

Adrian Wirthner

Vom Chef zum Teamplayer

Ein etablierter Einzelpraktiker sucht in der Regel einen Partner für eine Praxisgemeinschaft, wenn er nicht länger als Einzelkämpfer tätig sein möchte. Eher ungewöhnlich ist es, wenn langjährige Einzelpraktiker ihre Praxen auflösen und ihren Betrieb in eine bestehende Grosspraxis mit gemeinsamer Abrechnung integrieren – und somit von der Selbständigkeit ins Anstellungsverhältnis wechseln. Ein Fallbeispiel aus Bern.



Adrian Wirthner

Die Praxis Bubenberg betreibt als Aktiengesellschaft im Eigentum der Mitarbeitenden seit 1998 in Bern eine Grundversorgergemeinschaftspraxis mit zwölf Ärztinnen und Ärzten und etwa 32 Mitarbeitenden. Davon sind 24 Aktionäre. Die AG eröffnete im Sommer 2008 eine zweite Grosspraxis direkt gegenüber vom bisherigen Standort. An der Aktienkapitalerhöhung beteiligten sich auch zwei selbständige Grundversorger aus Bern, wovon der eine seit elf Jahren in einer Einzelpraxis, der andere seit 15 Jahren in einer Doppelpraxis tätig

war. Sie lösten ihre Unternehmen auf und integrierten sich als Teilhaber und angestellte Ärzte mit ihren Mitarbeitenden ins mittlerweile 40-köpfige Team der Praxis Bubenberg.

Beweggründe und Motivationen

Beide Ärzte nennen als wichtigsten Beweggrund für diesen Schritt nicht etwa die aktuelle Zuspitzung der berufspolitischen Situation und die höhere ökonomische Si-

Die Entlastung von Administration und unternehmerischer Verantwortung in der Gruppenpraxis macht eine bessere Abgrenzung von Beruf und Familie möglich.

cherheit an erster Stelle. Im Vordergrund steht viel mehr ihre Lust auf eine Veränderung und eine persönliche und fachliche Weiterentwicklung. Hinzu kommen der Wunsch nach kollegialer Zusammenarbeit, die Lösung aus der beruflichen Isolation, eine Entlastung von der unternehme-

rischen Verantwortung und praxisorganisatorischen Belangen und dadurch ein besserer Ausgleich zwischen Beruf und Familie.

Auflösung der Einzelpraxis

Der Aufwand, den die Auflösung der bisherigen Praxis mit sich bringt, wird nicht selten unterschätzt. Wenn es um den Ausstieg geht, zeigt sich, wie wichtig gut geregelte Verträge mit bisherigen Partnern oder Vermietern sind. Die Suche nach Nachfolgern, der Verkauf von Inventar, buchhalterische Abgrenzungen und steuerliche Abschlüsse und vieles mehr verbrauchen reichlich zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen. Eine offene, umfassende und frühzeitige Kommunikation mit den Mitarbeitenden, den Patientinnen und Patienten und allen Geschäftspartnern ist unabdingbar.

Die Erfahrungen des Arztes

- *Entlastung und Sicherheit:* Die Entlastung des Arztes von Administration und unternehmerischer Verantwortung und die dadurch mögliche Verbesserung der Abgrenzung von Beruf und Familie werden als äusserst positiv und sofort spürbar geschildert. Das kollektive Wissen des Ärzteteams, die tägliche «Psychohygiene» durch das kollegiale Gespräch und die Entlastung durch das Teilen der Verantwortungen und der Notfalldienste werden als Plus hervorgehoben. Das Gefühl der organisatorischen und ökonomischen Sicherheit ist entlastend. Die bange Frage, wie es beispielsweise bei einer Erkrankung oder nach einem Unfall mit längerer Arbeitsunfähigkeit weitergehen soll, entfällt.
- *Verlust von Freiheiten:* Grosspraxen brauchen eine klare Organisation und Planung. Der Freiheit bei der Wahl der Arbeitszeiten und Ferien sind gewisse Grenzen gesetzt. Auch Anpassungen bei den Arbeitsabläufen in der Kooperation mit den Kollegen und medizinischen Praxisassistentinnen, bei Notfallkonzepten oder etwa bei der Auswahl der Medikamente und Hilfsmittel sind notwendig. Was vorher ein blinder Griff in die vertraute Schublade war, muss plötzlich hinterfragt und koordiniert werden.
- *Ärgernis Krankengeschichte – ob Papier oder elektronisch:* Grosspraxen mit den zahlreichen Nahtstellen zwischen Ärzten, Patienten und MPA erreichen nur mit einer elektronischen Krankengeschichte eine ausreichende

Dokumentationsqualität. Einige Kubikmeter Papierkrankengeschichten des einen Arztes mussten in die neue Praxis transportiert und dort nun nach Erfassen aller wichtigen Eckdaten wie Personalien, Diagnosen und Medikamente schrittweise eingescannt werden. Schlichtweg unglaublich ist aber, dass die Migration der elektronischen Krankengeschichte des anderen Arztes ins Gruppenpraxissystem technisch offenbar nicht machbar war, obwohl er das gleiche Produkt wie die Grosspraxis benutzt. Bei den Softwareanbietern scheint diesbezüglich kein Interesse vorhanden zu sein.

