

Zusammenschluss von Hausarztpraxen zum SCHAAZ¹ – Auswirkungen auf Arbeitszufriedenheit und Burnout-Risiko

Merging Rural Family Practices into the SCHAAZ¹ – Effects on Work Satisfaction and Risk of Burnout

Antje Erler², Martin Beyer², Gerhart Welbers³, Ferdinand M. Gerlach²

Einführung: Hausärzte im ländlichen Raum haben eine hohe Arbeitsbelastung, wenig Freizeit und schlechte infrastrukturelle Bedingungen für Partner und Familie, was zu einem zunehmenden Nachwuchsmangel führt. Als zukunftsträchtiges Versorgungskonzept wurde vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2009 das Modell einer Primärversorgungspraxis (PVP) entwickelt. Mit dem Zusammenschluss von sechs Hausärzten zum „Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum (SCHAAZ)“ wird seit Juli 2009 ein neues Primärversorgungsmodell im ländlichen Raum erprobt, das einige Elemente einer Primärversorgungspraxis aufweist. Arbeitsbelastung, Burnout-Risiko und Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei den Ärzten, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit der Medizinischen Fachangestellten (MFA) und die Patientenzufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung wurden begleitend untersucht.

Methode: Hausärzte, MFA und eine repräsentative zehnpromtente Patientenstichprobe wurden vor dem Zusammenschluss (T0) und nach 12 Monaten (T1) mittels eines selbst entwickelten Fragebogens sowie den standardisierten Instrumenten *Maslach Burnout Inventory* (MBI-D), *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) und *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice* (EUROPEP) befragt.

Ergebnisse: 6/6 Hausärzten, 14/15 MFA und 301/439 Patienten beantworteten die Fragebögen zu T0 und T1. Aus Sicht der Ärzte nahmen die Arbeitsbelastung ab und die Zeit für Familie und Freizeit zu. Der MBI-D zeigte eine signifikant höhere persönliche Erfüllung durch die Arbeit. Aus Sicht der MFA ergab sich im COPSOQ eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, der Führung durch die

Introduction: Unfavourable working conditions such as a high workload, little time for leisure activities, and a lack of infrastructure for spouse and children contribute to the rising shortage of young family doctors in rural areas in Germany. In its 2009 report, the Federal Advisory Council proposed 'Primary Care Practices' as a future organizational model for primary care. In July 2009, six family practitioners (FPs) in rural Schaafheim (Hesse) founded a health center with several elements of a primary care practice. We evaluated the impact of the model on work-life balance and risk of burnout of FPs; on working conditions and work satisfaction of health care assistants (HCA); and on patient acceptance.

Methods: FPs, HCAs, and a 10% sample of patients were asked to answer self-administered questionnaires before (T0) and 12 months after the primary care model was founded (T1). We also used the Maslach Burnout Inventory (MBI-D) for FPs, the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) for HCAs, and the EUROPEP for patients as standardized instruments.

Results: 6/6 FPs, 14/15 HCAs, and 301/439 patients answered the questionnaires at T0 and T1. FPs reported a decreased workload and more leisure time. The MBI-D showed significantly higher scores for personal fulfillment through work at 12 months. The COPSOQ results showed more responsibility for HCAs and better leadership by FPs, which resulted in higher work satisfaction. The results of the EUROPEP showed that patients generally accepted the practice changes.

Conclusions: The Primary Care Practice model seems to improve some of the unfavorable working conditions in rural areas.

¹ Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum

² Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main

³ Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum, Schaafheim

Peer reviewed article eingereicht: 22.03.2012, akzeptiert: 30.05.2012

DOI 10.3238/zfa.2012.0303-0312

Ärzte und der Unterstützung im Team. Die Ergebnisse des EUROPEP zeigten insgesamt eine gute Akzeptanz der Veränderungen durch die Patienten.

Schlussfolgerungen: Ein Primärversorgungsmodell wie das SCHAAZ scheint Lösungsansätze für einige Ursachen der mangelnden Attraktivität des Hausarztberufs in ländlichen Regionen zu bieten, wie hohe Arbeitsbelastung, unflexible Arbeitszeiten und mangelnde Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit.

Schlüsselwörter: Hausärztliche Versorgung, Berufszufriedenheit, Arbeitsbelastung, ärztliches Personal, Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Keywords: Family Practice, Work Satisfaction, Workload, Workforce, Rural Health Services

Einleitung und Fragestellung

Verschiedene Studien zeigen, dass 34–50% der Hausärzte in Deutschland mit ihren Arbeitsbedingungen unzufrieden sind [1, 2]. Niedrige Arbeitszufriedenheit, ein als hoch erlebtes Stressniveau aufgrund eines unzureichenden Ausgleichs zwischen Arbeit und Privatleben sowie eine hohe Arbeitslast können zu einer Burnout-Symptomatik führen [3]. Im Vergleich zu den USA oder Großbritannien geben deutsche Hausärzte ein signifikant höheres Stressniveau bei ihrer Arbeit an [4]. In einer Studie in Schleswig-Holstein waren über 20% der befragten Ärzte von Selbstüberforderung oder dem Auftreten eines Burnout-Syndroms bedroht [5], in Rheinland-Pfalz überschritten 23% der befragten Hausärzte den Grenzwert für eine Depression [6]. Hausärzte in kleinen, ländlichen Gemeinden sind tendenziell eher von Burnout-Symptomen betroffen, wie Studien aus Österreich und der Schweiz zeigen [3, 7].

In Deutschland führen die hohe Arbeitsbelastung bei im internationalen Vergleich geringen Verdienst und die schlechten infrastrukturellen Bedingungen für Partner und Familie zu einem Mangel an hausärztlichem Nachwuchs im ländlichen Raum, der die Belastung der verbleibenden Ärzte erhöht und die Sicherstellung einer ausreichenden Grundversorgung der Bevölkerung zunehmend bedroht, wie der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2009 feststellte [8]. Neue Versorgungskonzepte seien dringend notwendig, die den veränderten Bedürfnissen des ärztlichen Nach-

wuchses Rechnung tragen und die Arbeitsbedingungen für Hausärzte verbessern. Abgeleitet von nationalen und internationalen Vorschlägen und Modellen wird in dem Gutachten ein Konzept für eine Primärversorgungspraxis (PVP) vorgestellt, das den Zusammenschluss von Einzelpraxen zu einer größeren Einheit empfiehlt. Auf diese Weise können mehrere Hausärzte beschäftigt werden, wodurch das Angebot von flexiblen Arbeitszeitmodellen sowie der kollegiale Austausch gefördert und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessert werden kann. Die Realisierung eines Teamansatzes in der Versorgung innerhalb der Praxis (z.B. durch eine größere Anzahl z.T. spezialisierter Medizinischer Fachangestellter, MFA) schafft Entlastungspotenzial für Hausärzte [9].

