

Franz Marty, Medizinisches Zentrum gleis d Chur

Einzelpraxis weiterhin wichtig!

Mit Interesse habe ich den ausgezeichneten Artikel von Pierre Loeb [1] und die Leserbriefe der Kollegen Zürcher, Schalch und Heer [2–4] gelesen. Von Kollege Schalch fühle ich mich speziell angesprochen, da ich 10 Jahre im Schanfigg Talarzt und an der Entwicklung der von ihm erwähnten «Grosspraxis» in Chur mitbeteiligt war.

Die Devise «Die Einzelpraxis – ein Auslaufmodell»

Die Devise «Die Einzelpraxis – ein Auslaufmodell» tauchte im Laufe des Jahres 2006 in der gesundheitspolitischen Diskussion auf, als den Politikern und Behörden klar wurde, dass die schweizerische Primärversorgung in absehbarer Zeit an einem Hausarztmangel leiden wird. Oft hatte man den Eindruck, diese Devise diene als Allheilmittel gegen den Hausärztemangel – und dann immer öfter als Schlagwort, um die Appelle von hausärztlicher Seite nach struktureller Verbesserung der Hausarztmedizin (in Weiterbildung, Lehre und Forschung, als Basis eines attraktiven medizinischen Faches) an den Absender zurückzuschicken.

Die Infrastruktur in der Primärversorgung war bis vor etwa 10 Jahren, abgesehen von Ausnahmen, uniform, sie glich einer «Monokultur»: Die berufliche Karriere, das Arbeitsfeld und der Lebensweg des Hausarztes waren nach der Übernahme oder der Eröffnung einer Praxis klar vorgegeben und vom Hausarzt individuell nur schwer zu verändern.

Die Hausärzte reagierten allerdings rasch auf die Herausforderungen. Viele scheuten das Risiko nicht und entwickelten neue Formen der Zusammenarbeit in kleineren oder grösseren Einheiten. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Parallel werden Hausarztpraxen neu auch von privaten oder öffentlichen Investoren (z.B. Gemeinden) gekauft oder erstellt und betrieben.

Die «Landschaft» für zukünftige Hausärzte sieht heute völlig anders aus als vor 10 Jahren. Wo früher nur Kaffee wuchs, entwickelte sich eine gut diversifizierte Fauna!

Die «Landschaft» für zukünftige Hausärzte sieht heute völlig anders aus als vor 10 Jahren.

Einzelpraxis: notwendiger Baustein in der schweizerischen Primärversorgung

Die Primärversorgung wird weiterhin auf Einzelpraxen angewiesen sein und sie werden ohne Frage ein wichtiger Praxistyp bleiben. Die Einzelpraxis ist effizient, aus topographischen Gründen eine Notwendigkeit, bei vielen Patienten beliebter als grosse Strukturen und für viele Hausärzte (je nach Persönlichkeitstyp und familiärer Situation) das ideale berufliche Umfeld. Dieser Praxistyp ist nicht einfach veraltet und «out», wie die vielen Neuerungen seit den 90-er Jahren wie Netzwerke¹, Qualitätszirkel und auch neue Initiativen [5] zeigen. Der Hausarzt in der Einzelpraxis kann seine Mit- und Zusammenarbeit mit diesen Strukturen individuell abstimmen. Denkbar ist auch, dass sich in Zukunft Grosspraxen und Einzelpraxen zu Kooperationen finden und z.B. Ressourcen teilen (MPA, Praxisassistenten, Einkauf, Verwaltung, Ferienablösung u.a.).

¹ Die regionalen Netzwerke wie z.B. Eastcare (<http://www.eastcare.ch>), Argomed (<http://www.argomed.ch>), medix (mediX schweiz).

