

Pierre Loeb

Die Einzelpraxis – wirklich ein Auslaufmodell?

Ein Plädoyer für die Einzelpraxis und für jene, die vielleicht doch heimlich damit liebäugeln, oder für diejenigen, die von einer Gruppenpraxis mit mühsamer Gruppendynamik in eine schlanke Einzelpraxis wechseln möchten, es aber nicht recht wagen, da es der Trend will, dass alle dagegen anschreiben...

Es muss wie ein Anachronismus erscheinen, wenn da einer im heutigen Managed-Care-Umfeld eine Einzelpraxis anpreist und meint, neben all diesen neuen Praxismodellen hätte sein altertümliches Hausarztkonzept auch noch seine Berechtigung.

Dort, wo die Menschen wohnen

Bei diesem Produkt, das es so bald nicht mehr auf dem Markt geben soll, handelt es sich um eine gemeinsame Praxis, die ich mit meiner Frau und einer erfahrenen Praxisgehilfin 1980 eröffnet habe: eine psychosomatische Allgemeinpraxis mit Physiotherapie gleich hinter dem Bahnhof SBB in Basel. Von aussen gesehen sind es recht bescheidene Räumlichkeiten im Hochparterre eines Betonbaus aus den 70er-Jahren an einem kleinen Park, wo sich das ganze Jahr Mütter mit ihren Kindern, aber auch Jugendliche zum Fussballspielen oder abends hin und wieder Alkis treffen. Auch diese Quartierhausarztpraxis befindet sich dezentral, dafür mitten im Leben der Menschen, während Grosspraxen eher im Stadtzentrum erstellt werden.

Der Patient im Mittelpunkt in einem behaglichen Ambiente

Die Praxis ist heimelig in Beige- und Rottönen gehalten. Sie wirkt einladend und wenig klinisch steril. Nur der bekannte Desinfektionsgeruch verrät, dass auch hier geimpft, genäht, gestochen und infundiert wird. Seit über 30 Jahren geniessen die Patienten bei uns die breite Palette des Angebotes von Quartierhausarztmedizin mit psychosomatischem Ansatz und angegliederter Physiotherapie. Und sie geniessen auch die ganzheitliche Betreuung mit einer Vertrauensatmosphäre, Geborgenheit und einem Gefühl des Aufgehobenseins, was im heutigen Medizinallabyrinth besonders gesucht ist.

Hierher kommen Patienten aus allen gesellschaftlichen Schichten von Asylanten bis Regierungsräten, aus dem traditionellen Arbeiterquartier wie aus dem gehobeneren Bruderholz, vom Enkel bis zu Leuten, die inzwischen Grosseltern sind. Und sie kommen wegen Haushalts- oder Sportunfällen, wegen falscher Bewegung bis zum Gelenkersatz, wegen Übergewicht oder Anorexie, wegen Krebs-, Infektions- oder seelischer Leiden oder auch «nur» zur Einstellung des Blutdrucks, des Zuckers, des Quick, der Medikamente, der Angst oder sonst einer seelischen oder körperlichen Krise. Sie kommen wegen Lappalien, Befindlichkeitsstörungen, limitierenden oder terminalen Krankheiten, wegen akuter Notfälle oder familiärer Krisen. Sie kommen, weil sie sich verunsichert, verletzt, behindert oder geschädigt fühlen, und sie kommen, um sich behandeln, beraten zu lassen oder zu lernen, sich dagegen zu wappnen und zu schützen, soweit es geht – oft auch um zu lernen, mit der neuen Situation zurecht zu kommen.