Internationale Reviews über die Einbeziehung von ärztlichen Assistenzberufen in der Patientenversorgung zeigen einen leichteren Zugang zu hausärztlicher Versorgung bei gleichbleibender oder sogar höherer Versorgungsqualität, reduzierte Wartezeiten und eine gute Akzeptanz bei Patienten [10, 11]. Untersuchungen zum Einsatz von Fallmanagerinnen in deutschen Hausarztpraxen zeigen, dass die Mehrzahl der befragten MFA dazu bereit wäre, ein erweitertes Aufgabenspektrum zu übernehmen [12, 13].

Beispielhaft für ein bereits in Angriff genommenes Primärversorgungsmodell im ländlichen Raum wird das im Juli 2009 eröffnete „Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum (SCHAAZ)“ untersucht [14]. Es entstand auf Initiative von sechs Hausärzten (je drei Ärzten und Ärztinnen aus drei Gemeinschaftspraxen), von denen vier zuvor vergeblich Nachfolger für die Abgabe ihrer Praxen

aus Altersgründen gesucht hatten. Das Modell enthält sowohl (infra-)strukturelle als auch inhaltliche Elemente einer PVP. In Zusammenarbeit mit der Gemeinde und einem Investor wurde ein Gebäude umgebaut, in dem sich neben den Hausarztpraxen eine Apotheke, ein Zahnarzt und eine Physiotherapiepraxis befinden. Die Größe der Räumlichkeiten ermöglicht verschiedenen Fachspezialisten, eine wöchentliche Filialsprechstunde im SCHAAZ abzuhalten. In einem integrierten Patientenschulungsraum und einer Lehrküche bietet eine als Diabetesassistentin spezialisierte MFA Schulungen und Hilfe beim Selbstmanagement für alle SCHAAZ-Patienten an. In Zusammenarbeit mit der Physiotherapiepraxis werden von einer qualifizierten MFA Trainingsprogramme für Bewegung und Ernährung durchgeführt. Durch die Vergrößerung des Teams ist eine gezielte Personalentwicklung und Qualifizierung interessierter Mitarbeiterinnen möglich geworden. Die Apotheke versorgt viele Patienten des SCHAAZ mit Medikamenten, was Voraussetzungen für eine gemeinsame Überwachung des Medikamentenplans durch Hausärzte und Apotheker schafft. Obwohl das Zentrum aufgrund der unterschiedlichen Größe der ursprünglichen Gemeinschaftspraxen aus steuerrechtlichen Gründen derzeit noch als Praxisgemeinschaft geführt wird, nutzen die Hausärzte Anmeldung, Geräte sowie ein Team von 15 MFA (entsprechend 10 Vollzeitäquivalenten) mit unterschiedlichen Zusatzqualifikationen gemeinsam. Außerdem wurde in eine einheitliche Praxis-EDV mit elektronischer Patientenakte investiert. Durch die erweiterten infrastrukturellen und

| Patienten | Responder T0/T1 (n = 301) | Nonresponder T0 (n = 657) | Nonresponder T1 (n = 138) |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Alter in Jahren (MW; SD) | 58 (15) | 48 (17) | 49 (17) |
| Geschlecht (% männlich) | 43 | 54 | 50 |
| Familienstand (% verheiratet) | 72 | | 69 |
| Schulbildung (% Haupt- und Realschule) | 74 | | 69 |
| Berufstätigkeit (% ja) | 52 | | 69 |
| Haushaltseinkommen ^a (% unter Durchschnitt) | 62 | | 66 |
| Persönlicher Hausarzt (% ja) | 95 | | 89 |
| Patient dieser Hausarztpraxis in Jahren (MW; SD) | 29 (16) | | 23 (14) |
| Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Ihre Hausarztpraxis aufgesucht? (% > fünfmal) | 46 | | 42 |
| Chron. Erkrankung (% ja) | 58 | | 59 |
| Gesundheitszustand (% ausgezeichnet/sehr gut/gut) | 59 | | 56 |

^aDurchschnittliches Nettohaushaltseinkommen (=Einkommen nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) pro Monat in Deutschland (Statistisches Bundesamt: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe – Einkommensverteilung in Deutschland – FS 15 Heft 6; <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/EinkommenVerbrauch/Einkommensverteilung.html?nn=65916> [acc. 14.05.2012])

Tabelle 1 Charakteristika der Studienpatienten (Responder T0/T1) und derjenigen Patienten, die nicht an der Studie teilnehmen wollten (Nonresponder T0), bzw. für die nur Daten zu T0 vorliegen (Nonresponder T1).

personellen Kapazitäten im SCHAAZ ergeben sich Möglichkeiten für eine verbesserte interdisziplinäre Kooperation und Arbeitsteilung von Hausärzten, MFA, Fachspezialisten und anderen Berufsgruppen im Sinne einer teambasierenden Versorgung.

Der Zusammenschluss und seine Auswirkungen wurden vom Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt unter folgender Fragestellung wissenschaftlich untersucht:

1. Wie wirkt sich der Zusammenschluss auf Arbeitsbelastung und Burnout-Risiko der Hausärzte sowie auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie aus?
2. Wie wirkt sich der Zusammenschluss auf Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit der MFA aus?
3. Wie wirkt sich der Zusammenschluss auf die Zufriedenheit der Patienten mit der hausärztlichen Versorgung aus?

Methoden

Aufgrund des explorativen Charakters der Evaluation wurden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden angewendet, da die Triangulation verschiedener Forschungsmethoden die Validität von Forschungsergebnissen in der Allgemeinmedizin erhöht [15]. Dieser Beitrag beschreibt die Methoden und Ergebnisse der quantitativen Untersuchung. Zusätzlich wird Bezug zu den Kernaussagen der qualitativen Studienergebnisse genommen, die in einem Folgeartikel mit dem Titel „Zusammenschluss von Hausarztpraxen zum SCHAAZ – eine qualitative Analyse aus organisationstheoretischer Perspektive“ von Ulrich et al. dargestellt werden.