Die Sicht der Praxisassistentinnen

Nicht alle MPA waren gewillt, ihrem Chef in die Grosspraxis zu folgen. In der Praxis Bubenberg wählen die MPA, die eine eigenständige Organisation mit klaren Leitungsstrukturen innerhalb des Organigramms bilden, ihre Arbeitskolleginnen selber aus. Die MPA, die ihrem Chef folgen wollten, mussten ein reguläres Aufnahmeverfahren durchlaufen, erlebten dies jedoch als sehr hilfreich, um nachher im Team integriert zu sein. Die zwei lernenden MPA waren von diesem Verfahren ausgenommen. Während die Arbeit der MPA in der Einzelpraxis von blindem Verständnis und der 1:1-Situation zum einzigen Chef geprägt ist, müssen in der Grosspraxis die Abläufe klar organisiert und verbindlich sein, da sie vielschichtiger und komplexer sind. Die MPA ist nicht mehr mit jedem Patienten persönlich vertraut. Sie hat jedoch im Vergleich zu vorher weit mehr Flexibilitäten bei der Arbeitszeiteinteilung und der Ferienplanung. Das Team und das Unternehmen stehen im Zentrum, nicht mehr der Chef.

Die Reaktion der Patienten

- «Wie konnten Sie nur, Herr Doktor?!»: Einige wenige Patienten reagierten mit Entsetzen und Befremden auf den Wechsel ihres Hausarztes an den neuen Ort. Sie hatten nachvollziehbar Mühe, sich in diesem grossen Betrieb mit den vielen neuen Gesichtern zu Recht zu finden. Etwa eine Handvoll forderte die Herausgabe ihrer Krankengeschichte, um zu einem andern Arzt zu wechseln.

- «Das einzig Richtige»: Die meisten Patientinnen und Patienten bringen der Entscheidung ihres Hausarztes aber viel Verständnis entgegen. Sie sind begeistert von

Die meisten Patienten sind von den verbesserten diagnostischen und therapeutischen Angeboten, den langen Öffnungszeiten und dem praxis-eigenen Notfalldienst begeistert.

der verbesserten Infrastruktur, den langen Öffnungszeiten, den vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Angeboten und dem praxiseigenen Notfalldienst mit Hausbesuchen rund um die Uhr. Die Einbettung ihres Arztes in ein Team erfahren sie als vorteilhaft.

Unternehmenssicht und Bilanz

In den Zeiten des Zulassungsstopps und der grossen Konkurrenzdichte des Angebots in den Zentren lassen sich mit der Integration von Einzelpraktikern ins Unternehmen zwei brennende Probleme auf einen Schlag lösen: Die Einstellung von Ärzten mit einer eigenen Zulassungsnummer und die Akquisition von Neukunden.

Entscheidend für den Erfolg dieser Integration war, dass die beiden Ärzte mit dem Unternehmen und den neuen Teamkolleginnen und -kollegen durch gemeinsame Qualitätszirkelarbeit seit Jahren vertraut waren. Damit waren die Risiken auf beiden Seiten besser kalkulierbar. Die Zusammenlegung der Betriebe liess sich auf einer gemeinsamen Kultur und Wertewelt aufbauen, die für das Gelingen einer solchen Integration entscheidende Voraussetzung sind.

Korrespondenz:

Dr. med. Adrian Wirthner, M.H.A.
 Facharzt Allgemeinmedizin FMH
 Leiter Praxis Bubenberg/mediXbern
 Bubenbergplatz 11
 3011 Bern
 adrian.wirthner@praxis-bubenberg.ch

Adrian Wirthner

«If you don't think you work harder than your partners then you're not working hard enough»

In den ärztlichen Gruppenpraxen verhält es sich nicht anders als in den meisten Beziehungen: Man ist oft damit beschäftigt, gemeinsam die Probleme zu lösen, die man alleine gar nicht hätte. Im Zentrum steht dabei nicht zuletzt die gerechte Verteilung der Arbeitsbelastung.

Mittlerweile haben wir auch in der Schweiz viele Jahre Erfahrung mit den Vor- und Nachteilen, die die Arbeit in einer Gruppenpraxis mit sich bringt. Eine bessere Auslastung der Infrastruktur, die befruchtende Arbeit im Team, das Verhindern einer beruflichen Isolation oder das Verteilen der administrativen Arbeiten und der Notfalldienste auf viele Schultern sind unbestritten Vorteile. Demgegenüber steht der Organisationsaufwand, wobei das Vergütungsmodell und die gerechte Verteilung der Arbeitsbelastung im Zentrum stehen.

