Konflikten. Die Praxispartner müssen einen Kompromiss finden zwischen den widersprüchlichen Zielen: einerseits Optimierung des Einkommens und anderseits Befriedigung ärztlicher Ideale (Ethik). Die Aufgaben der Praxisführung müssen gerecht verteilt werden. Personalfragen wie Lohn, Arbeitszeiten und Ferien müssen immer gemeinsam vereinbart werden. Man muss regelmässig miteinander reden!

Eine Marktlücke: Headhunter für Gruppenpraxen.

In 3 der 4 Fallbeispiele haben die Ärzte lange und mühsam nach Praxispartnerinnen gesucht. Gerade für Ärztinnen mit familiären Verpflichtungen erscheint die (Teilzeit-)Tätigkeit in einer Praxis ideal. Sie könnten sich in gemachte Nester setzen und ihr Arbeitspensum der familiären Entwicklung anpassen. Im Medizinstudium überwiegen bereits die Frauen. Die Medizin wird weiblich! Aber wo sind die Frauen in den Praxen der Grundversorgung?

Sind Einzelpraxen ein Auslaufmodell?

Aus Gründen der übermässigen Belastung und des ungenügenden finanziellen Erfolgs erscheinen die klassischen Einzelpraxen – von Ausnahmen abgesehen – als Auslaufmodell. Die gestiegenen administrativen Anforderungen sind in der Einzelpraxis kaum mehr zu bewältigen. In peripheren Regionen, wo grössere Gruppenpraxen nicht möglich sind, zeichnet sich eine Versorgungsnot ab. Sie kann nur verhindert werden, wenn Ärzte, welche sich dort niederlassen, finanziell gefördert und bessergestellt werden.

Gehört die Zukunft den grossen Gruppenpraxen?

Aus Sicht des Autors gehört die Zukunft den Gruppenpraxen mit 5 oder mehr Ärztinnen und Ärzten. Sie lassen sich professionell organisieren. Die Ärzte sind von der Praxisführung entlastet und können sich auf die Arzttätigkeit konzentrieren. Personal, Räume und Einrichtungen können optimal eingesetzt werden. Der Anteil am Umsatz, der als Verdienst übrigbleibt, steigt signifikant. Eine Teilzeit-Tätigkeit ist problemlos möglich und die Vertretung einfach zu regeln. Die zukünftige Arztpraxis in städtischen und halbstädtischen Regionen wird deshalb aus mehreren Ärzten und anderen Leistungserbringern bestehen. Andere Berufsgruppen (Juristen; Tierärzte) haben diese Entwicklung bereits vollzogen. Die Arztpraxis als Kleinunternehmen hat Zukunft.

Die Administration reduziert den Verdienst.

Grosspraxen mit mehr als 3 Ärztinnen und Ärzten anstreben!

Warum steigen Ärztinnen nicht in die Praxen ein?

Der Anteil der Medizinstudentinnen beträgt gut 50%, davon schliessen ca. 60% mit einem Facharzttitel ab. Wo bleiben diese fertig ausgebildeten Ärztinnen nachher? In der Praxis scheinen sie untervertreten zu sein. Was sind die Gründe dafür?

Verlangt die klassische Rollenteilung von der Ärztin die Aufgabe des Berufs?

Ein möglicher Aspekt ist die klassische Rollenverteilung bei der Familiengründung. Sie verlangt von der Ärztin die Aufgabe des Berufes. Als arbeitende Mutter wird auch sie sozial geächtet. Hinzu kommt die drohende Überlastung durch die Doppelrolle als Mutter und Ärztin. Auch finanzielle Überlegungen – eigener Verdienst versus Kosten der Kinderbetreuung – spielen eine Rolle. Ein weiterer Hinderungsgrund sind fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten wie Kinderkrippen oder Tagesschulen.
Gerade die Gruppenpraxen bieten hervorragende Möglichkeiten bezüglich Teilzeitarbeit und sollten daher gerade für Frauen attraktiv sein. Besteht zusätzlich zu den obengenannten möglichen Gründen noch die Angst vor medizinischem Ungenügen nach einer längeren Babypause? Das Ausbildungscurriculum von Ärztinnen verläuft oft in Etappen und mit Teilzeitpensen. Es muss angesichts der Ärztedemographie ein vorrangiges standespolitisches Anliegen sein, für entsprechende Stellenangebote zu sorgen. Wir sollten alles daran setzen, dass das Potential der gut ausgebildeten Ärztinnen nicht verlorengeht.

Veränderte Rahmenbedingungen – die Arztpraxen müssen nachziehen.

Praxiseröffnungen und Praxisübergaben gehören in die Agenda der Ärztevereine.

Dr. med. Heini Zürcher
Ankerstrasse 9
CH- 5210 Windisch
E-Mail: heinrich.zuercher@hin.ch