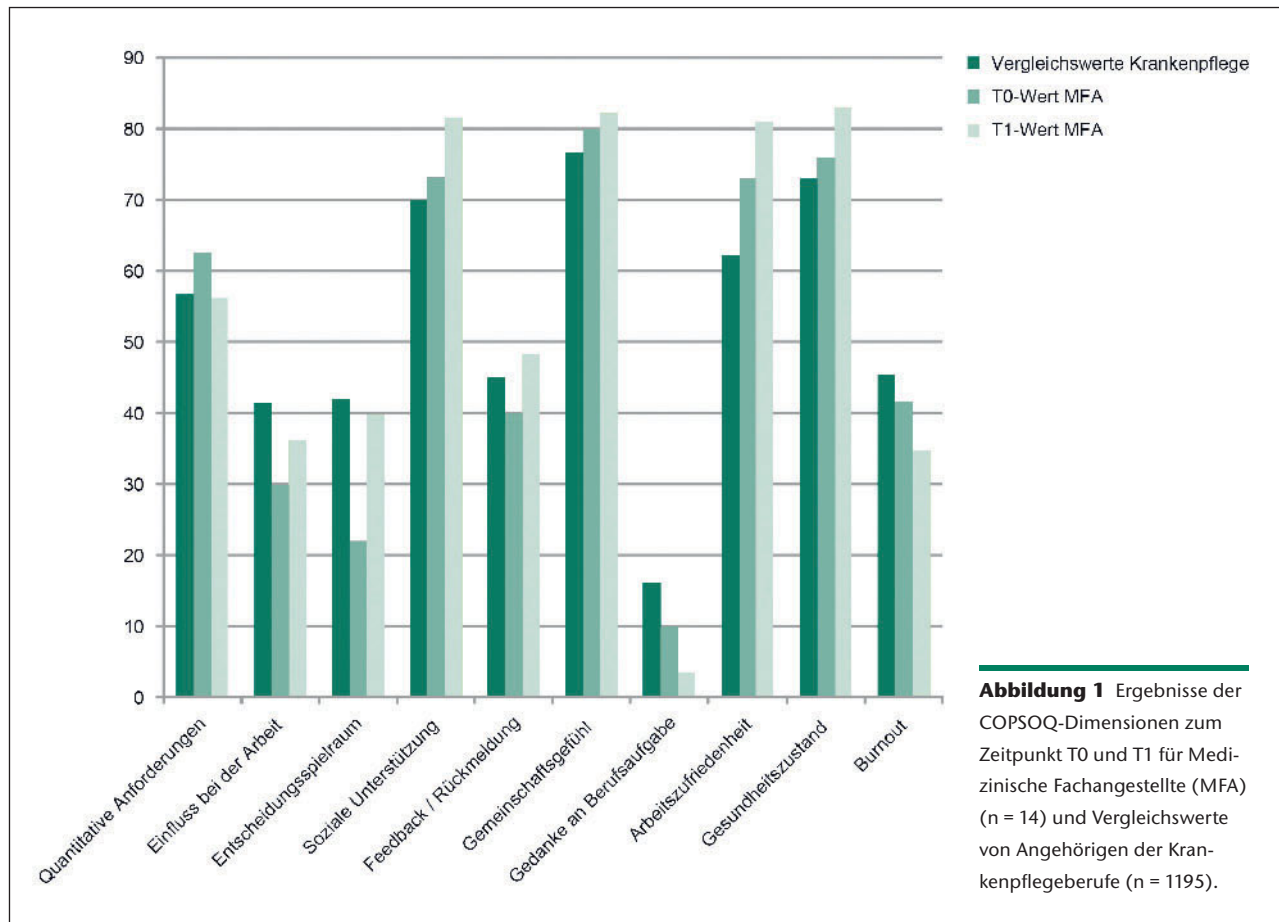
Erhebungsinstrumente

Im Rahmen einer prospektiven Fallstudie im Prä-Post-Design wurden neben einem selbst entwickelten Fragebogen für Hausärzte standardisierte und international validierte Instrumente für Hausärzte, MFA und Patienten eingesetzt, um bei der kleinen Stichprobe Vergleichswerte aus größeren (Norm-)Stichproben verfügbar zu haben.

Um die Arbeitsbelastung und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu untersuchen, wurden zwei geschlossene Fragen („Wie beurteilen Sie Ihre Arbeitsbelastung?“ und „Wie beurteilen Sie Ihre Zeit für Familie, Freunde oder Freizeitaktivitäten?“) aus dem Fragebogen für die Hausärzte ausgewertet. Die ursprünglich siebenstufige (1 = sehr zufrieden, 7 = sehr unzufrieden) Antwortskala wurde für die Auswertung zu drei Kategorien (1 = zufrieden, 2 = teils-teils, 3 = unzufrieden) zusammengefasst.

Um das Burnout-Risiko der Ärzte zu ermitteln, wurde das *Maslach Burnout Inventory* in der deutschen Fassung (MBI-D) [16] verwendet. Das Instrument ist validiert und es existieren Vergleichswerte aus Befragungen von Allgemeinmedizinern in anderen deutschsprachigen Ländern, wie Österreich und der Schweiz. Es besteht aus den drei Skalen „emotionale Erschöpfung“ (9 Fragen), „Depersonalisation“ (5 Fragen) und „persönliche Erfüllung“ (7 Fragen). Jede Frage wird auf einer sechsstufigen Likertskala mit den Ausprägungen „nie“ (1) bis „sehr oft“ (6) beantwortet. Für die beiden ersten Skalen ist ein Wert ≥ 4 , für letztere Skala sind Werte ≤ 3 als interventionsbedürftig einzustufen [17].

Die MFA wurden mittels des *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) in der deutschen Standardversion befragt, da dieses Instrument für den Einsatz in Deutschland validiert ist, und Ergebnisse von Vergleichsstichproben aus verschiedenen sozialen Berufen sowie für Pflegepersonal im Gesundheitswesen existieren [18]. Neben demografischen Angaben und offen abgefragten Verbesserungsvorschlägen enthält das Instrument 87 Fragen, die in 18 Skalen und 3 Einzelitems folgende 5 Bereiche abbilden: Anforderungen am Arbeitsplatz (4 Skalen), Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten (5 Skalen), soziale Beziehungen und Führung (8 Skalen und 1 Item), Arbeitsplatzunsicherheit



(1 Skala), Belastungsfolgen und gesundheitliche Beschwerden (4 Skalen und 2 Items).

Für die Befragung der Patienten wurde der international validierte *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice* (EUROPEP)-Fragebogen eingesetzt, der 26 Fragen zur Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung und der Praxisorganisation enthält [19] und mittels einer fünfstufigen Likertskala („ausgezeichnet“ bis „schlecht“) beantwortet wird. Im Rahmen des Europäischen Praxisassessments (EPA), eines Qualitätsmanagementsystems für Hausärzte [20], werden diese Werte in einen Zielerreichungsgrad von 0% bis 100% umgerechnet. Die in der vorliegenden Studie für jede Frage berechneten Prozentwerte wurden mit Median und Quartilen der EPA-Gesamtstichprobe verglichen [21].