Ein hoher Grad an Selbstbestimmung beugt Ermüdungserscheinungen vor

In der Einzelpraxis kann der Hausarzt seine ganz persönliche Art, wie er Medizin betreiben will, bestimmen und verwirklichen. Für mich war der psychosomatische Ansatz von zentraler Bedeutung. Die Konsultationen dauern im Schnitt 20 Minuten, wenn es nicht nur um eine simple Nachkontrolle geht. Die Patienten sollen ihre Anliegen entwickeln können, möglichst nicht unterbrochen von Telefonen, PC-Einträgen, Wühlen in den Unterlagen, auch wenn sich dies nie ganz unterbinden lässt. Es folgen die notwendigen körperlichen und Labor-Untersuchungen und oft ergibt sich der Bedarf für eine ausführlichere Besprechung. So wurden wegen fehlender Randstunden die Nachmittage zu *Randstunden* umfunktioniert, wo therapeutische Einzelgespräche, psychosomatische Therapien, Kriseninterventionen (auch für Paare oder Familien) erfolgen. Diese Sitzungen dauern dann bis zu 60 Minuten. Ergänzend zu diesem Angebot hat sich in den letzten 20 Jahren eine Spezialisierung auf Angst- und Entspannungstherapien im Einzelsetting oder auch in Gruppen ergeben. Dieses eigene Gestalten innerhalb der eigenen Sprechstunde kann auch in einer Grosspraxis gelebt werden und sollte dort unbedingt für das langfristige Wohlbefinden des Arztes möglich bleiben. Dies bedeutet jedoch, dass in den Grosspraxen die Ärzte das Sagen haben und nicht das Management ...

Gestaltung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die Physiotherapie ist eine eigenständige Firma im vorderen Teil der Praxis. Wir nutzen dasselbe Wartezimmer, die Praxisassistentin, die EDV und Büroinfrastruktur. Manchmal gehen die gleichen Patienten zu meiner Frau und zu mir und wir erleben und erfahren teils unterschiedliche Aspekte aus der Familiengeschichte, denn wir verfolgen die Patienten oft über mehrere Generationen, aus mehreren Begegnungen und in den unterschiedlichsten Lebensphasen und Schicksalsmomenten. All diese subjektiven Erfahrungen und narrativen Berichte ergeben über die Jahre kombiniert mit den objektiven Labordaten, Befund-, Konsiliar- und Austrittsberichten ein Puzzle, das mit dem Patienten gemeinsamen reflektiert wird. Je nach seiner Einstellung und Bereitschaft gegenüber den möglichen Behandlungsoptionen erfolgt dann die individuelle Betreuung, was diese nostalgisch anmutende *Familienpraxis* ermöglicht. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit integrierten weiteren Gesundheitsberufen ist zwar eine besondere Stärke der Grosspraxen; wie unser Beispiel zeigt, ist eine solche Kooperation durchaus auch in einer Kleinpraxis möglich.

Kleinpraxis, ideal für Ehepaare mit Gesundheitsberufen

Klar: Die heutigen Gruppenpraxismodelle mit fixen Arbeitszeiten, geteilter Infrastruktur, kollektiv getragener Verantwortung und mehr Zeit für Familie und Kinder haben Vorteile [1]. Weshalb dann an unserem altherwürdigen Modell festhalten?

Beginnen wir mit dem althergebrachten Konzept, dass ein Ehepaar gemeinsam eine Praxis führen will. Dies trifft in ländlichem Gebiet häufiger zu, aber auch in der Stadt kann es noch immer ein Bedürfnis sein. Für Ärztteehepaare, die gemeinsam für Familie und Praxis Verantwortung übernehmen wollen, ist diese Form der *Einzelpraxis* geradezu ideal. Die Arbeitsaufteilung mit den kurzen

Tabelle 1

Einzelpraxis – Gruppenpraxis.

	Kleinpraxis/Einzelpraxis/Praxisgemeinschaft	Grosspraxis/Gruppenpraxis/Gesundheitszentrum
Beziehung	Konstanz von Arzt und MPA	Häufigerer Arztwechsel und mehrere MPAs
Arztwahl	Freie Wahl	Innerhalb Gruppe zu wählen
Fortbildung	Freie Wahl	Intern plus extern (vorbestimmt)
Mitarbeit	Z. B. Partnerin	Gruppe/Management bestimmt
Infrastruktur	Individuell	Z.T. bessere Nutzung möglich
Kosten	Individuell	Kollektiv, damit oft günstiger
Kommunikation	Informell, kurze Wege	Aufwendige administrative Zeitfresser
Verantwortung	Individuell	Bessere Teamabstützung
Zeit für Familie	Eingeschränkt	Freier planbar
Zeit für Patient	Freier planbar	Oft eingeschränkt, Teamplanung
Ambiance	Privat, geborgen	Klinisch, anonym
Ferien	Frei gestaltbar	Meist vorgegeben
Notfälle	Je nach lokalen Bestimmungen	Für Team und gemäss örtlichen Bestimmungen