Bei der Entlohnung haben sich Modelle mit einem fixen Lohnanteil und Sozialleistungen in Kombination mit einer Umsatzkomponente bewährt. Hinzu kommen Vergütungen aus dem Notfall- und Nachtdienst sowie allenfalls Bonuszahlungen und Dividenden bei gutem Geschäftsgang. Hier gibt es bei der Ausgestaltung viel Freiheit.

Schwieriger wird es bei der gerechten Verteilung der Arbeitsbelastung. Wir kennen das Phänomen der unterschiedlichen Konsultationsstile spätestens seit der Assistentenzeit im Spital: Auf der einen Seite sind die «Fast Consulters», die mit ihrer Arbeit immer zur Zeit fertig sind, ihr Pensum rasch und speditiv erledigen und in der Regel pünktlich nach Hause gehen. Sie nehmen es unter Umständen in Kauf, fünf auch mal gerade sein zu lassen, um effizient zu bleiben und ihren Zeitplan einhalten zu können. Auf der anderen Seite stehen die «Slow Consulters», die sehr oft in Verspätung geraten, bei der Erledigung der anfallenden Arbeiten durch ihre Gewissenhaftigkeit und Akribie nur zäh vorankommen und das Haus meist erst spät abends verlassen. Fast Consulters beklagen sich nun nicht selten, dass ihnen wegen ihrer Effizienz häufig Zusatzaufgaben aufgeladen werden, da man sich auf eine rasche Erledigung verlassen kann. Das medizinische Hilfspersonal, das meist mit der Verteilung der anfallenden Arbeit betraut ist, kann darauf zählen, trotz Notfällen und Unvorhergesehenem pünktlich nach Hause gehen zu können.

Die Slow Consulters beklagen die unsorgfältige und schludrige Arbeit ihrer «schnellen» Kollegen, die nur die einfachen und rasch zu erledigenden Konsultationen zu-

geteilt bekommen, während sie selber sich mit schwierigen und komplexen Aufgaben beladen sehen, die zeitraubend, belastend und undankbar sind. Tatsache ist, dass die Agenden der einzelnen Ärzte auch nach Jahren der gemeinsamen Arbeit sehr unterschiedlich ausgelastet sein können. Während der eine einen grossen Patientenstamm hausärztlich betreut, klaffen beim andern jeden Tag Lücken im Sprechstundenplan.

Diese subjektiv als ungerecht empfundene Verteilung der Arbeitsbelastung kann innerhalb des Teams zu erheblichen Spannungen führen, die erfahrungsgemäss als sehr heikel eingestuft und deshalb in der Gruppe ungenügend kommuniziert und diskutiert werden, obwohl gerade dies von grosser Wichtigkeit wäre. Kleine Praxen mit bis zu drei Ärztinnen oder Ärzten können das Problem mit gegenseitigem Vertrauen und Flexibilität lösen. In grösseren Gruppen haben sich regelmässige Umsatzreports bewährt, die allen zugänglich und transparent sind. Als hilfreich hat sich hierbei der TARMED-Tarif erwiesen, da dieser den Umfang der verrechneten wertschöpfenden Arbeit genau und vergleichbar dokumentiert.

Dennoch kann diese subjektiv unterschiedliche Verteilung der Arbeitsbelastung erheblich zur Unzufriedenheit am Arbeitsplatz beitragen. Sie soll sogar einer der individuellen und organisatorischen Prädiktoren für eine depressive Entwicklung von Grundversorgern am Arbeitsplatz sein – ebenso wie eine übermässig selbstkritische Grundstimmung, wenig Schlaf oder eine stark rivalisierende Geschwisterbeziehung in der Kindheit. Angeblich wählen gerade Menschen, die in konfliktreicher Geschwisterbeziehung aufgewachsen sind, die Grundversorgung als späteres Tätigkeitsfeld. Das stark an den familiären Rahmen erinnernde Umfeld der Grundversorgung könne als Ort für eine Wiederinszenierung oder eine Aufarbeitung der früher erlebten Konflikte gedeutet werden.

In diesem Kontext dürfte es schwierig sein, die subjektiv erlebte Ungerechtigkeit mit einer simplen Umsatz- oder Zeiterfassung zu bewältigen.

Literatur

- 1 Branson R, Armstrong D. General practitioners' perceptions of sharing workload in group practice: qualitative study. *BMJ*. 2004;329:381.
- 2 Firth-Cozens, J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *British Journal of General Practice*. 1998;48:1647–51.