Datenerhebung

Im Juni 2009, einen Monat vor der Eröffnung des SCHAAZ (Zeitpunkt T0), erfolgte eine schriftliche Befragung aller beteiligten Hausärzte (n = 6) und MFA

(n = 15) sowie einer Zufallsauswahl von 10% der Patienten in jeder der drei Gemeinschaftspraxen. Bei einer angenommenen Rücklaufquote von 50% wurden aus der Kontaktgruppe des 4. Quartals 2008 in zwei Praxen jeweils 500 Patienten und in der dritten Praxis 250 Patienten mittels der Funktion „Zufallszahlen“ im Programm SPSS (Version 15.0) ausgewählt. Dabei wurden nur „Stammpatienten“ (ohne Vertretungspatienten) berücksichtigt.

Ausschlusskriterien für Patienten waren Alter unter 18 Jahre sowie die Unfähigkeit, den Fragebogen auszufüllen (z.B. aufgrund Demenz, schwerer Erkrankung, ungenügender deutscher Sprachkenntnisse). Den in den Auswahllisten verbliebenen 1.096 Patienten wurde der mittels einer Nummer pseudonymisierte Fragebogen und ein die Studie erklärendes Deckblatt per Post zugeschickt mit der Bitte, den ausgefüllten Fragebogen innerhalb von zwei Wochen im beigelegten, vorfrankierten Antwortumschlag an das Studienzentrum zurückzuschicken. Es wurden zwei schriftliche Erinnerungsschreiben versandt. Die Befragung wurde ein Jahr

nach der Eröffnung im Juli 2010 wiederholt (Zeitpunkt T1). Dabei wurden alle Ärztinnen und Ärzte, MFA sowie diejenigen Patienten, die zum Zeitpunkt T0 geantwortet hatten und in der Zwischenzeit im SCHAAZ behandelt wurden, erneut befragt.

Datenauswertung

Alle erhobenen Daten wurden manuell (Arzt- und MFA-Fragebögen) oder per Datenlesegerät (Patientenfragebögen) in das Programm SPSS (Version 18.0) eingegeben. Für die Skalen des MBI-D und COPSOQ wurden Mittelwerte zu T0 und T1, ihre Differenz, Standardabweichungen (SD), 95%-Konfidenzintervalle (KI) und Spannweite (range) berechnet. Für den EUROPEP-Fragebogen wurde der Mittelwert des Zielerreichungsgrads für jede Frage zu beiden Erhebungszeitpunkten berechnet. Unterschiede zwischen T0 und T1 wurden mit dem t-Test für verbundene Stichproben auf Signifikanz geprüft ($\alpha < 0,05$). In die Analysen wurden nur Studienteilnehmer einbezogen, die Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten lieferten (complete case analysis).

| MBI-D Skala | MW T0 | MW T1 | MW Differenz (SD) | 95% KI | p-Wert |
|------------------------|-------|-------|-------------------|-------------|--------|
| Emotionale Erschöpfung | 3,35 | 2,78 | -0,58 (1,20) | -1,83; 0,68 | 0,292 |
| Depersonalisation | 2,07 | 1,77 | -0,30 (0,45) | -0,77; 0,17 | 0,165 |
| Persönliche Erfüllung | 4,88 | 5,24 | 0,36 (0,20) | 0,15; 0,57 | 0,007 |

Tabelle 2 Mittelwerte zu T0 und T1 und Ergebnisse des t-Tests für verbundene Stichproben für die Effektgrößen des Unterschiedes T1-T0 im MBI-D für die Hausärzte (n = 6); MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KI = Konfidenzintervall.

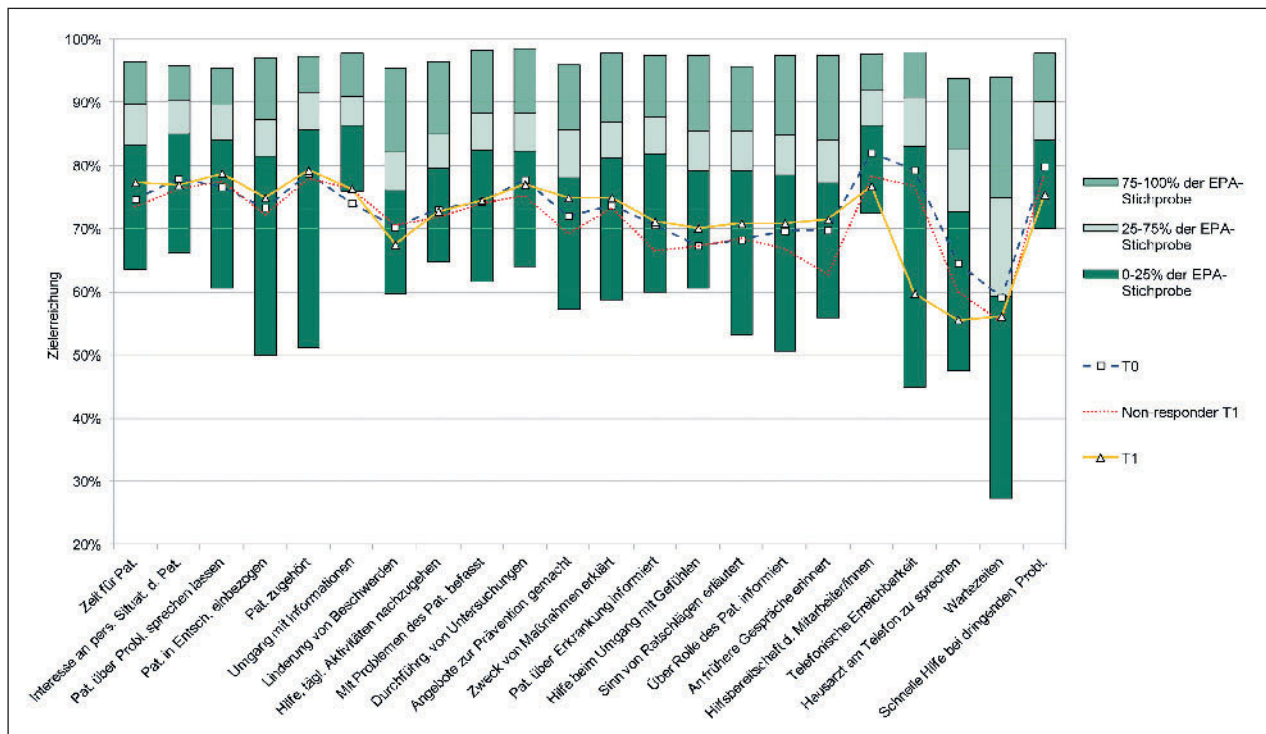


Abbildung 2 Ergebnisse des EUROPEP zum Zeitpunkt T0 und T1 für Studienpatienten (n = 301), Nonresponder zu T1 (n = 138) sowie für Patienten mit Daten nur zu T0 (Nonresponder) im Vergleich mit den Quantilen der Zielerreichung bei deutschen Hausarztpraxen im Rahmen von Befragungen beim Europäischen Praxisassessment (EPA) (n = 40.672 Patienten aus 559 Hausarztpraxen)).