Gegenüberstellung Kleinpraxis – Grosspraxis

Die Gegenüberstellung «Kleinpraxis» versus «Grosspraxis» (Tabelle 1 im Artikel von Pierre Loeb [1]) trifft aus meiner Sicht den Punkt allerdings nicht ganz: So wenig wie «die» Einzelpraxis gibt es die Gruppenpraxis, die Grosspraxis oder das Gesundheitszentrum. Die Zufriedenheit, die Autonomie, die Möglichkeiten des Hausarztes hängen vermutlich weniger von «klein» versus «gross» als vielmehr von den Besitzverhältnissen und der Entschädigungsform ab: So wird der angestellte Hausarzt in einer Einzel- oder Doppelpraxis, die im Investment-Portefeuille eines Praxisunternehmers ist, vermutlich ähnliche Einschränkungen der Autonomie erleben und ein ähnliches Engagement entwickeln wie der von einem Gesundheitsunternehmen angestellte Arzt in einer Grosspraxis oder einem Gesundheitszentrum.

Die Besitzverhältnisse und die Entschädigungsform sind meines Erachtens der Dreh- und Angelpunkt. Sie prägen stark das Arbeitsklima und beeinflussen das Engagement, die Übernahme von Verantwortung und das «Eingebundensein» in alle Prozesse des Arbeitsplatzes und der Arbeit mit Patienten.

Das Medizinische Zentrum in Chur

Kooperative Modelle, z.B. aus einer Zusammenlegung von Praxen, bieten die Chance einer ärztlichen und persönlichen Autonomie wie in einer Einzelpraxis in Verbindung mit den Vorteilen, welche die Arbeit in der Gruppe bietet. Es gilt dann, durch eine clevere Organisationsentwicklung diese Betriebskultur zu festigen und den nachfolgenden Jungärzten «weiterzureichen». Allerdings ist die Entwicklung eines solchen Modells ein langwieriger Prozess, auf Toleranz und viel Goodwill der Teilnehmer angewiesen – und ein gehöriges Stück Arbeit.

So konnten wir im (ärzteeigenen) Medizinischen Zentrum (MeZ) in Chur auch nach fünf Betriebsjahren in allen wichtigen Aspekten die Autonomie einer Einzelpraxis wahren (freie Arztwahl, Ferien frei gestaltbar, individuelle Verantwortung, freie Wahl in der Fortbildung, Konstanz der Arzt-/Patientenbeziehung), aber die Vorteile der Gruppe nutzen (Abstützung im Team, kurzer Zugang zu Ressourcen/Qualitäten der anderen Teammitglieder, Entlastung von administrativen Arbeiten, Ferienvertretung u.a.).

Den Aufwand für Sitzungen zu Planung und gegenseitiger Abstimmung («administrative Zeitfresser») konnten wir auf ein Minimum reduzieren (1–2 Sitzungen pro Monat, Montagmorgen von 7.30 bis 8.15 Uhr).

Zum Leserbrief von Kollege Schalch

«Was nützt dem Bauern im Schanfigg in einer Winternacht die nur dort rentable Grosspraxis in Chur?» – In der kalten Winternacht ist der Notfallarzt der Stadt Chur oder die Sanität (144) zuständig, da nützt die Grosspraxis wenig. Das MeZ sprang aber seit der Verwaisung der Arztstelle im Schanfigg in die Bresche: Wir betreiben eine Aussensprechstunde, einmal wöchentlich, mit Besuchen in allen Dörfern nach Bedarf. Für akute medizinische Probleme ist für die Bewohner des Schanfigg ein Zugang gleichentags gewährleistet. Fallbeispiel: Der Hirte, der abends mit verdächtig nach Angina pectoris klingenden Beschwerden anrief, wurde um 19 Uhr im MeZ untersucht und bei Verdacht auf instabile Angina ins Kantonsspital

weitergewiesen. Die Angiographie zeigte einen operativ anzugehenden Befund, und der Patient wurde am selben Abend in Zürich mit einem Bypass versorgt.

Praxisassistenz

Als wichtiger Bestandteil einer produktiven Zusammenarbeit unter den Hausärzten bei uns im MeZ erwies sich interessanterweise das Anbieten einer Praxisassistenz-Stelle. Der Grund ist vermutlich folgender: Der Praxisassistent / die Praxisassistentin arbeitet in Vertretung aller Mandanten. Dies erforderte ein sorgfältiges Aufgleisen des Projekts und klare Kommunikation von Interessen (Einsatz der Assistenten, Verteilung der Kosten u.a.). Das Projekt «Praxisassistenz» erfordert zudem eine kontinuierliche gemeinsame Planung, also verlässliche und klare Kommunikation und den Einsatz aller in der Betreuung wie auch im fachlichen Austausch. Es schuf so unter den Hausärzten ein ständiges Feld interaktiver Zusammenarbeit und es fördert die kommunikative Kompetenz.