Kommunikationswegen im kleinen Team lassen sich weit niederschwelliger und flexibler gestalten als im Kontext einer grossen Praxis mit ihrer komplizierten Organisation.

Meine Frau und ich haben zuerst nur die Räumlichkeiten und Infrastruktur geteilt, doch mit der Zeit haben wir immer mehr zusammengearbeitet. Früher galt die Ehefrau oft als «Vorzimmer-Drahe», die ihren Mann schützen wollte. Inzwischen gibt es aber auch Ehemänner, die ihre Frau in der Arztpraxis unterstützen, Labor oder IT unter sich haben oder Partnerinnen, die als Psycho-, Physio-, Diät- oder Ergotherapeutinnen mitarbeiten sowie Ärzt Ehepaare, die sich die Arbeit sowohl in der Praxis als auch in der Familie teilen wollen.

Netzwerke

Auch als Hausarzt in einer Einzelpraxis habe ich mein Netz von Konsiliarärzten, meinen Qualitätszirkel, Supervision- oder Balintgruppe – ich stehe also gar nicht so allein da, wie immer moniert. Im Gegenteil, ich kann mein Netz selber wählen und zu jeder Zeit erweitern oder verändern. Und die Vertretungen? Zum einen gibt es (noch) andere Einzelpraxen, inzwischen habe ich aber auch Gruppenpraxen, die meine Patienten in Notfällen gern übernehmen. Und schliesslich ist auch die *Permanence* am Bahnhof täglich von 7 bis 22 Uhr bereit, meine Patienten ohne telefonische Voranmeldungen zu sehen.

Das Interessante dabei ist, dass meine Patienten regelmässig zu mir zurückkehren, obwohl grössere Notfall- und Gruppenpraxen über nahezu gleich gute diagnostische Möglichkeiten verfügen wie Spezialisten und Polikliniken. Sie wollen mit mir, *ihrem Hausarzt*, das weitere Vorgehen diskutieren, grössere Eingriffe oder Abklärungen erörtern oder ihre Medikamente oder Laborwerte kontrollieren lassen. Vermutlich tun sie dies, weil sie wissen, dass ich sie (und ihr Umfeld) kenne, mich für sie immer einsetze und auch beim Spezialisten nachfrage, welches Vorgehen zu empfehlen ist – kurz weil ich ihr Arzt des Vertrauens bin.

Arzt-Patient-Beziehung

Damit die aufgewendete Zeit pro Patient zu mehr Vertrauen und Sicherheit führt, muss ein auf Langzeit ausgelegtes Beziehungsangebot bestehen. Die heutigen viel gepriesenen Grosspraxen und Gesundheitszentren laufen Gefahr, zu kleinen Polikliniken zu mutieren – mit entsprechender Hektik, *Timesplit-bedingtem* Arzt-

wechsel und letztlich doch anonymere Betreuung – dies trotz aller Bemühungen, dies zu verhindern.

Viele Patienten, meist die chronisch Kranken, fühlen sich wohl in der Einzelpraxis. Für diese ist sie kein Auslaufmodell. Sie fühlen sich in der Einzelpraxis betreffend ihres Krankseins besser betreut, obwohl sie betreffend ihrer Krankheit im interdisziplinären Kontext einer Grosspraxis medizinisch besser versorgt sein sollten. Paradox?