Für die Gruppe der Patienten, die den Fragebogen nicht oder nur zum Zeitpunkt T0 ausgefüllt hatte, wurde anhand von Alter, Geschlecht und – soweit vorhanden – weiteren demografischen Kriterien eine Nonresponder-Analyse durchgeführt.

Ergebnisse

Rücklauf und Charakteristika von Studienpraxen und Studienpatienten

Von allen Hausärzten und -ärztinnen (n = 6) und von 14 der 15 MFA in den drei Gemeinschaftspraxen konnten zu beiden Zeitpunkten Daten erhoben werden. Zwei Ärzte und zwei Ärztinnen waren zwischen 57 und 63 Jahre alt und wiesen 20 bis 29 Jahre Berufserfahrung

auf. Ein Arzt und eine Ärztin mit einer Berufserfahrung zwischen drei Monaten und fünf Jahren waren zwischen 35 und 37 Jahre alt. Pro Praxis waren zwischen drei und acht MFA beschäftigt, davon jeweils 75%–100% in Teilzeit. Der Altersdurchschnitt der MFA lag in zwei Praxen bei 38 bis 40 Jahren, in einer Praxis bei 60 Jahren. Die Patientenzahl variierte in allen Praxen zwischen 25 und 50 pro Tag. Die Scheinzahl in den drei ursprünglichen Gemeinschaftspraxen nahm von 950, 1800 und 2037 im 4. Quartal 2008 auf 1400, 2350 und 2100 im 3. Quartal 2010 zu, d.h. insgesamt wurden nach dem Zusammenschluss im SCHAAZ über 1000 Patienten mehr pro Quartal behandelt.

Bei den Patientenfragebögen lag die Rücklaufquote zum Zeitpunkt T0 bei 40%, zu T1 bei 28% der ursprünglich versandten 1.096 Fragebögen. 69%

(301) der zu T0 Befragten antworteten zu T1 erneut. Eine Nonresponder-Analyse zeigte, dass die Nicht-Antwortenden zu T0 und T1 eher männlich und im Durchschnitt jünger waren. Patienten, die den Fragebogen zu beiden Zeitpunkten ausgefüllt hatten, waren eher weiblich, deutlich älter, seltener berufstätig und hatten eine engere Bindung an die Praxis (siehe Tabelle 1).

Arbeitsbelastung, Vereinbarkeit von Beruf und Familie und Burnout-Risiko der Hausärzte

Zum Zeitpunkt T0 gaben lediglich zwei der sechs Ärzte an, mit ihrer Arbeitsbelastung und mit der zur Verfügung stehenden Zeit für Familie und Freizeit zufrieden zu sein, während dies ein Jahr nach Eröffnung des SCHAAZ bei allen sechs Ärzten der Fall war.

| COPSOQ-Skalen | | MW T0 | MW T1 | MW Differenz (SD) | 95% KI Diff. | p-Wert |
|--|---|-------|-------|-------------------|---------------|--------|
| Anforderungen | Quantitative Anforderungen | 62,05 | 56,25 | -5,80 (13,53) | -13,62; 2,01 | 0,133 |
| | Emotionale Anforderungen | 44,05 | 48,81 | 4,76 (12,96) | -2,72; 12,24 | 0,192 |
| | Anforderungen, Emotionen zu verbergen | 49,11 | 50,00 | 0,89 (10,36) | -5,09; 6,87 | 0,752 |
| | Work-Privacy Conflict | 38,21 | 32,14 | -6,07 (27,12) | -21,73; 9,59 | 0,417 |
| Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten | Einfluss bei der Arbeit | 32,14 | 36,16 | 4,02 (21,74) | -8,53; 16,57 | 0,501 |
| | Entscheidungsspielraum | 23,66 | 39,73 | 16,07 (12,43) | 8,89; 23,25 | <0,001 |
| | Entwicklungsmöglichkeiten | 72,32 | 72,77 | 0,45 (11,36) | -6,11; 7,00 | 0,885 |
| | Bedeutung der Arbeit | 87,5 | 83,33 | -4,17 (29,01) | -20,91; 12,58 | 0,600 |
| | Verbundenheit mit Arbeitsplatz (commitment) | 71,43 | 68,01 | -3,42 (12,73) | -10,77; 3,93 | 0,333 |
| Soziale Beziehungen und Führung | Vorhersehbarkeit | 68,75 | 71,43 | 2,68 (14,85) | -5,90; 11,26 | 0,512 |
| | Rollenklarheit | 86,61 | 83,04 | -3,57 (17,11) | -13,45; 6,31 | 0,449 |
| | Rollenkonflikt | 34,82 | 30,36 | -4,46 (17,58) | -14,62; 5,69 | 0,359 |
| | Führungsqualität | 65,63 | 76,34 | 10,71 (12,84) | 3,30; 18,13 | 0,008 |
| | Soziale Unterstützung | 73,66 | 81,7 | 8,04 (18,09) | -2,41; 18,48 | 0,120 |
| | Feedback/Rückmeldung | 41,07 | 48,21 | 7,14 (21,77) | -5,43; 19,71 | 0,241 |
| | Soziale Beziehungen | 61,61 | 58,93 | -2,68 (14,85) | -11,26; 5,90 | 0,512 |
| | Gemeinschaftsgefühl | 80,36 | 82,14 | 1,79 (17,66) | -8,41; 11,98 | 0,711 |
| | Mobbing | 19,64 | 17,86 | -1,79 (24,93) | -16,18; 12,61 | 0,793 |
| Weitere Skalen | Arbeitsplatzunsicherheit | 26,34 | 20,54 | -5,80 (11,62) | -12,51; 0,91 | 0,084 |
| Beschwerden, Outcomes | Absicht, Beruf aufzugeben | 8,93 | 3,57 | -5,36 (14,47) | -13,71; 3,00 | 0,189 |
| | Arbeitszufriedenheit | 73,03 | 81,14 | 8,11 (12,62) | 0,83; 15,40 | 0,032 |
| | Derzeitiger Gesundheitszustand | 75,71 | 82,86 | 7,14 (20,54) | -4,72; 19,00 | 0,216 |
| | Copenhagen Burnout Inventory (CBI) | 44,64 | 34,82 | -9,82 (17,57) | -19,97; 0,32 | 0,057 |
| | Kognitive Stresssymptome | 27,68 | 26,34 | -1,34 (13,69) | -9,24; 6,56 | 0,720 |
| | Satisfaction with life scale (0–100) | 71,54 | 79,21 | 7,67 (18,18) | -2,83; 18,17 | 0,138 |

Tabelle 3 Mittelwerte zu T0 und T1 und Ergebnisse des t-Tests für verbundene Stichproben für die Effektgrößen der Differenz T1-T0 im COPSOQ für die MFA (n = 14); MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KI = Konfidenzintervall.