Aktuell begleiten wir die zehnte Praxis-Assistenz. Zwei Assistenten und zwei Assistentinnen fanden ihre Zukunft in der Einzelpraxis/Gemeinschaftspraxis (ein Assistent wird eine Bündner Talschaftspraxis übernehmen), ein ehemaliger Assistent und eine ehemalige Assistentin sind heute als Hausärzte im MeZ tätig und drei junge Kollegen und Kolleginnen setzten nach der Assistenz bei uns die Weiterbildung zum Facharzt fort.

Der medizinische Nachwuchs entscheidet sich während der Weiterbildung für die Fachrichtung [6] und die Präsenz der Hausarztmedizin in der Weiterbildung ist in der Schweiz noch schwach. Grosspraxen können viel zur Sicherstellung der Weiterbildung in der Hausarztmedizin beitragen – und selber von der Praxisassistenz profitieren.

«Einzelpraxis versus Grosspraxis» ist der falsche Ansatz – es ist ein «sowohl als auch»

Persönliches Fazit

Aus persönlicher Sicht kann ich sagen, dass der gemeinsame Aufbau einer grossen Struktur sehr spannend war und die Prozesse des Zusammenarbeitens immer noch ausserordentlich lehrreich sind. Ich konnte meine persönlichen Ziele (sequentielles Arbeiten mit 50–70%-Pensum) nach 5 Jahren Aufbauarbeit erreichen. Die 10 Jahre Einzelpraxis im Schanfigg möchte ich keinesfalls missen. Die Angebundenheit war im Vergleich zum MeZ allerdings viel stärker, was aber sehr gut in die damalige Lebensphase passte (Kinder).

Ich denke, «Einzelpraxis versus Grosspraxis» ist der falsche Ansatz. Es ist ein «sowohl als auch». Mit einem breiten Angebot an Praxistypen gewinnt die Hausarztmedizin entschieden an Attraktivität und der Hausarzt an Autonomie: Er hat die Flexibilität, sein berufliches Feld seinen Zielen und Vorlieben sowie seinen Stärken und auch den Lebensphasen immer wieder anzupassen. Bruno Kissling wies in seinem Bericht darauf hin [7]: Hausarztmedizin ist das medizinische Fach mit dem direktesten Bezug zu den verschiedenen Schichten und Gemeinschaften innerhalb der Gesellschaft. Sie passte und passt sich diesen Realitäten immer wieder an und entwickelt Versorgungsstrukturen und -modelle, welche den Bedarf der Bevölkerung an medizinischer Primärversorgung decken.

Literatur

- 1 Loeb P. Die Einzelpraxis – wirklich ein Auslaufmodell? PrimaryCare. 2013; 13(10):174–6.
- 2 Zürcher K. Verantwortung ist unteilbar. PrimaryCare. 2013;13(12):212.
- 3 Schalch E. Das Zauberwort heisst Delegation. PrimaryCare. 2013;13(12):212.
- 4 Heer G. Vielseitige Qualität. PrimaryCare. 2013;13(12):212.
- 5 Weber J. Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung. Schweiz Ärztzeitung. 2012;93(45):1643.
- 6 Tandjung R, Garaventa-Tadres D, Rosemann T, Djalali S. Spezifische Weiterbildungsangebote für Hausarztmedizin in der Schweiz – Bestandsaufnahme verschiedener kantonaler Programme. Praxis. 2013;102(14):843–9.
- 7 Kissling B. Arzt- und Patiententreue in Zeiten einer mobilen Gesellschaft. PrimaryCare. 2013;13(5):93–4.

Korrespondenz:

Dr. med. Franz Marty
Erlenweg 8
7000 Chur
mesmeta[at]bluewin.ch