Ganzheitliche Betreuung unentbehrlich – in der Klein- und Grosspraxis

Die Integration von Basis-Fertigkeiten wie aktives Zuhören, *Motivational Interviewing*, supportive Therapie usw. ermöglichen gerade bei sogenannten *schwierigen* Patienten eine bessere Abfederung. Nachweislich leiden Ärzte, die ihr Zeitmanagement freier gestalten und ihre Patienten ganzheitlicher betreuen können, weniger unter Frustration und Burnout [2]. Ihre Patienten fühlen sich aufgehoben und die bessere Compliance führt zu weniger Konsilien mit teuren Zusatzuntersuchungen und *Doktorshopping*. Der Patient ist besser informiert und versteht, worum es geht, weil er sich im vertrauten Rahmen eher traut, nachzufragen. Doch am entscheidendsten ist wohl all das, was zwischen den Zeilen, zwischen Tür und Angel, mit der Klinke in der Hand noch einfließen kann – dieses oder das nächste Mal. Familiäre, berufliche, soziale, seelische und körperliche Belastungen und Forderungen sind heute derart massiv geworden – und werden in der nahen Zukunft enorm zunehmen, so dass der Arztbesuch eine Oase darstellen soll. Es gibt heutzutage so wenig «Spazig», Reserve, Spielraum, wo man eine Auslegeordnung, eine Standortbestimmung machen und über seine hintergründigen Probleme sprechen kann. Nicht nur ökologische und wirtschaftliche Systeme gehen daran zugrunde, dass die Kontrolle aus dem Ruder läuft, auch uns und unseren Patienten droht es so zu ergehen. Deshalb suchen unsere Patienten bei uns Hausärzten Unterstützung. Wenn es uns gelingt, sie da abzuholen und das Wesentliche in Balance zu halten, oder zu verhindern, dass es kippt, beziehungsweise wenn es dennoch geschieht, dass wir begleitend, betreuend beistehen – dann erfüllen wir unseren Job.

Dass diese Form von Medizin und Betreuung von den Patienten, Politikern sowie den Medien gefragt bleibt, ist unbestritten. Ebenso, dass alles von der Persönlichkeit des Arztes abhängt, seiner Weiterbildung, seiner Prioritäten, seiner Weltanschauung und seiner Bereitschaft.

Es ist auch in der Grosspraxis möglich. Die Einzelpraxis kann jedoch ein solches Angebot spezifisch hervorstreichen, vielleicht spezifischer als die Grosspraxis, die nach aussen poliklinikartig das Medizintechnische vertritt, auch wenn sie dies gar nicht unbedingt will. Es darf nicht soweit kommen, dass die Patienten mit komplexen Problemen in den *Alternativsektor* abwandern, nur weil dem angestellten Zentrumsarzt für *derlei Anliegen* keine Zeit bleibt.

Beziehung und Empathie bleiben unverzichtbar

Der Bedarf nach tragfähiger Beziehung und Empathie in der Hausarztmedizin ist kein Luxus, sondern eine umfassende und nachhaltige – wahrscheinlich langfristig auch kosteneffizientere – Betreuung. Welche Praxisform, Einzelkämpfer oder Managed-Care-Zentrum, dies schliesslich eher bietet und langfristig bezahlbar ist, bleibt abzusehen und zu erforschen. Die Einzelpraxis bzw. wichtige ihrer Aspekte behalten ihre Berechtigung und diese Vorteile sollten allenfalls mit Anpassungen auch in neueren Praxismodellkonzepten Einzug halten.

Übrigens: auch ich suche jemanden, der meine Praxis fortführt oder interessiert ist, in diesem Modell mit mir noch eine Zeitlang mitzuarbeiten ...

Mein herzlicher Dank für die kritische Gegenlektüre und die wertvollen Ergänzungen geht an Bruno Kissling.

Literatur:

- 1 Kissling B. Arzt- und Patiententreue in Zeiten einer mobilen Gesellschaft. *PrimaryCare*. 2013;13(05):93–4.
- 2 Lorenzetti RC, Mitch Jacques CH, Donovan C, Cottrell S, Buck J. Managing difficult encounters: understanding physician, patient, and situational factors. *Am Fam Physician*. 2013;87(6):419-25.

Korrespondenz:

Dr. med. Pierre Loeb
Winkelriedplatz 4
4008 Basel
loeb[at]hin.ch