Die Ergebnisse des MBI-D zum Zeitpunkt T0 lagen mit Mittelwerten von 3,35 (Standardabweichung (SD) 0,64; range 2,33–3,89) für die Skala emotionale Erschöpfung, 2,07 (SD 0,41; range 1,40–2,60) für die Skala Depersonalisati-

on und 4,88 (SD 0,11; range 4,71–5,00) für die Skala persönliche Erfüllung durch die Arbeit insgesamt nicht im interventionsbedürftigen Bereich. Zum Zeitpunkt T1 fand sich eine signifikante Zunahme der persönlichen Erfüllung

durch die Arbeit (MW 5,24; SD 0,15; range 5,00–5,43). Tabelle 2 zeigt die Mittelwerte zu T0 und T1 sowie die Differenz der Mittelwerte, die dazugehörigen SD, Konfidenzintervalle und p-Werte im t-Test für verbundene Stichproben.

Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von MFA

Dazu wurden die Ergebnisse der Skalen zu den fünf Themenbereichen des COPSOQ ausgewertet. Abbildung 1 zeigt die Gesamtwerte für jeden Themenbereich im Vergleich zu einer Stichprobe von Beschäftigten aus Krankenpflegeberufen ($n = 1195$). MFA gaben initial auffällig niedrige Werte für beruflichen Einfluss und Entscheidungsspielraum an, die sich im Verlauf an die Vergleichsstichprobe annäherten. Die Werte für Arbeitszufriedenheit und Gesundheitszustand lagen zu T1 deutlich höher, die Werte für Burnout und Gedanken an Berufsaufgabe deutlich niedriger als in der Vergleichsstichprobe.

Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte der einzelnen COPSOQ-Skalen zu T0 und T1 sowie die Ergebnisse des t-Tests für verbundene Stichproben. Trotz der kleinen Stichprobe ergaben sich signifikante Änderungen jeweils einer Skala bei drei der fünf Themenbereiche. Diese betrafen eine Erhöhung des Entscheidungsspielraums und der Zufriedenheit bei der Arbeit sowie eine Verbesserung der Führungsqualität. Letztere Skala beinhaltete Fragen zum Stellenwert, den Vorgesetzten den Entwicklungsmöglichkeiten für Mitarbeiter und ihrer Arbeitszufriedenheit beimessen, und ob Arbeitsplanung und Konfliktlösung im Team gut funktionieren.

Zufriedenheit der Patienten mit der hausärztlichen Versorgung

Dazu wurden die Ergebnisse der Skalen des EUROPEP-Fragebogens ausgewertet. Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Vergleichsquartile der im Rahmen des Europäischen Praxisassessments (EPA) befragten Patienten ($n = 40.672$) aus 559 deutschen Hausarztpraxen.

Im t-Test für verbundene Stichproben zeigte sich von T0 zu T1 im Bereich der Arzt-Patienten-Beziehung eine signifikante Verbesserung des Gefühls, dass der Arzt Zeit für den Patienten hatte (95% Konfidenzintervall der Differenz des Mittelwertes (KI) 0,003; 0,049 $p = 0,029$) und bezüglich des Umgangs mit vertraulichen Informationen in der Praxis (KI 0,001; 0,046 $p = 0,043$; siehe Tabelle 4). Verschlechterungen zeigten sich vor allem im organisatorischen Be-

reich: die Hilfsbereitschaft der Mitarbeiterinnen wurde als geringer empfunden (KI -0,066; -0,020 $p < 0,0001$), die telefonische Erreichbarkeit des Hausarztes (KI -0,212; -0,139 $p < 0,0001$) und der Praxis (KI -0,195; -0,059 $p < 0,0001$) hatten abgenommen, und bei dringenden Problemen stand weniger oft schnelle Hilfe zur Verfügung als vorher (KI -0,062; -0,004 $p = 0,026$).

Diskussion

Veränderungen aus der Perspektive der Hausärztinnen und -ärzte

Im Gegensatz zur vorherigen Situation waren alle sechs Ärztinnen und Ärzte ein Jahr nach dem Zusammenschluss zum SCHAAZ mit ihrer Arbeits- und Freizeitsituation zufrieden und die persönliche Erfüllung bei der Arbeit hatte sich signifikant verbessert.

Bezüglich des Burnout-Risikos lagen die Ausgangsmittelwerte im MBI-D für alle drei Skalen zwar nicht im interventionsbedürftigen Bereich, waren jedoch für die Skala emotionale Erschöpfung höher und für die Skala persönliche Erfüllung niedriger als in einer vergleichbaren Studie zur Burnout-Gefährdung von Hausärzten in Österreich [7]. Zum Zeitpunkt T1 hatten sich die Werte für alle drei Skalen verbessert und waren deutlich unter die Werte in der österreichischen Studie gesunken.

In einer deutschen Untersuchung [22] zeigte sich oberhalb eines Schwellenwerts von 45 Arbeitsstunden pro Woche eine im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant erhöhte berufliche Belastung. In unserer Studie lag die wöchentliche Arbeitszeit im Mittel bei 48 Stunden und hatte sich durch den Zusammenschluss nicht signifikant verändert. Studien zeigen, dass eine veränderte Arbeitsteilung mit Delegation von Aufgaben an Assistenzpersonal die Zahl der Arbeitsstunden für Ärzte nicht unbedingt reduziert, weil die erhöhte Effizienz es ermöglicht, mehr Patienten gleichzeitig zu behandeln [23], bzw. weil vorher aus Zeitgründen nicht beachtete Patientenanliegen berücksichtigt werden können [24].

Trotzdem fühlten sich die Ärzte subjektiv deutlich entlastet. In den qualitativen Interviews, deren Ergebnisse in dem Artikel „Zusammenschluss von

Hausarztpraxen zum SCHAAZ – eine qualitative Analyse aus organisations-theoretischer Perspektive“ von Ulrich et al. in einem Folgeartikel dargestellt werden, wurden von den befragten Hausärztinnen und -ärzten verschiedene Gründe für dieses Entlastungsgefühl genannt:

- flexible Arbeits- und Urlaubszeiten durch die guten Vertretungsmöglichkeiten untereinander, die eine Reduktion der Arbeitszeit grundsätzlich ermöglichen würden
- die Delegation von vorher selbst ausgeführten Tätigkeiten an qualifizierte MFA (z.B. die Quartalsabrechnung)
- die Möglichkeit, Aufgaben auf mehrere Schultern zu verteilen
- die Möglichkeit, Verantwortung für einen Bereich zu übernehmen, den man gern macht, und ungeliebte Aufgaben abgeben zu können (z.B. IT, Personalführung)
- der kollegiale Austausch untereinander über ärztliche und nichtärztliche Fragen

Vorteile des Zusammenschlusses zum SCHAAZ aus Sicht der Ärzte scheinen somit eine subjektive Verminderung der Arbeitsbelastung und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu sein. Als Maßnahmen zur Prävention einer Burnout-Symptomatik werden eine Reduktion der Arbeitszeit (z.B. durch Teilzeitarbeit), eine Arbeitsstruktur, die Pausen und Entspannung ermöglicht, eine bessere Integration von Beruf und Familie als soziale Unterstützung und die Förderung eines kollegialen Austauschs, z.B. im Rahmen von Balintgruppen, empfohlen [22, 25]. Die Veränderungen in den Arbeitsbedingungen entsprechen diesen Empfehlungen, was erklären könnte, weshalb sich das Burnout-Risiko der Ärzte im Verlauf der Studie insgesamt leicht vermindert hat.

In den qualitativen Interviews wurden ein teilweiser Verlust der Autonomie, der erhöhte Zeitaufwand für gemeinsame Entscheidungen und die einheitliche Gestaltung von Arbeitsabläufen, die nun im Konsens abgestimmt werden müssten, als Nachteile des Zusammenschlusses gesehen. Die hierfür notwendige Kompromissbereitschaft fiel nicht allen Ärzten leicht. Einige Ärzte sahen auch Probleme darin, die Atmosphäre eines über Generationen ge-

wachsenen Praxis-Familienunternehmens im SCHAAZ zu bewahren.

Veränderungen aus der Perspektive der MFA

Die MFA gaben im SCHAAZ einen signifikant größeren Entscheidungsspielraum bei ihrer Arbeit, eine Verbesserung der Führungsqualität und eine insgesamt höhere Arbeitszufriedenheit an. Bezüglich der Anforderungen bei der Arbeit, Entwicklungsmöglichkeiten, sozialen Beziehungen und gesundheitsbezogenen Variablen zeigten sich keine Veränderungen im Vergleich zur vorherigen Situation. Das bedeutet jedoch auch, dass die MFA in diesen Bereichen keine Verschlechterung durch den Zusammenschluss wahrnahmen, obwohl sie diesem vorher durchaus kritisch gegenüberstanden. Studien aus dem stationären Bereich zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden mit der Qualität der Zusammenarbeit mit den Ärzten korreliert [26]. Die Verbesserung der Führungsqualität und sozialer Unterstützung im Praxisteam deutet darauf hin, dass MFA die Zusammenarbeit mit den Ärzten im SCHAAZ als positiver empfinden. In diesen Themenbereichen wurden Fragen nach Entwicklungsmöglichkeiten für Mitarbeiter, Arbeitsplanung und Konfliktlösung im Team gestellt. Im SCHAAZ wurde eine verantwortliche Personalbeauftragte ernannt und eine systematische Personalentwicklung begonnen. Die Arbeitsplanung für die MFA erfolgt eigenverantwortlich durch zwei neue Praxismanagerinnen. Der größere Pool an MFA ermöglicht eine Vertretung untereinander und dadurch die Teilnahme an Fortbildungen. Auf diese Weise qualifizierte MFA übernehmen ein erweitertes Aufgabenspektrum. Diese Faktoren könnten das Gefühl eines größeren Entscheidungsspielraums erklären. Die eingangs genannten Studien [12, 13] zeigen, dass für MFA die Übernahme von Verantwortung für ein erweitertes Aufgabenspektrum eine persönliche und berufliche

| EUROPEP Item | MW Differenz (SD) | 95% KI | p-Wert |
|---|-------------------|--------------|--------|
| Zeit für Patienten | 0,03 (0,20) | 0,00; 0,05 | 0,029 |
| Interesse an pers. Situation | -0,01 (0,20) | -0,03; 0,01 | 0,412 |
| Pat. über Probleme sprechen lassen | 0,00 (0,19) | -0,02; 0,03 | 0,802 |
| In Entscheidungen einbezogen | 0,00 (0,20) | -0,03; 0,03 | 1,000 |
| Zugehört | 0,00 (0,19) | -0,02; 0,03 | 0,741 |
| Auf vertraulichen Umgang mit Pat.infos geachtet | 0,02 (0,18) | 0,00; 0,05 | 0,043 |
| Schnelle Linderung von Beschwerden | -0,02 (0,19) | -0,05; 0,00 | 0,041 |
| Hilfe, tägl. Aktivitäten nachzugehen | 0,00 (0,18) | -0,03; 0,02 | 0,704 |
| Gründlich mit Problemen befasst | 0,00 (0,19) | -0,02; 0,03 | 0,872 |
| Körperl. Untersuchung durchgeführt | -0,02 (0,16) | -0,04; 0,00 | 0,094 |
| Angebote zur Prävention gemacht | 0,02 (0,22) | -0,01; 0,05 | 0,316 |
| Zweck von Maßnahmen erklärt | -0,02 (0,21) | -0,04; 0,01 | 0,284 |
| Vor-/Nachteile der Behandlung erklärt | -0,01 (0,22) | -0,04; 0,02 | 0,542 |
| Über Wirkung von Medik. aufgeklärt | 0,02 (0,27) | -0,02; 0,06 | 0,355 |
| Über Erkrankung informiert | 0,00 (0,23) | -0,03; 0,03 | 0,887 |
| Im Umgang mit Gefühlen geholfen | 0,01 (0,21) | -0,02; 0,04 | 0,484 |
| Sinn von Ratschlägen erläutert | 0,00 (0,21) | -0,03; 0,03 | 0,856 |
| Über Rolle des Pat. informiert | 0,00 (0,21) | -0,02; 0,03 | 0,741 |
| Sich an frühere Gespräche erinnert | 0,02 (0,20) | -0,01; 0,05 | 0,187 |
| Auf Überweisungen vorbereitet | -0,01 (0,24) | -0,05; 0,03 | 0,600 |
| Hilfsbereitschaft der Mitarbeiterinnen | -0,04 (0,19) | -0,07; -0,02 | <0,001 |
| Zusammenarbeit Arzt-Mitarbeiterinnen | -0,04 (0,17) | -0,06; -0,02 | <0,001 |
| Telefonische Erreichbarkeit Praxis | -0,18 (0,30) | -0,21; -0,14 | <0,001 |
| Telefonische Erreichbarkeit Hausarzt | -0,13 (0,28) | -0,19; -0,06 | <0,001 |
| Wartezeiten | -0,01 (0,25) | -0,05; 0,02 | 0,336 |
| Schnelle Hilfe bei dringenden Problemen | -0,03 (0,19) | -0,06; 0,00 | 0,026 |

Tabelle 4 Ergebnisse des t-Tests für verbundene Stichproben der Effektgrößen des Unterschiedes T1-T0 im EUROPEP für Patienten (n = 301); MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, KI = Konfidenzintervall.

Bereicherung bedeutet und auf diese Weise die Arbeitszufriedenheit erhöht. Die größten Barrieren hierfür waren Zeitmangel und ein Übermaß an administrativen Aufgaben [13]. Solche Aufga-

ben lassen sich besser verteilen, wenn eine höhere Anzahl von MFA zur Verfügung steht, sodass entsprechend qualifizierten MFA mehr Zeit für die Patientenversorgung zur Verfügung steht.

Dr. med. Antje Erler, MPH ...

... Fachärztin für Allgemeinmedizin und Gesundheitswissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt. Arbeitsgebiete: Neue hausärztliche Versorgungskonzepte, Disease Management-Programme, Versorgung chronisch Kranker, Qualitätsförderung

Veränderungen aus Patientenperspektive

Im Vergleich zu Patientenbefragungen im Rahmen des Europäischen Praxisassessments (EPA) zeigte unsere Studie eine geringere Rücklaufquote und negativere Bewertungen. Bei den EPA-Befragungen wird der Fragebogen in der Praxis ausgefüllt [20], wodurch die Rücklaufquoten höher und die Ergebnisse möglicherweise im Sinne sozialer Erwünschtheit im Mittel positiver sind als bei der hier durchgeführten postalischen Befragung. Diejenigen Patienten, die den Fragebogen nur zu T0 beantwortet hatten, waren jünger, hatten eine bessere Schulbildung und gaben insgesamt eine schlechtere Qualitätsbewertung der jeweiligen Praxis ab als diejenigen, die zu beiden Zeitpunkten geantwortet haben. Dies bestätigt Befunde aus anderen Studien, dass sich jüngere Patienten und Patienten mit höherem Bildungsstand im statistischen Durchschnitt kritischer äußern als ältere Patienten und solche mit niedrigerem Bildungsstand [21].

Bezüglich der im EUROPEP erfassten Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung hatten sich nach Meinung der befragten Patienten ein Jahr nach dem Zusammenschluss zum SCHAAZ von den 20 Items 12 tendenziell verbessert, drei zeigten konstante Werte und fünf hatten sich geringfügig verschlechtert. Signifikante, aber vom Effekt her geringe Verbesserungen ergaben sich beispielsweise bei den Items „Zeit für den Patienten“ und „vertraulicher Umgang mit Patientinformationen“. Die von den Ärzten berichtete subjektive Arbeitsentlastung führte möglicherweise zu dem Gefühl, sich mehr Zeit für das Patientengespräch nehmen zu können. Studien zeigen, dass gestresste, von Burnout bedrohte Ärzte mehr Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Patienten berichten und meinen, weniger häufig eine qualitativ hochwer-

tige Versorgung anbieten zu können [27, 28]. Die größeren Räumlichkeiten im SCHAAZ ermöglichen eine Trennung von Anmeldung, Telefon und Behandlungsräumen, was mehr Privatsphäre für die Patienten gewährleistet.

Bezüglich der Praxisorganisation hatten sich nach Meinung der Patienten jedoch alle sechs Items verschlechtert, wie z.B. die telefonische Erreichbarkeit von Hausarzt und Praxis. Dies könnte auch zu der Meinung der Patienten geführt haben, dass bei dringenden Problemen im SCHAAZ weniger oft schnelle Hilfe zur Verfügung stand als vorher. Als Hauptursache für die mangelnde telefonische Erreichbarkeit konnten technische Schwierigkeiten und Kapazitätsprobleme mit der neuen Telefonanlage identifiziert werden, die sich bisher nur teilweise beheben ließen. Hier bestand auch nach Meinung der Hausärzte dringender Verbesserungsbedarf.

Außerdem wurde die Hilfsbereitschaft der MFA im Vergleich zur Situation in den Praxen vorher als geringer empfunden. In den qualitativen Interviews berichteten MFAs über die Enttäuschung von Patienten, im SCHAAZ nicht mehr von allen MFA sofort erkannt und namentlich begrüßt zu werden. Aus Studien zum Einsatz von MFA im Case Management ist bekannt, dass Patienten organisatorischen und Rollenveränderungen in ihrer Praxis skeptisch gegenüberstehen [13] und sich nur langsam an sie gewöhnen. Außerdem weisen Studien darauf hin, dass das Gefühl der Geborgenheit in größeren Organisationen für Patienten insgesamt geringer und die Anonymität erhöht ist [29]. Im Allgemeinen weicht jedoch die anfängliche Skepsis mit der Anzahl der positiven Erfahrungen mit dem neuen Versorgungskonzept und führt zur zunehmenden Akzeptanz der Veränderungen [11]. Es könnte sich daher um einen passageren Effekt handeln, der weiter beobachtet werden sollte.

Limitationen der Studie

Da es sich um eine Fallstudie handelt, haben die Ergebnisse explorativen Charakter und können nicht verallgemeinert werden. Aus praktischen Gründen musste ein reines Prä-Post-Design ohne Kontrollgruppe gewählt werden, sodass die Veränderungen in den Bewertungen der Befragten auch durch äußere Faktoren beeinflusst sein könnten, für die in der Studie nicht kontrolliert werden konnte. Die Non-responder-Analyse zeigte, dass die Patienteneinschätzungen überwiegend von älteren Patienten abgegeben wurden, die eine enge Bindung an ihre Praxis haben und sie tendenziell positiv beurteilen. Somit haben die Ergebnisse vor allem für diese Patientengruppe Gültigkeit. Aufgrund der kleinen Anzahl von Beobachtungen bei Hausärzten und MFA aus einer Praxiseinheit können signifikante Ergebnisse nur hinweisenden Charakter haben. Sie sollten durch weitere Studien zur Evaluation von Neugründungen abgesichert werden. Andererseits wurden standardisierte Instrumente benutzt, um die Ergebnisse mit größeren (Norm-) Stichproben vergleichen zu können. Zusätzlich wurde ein „mixed method“-Ansatz gewählt und der Verlauf des Veränderungsprozesses mithilfe qualitativer Verfahren vertiefend untersucht, was einen weiteren Einblick und Erklärungsansätze für die quantitativen Ergebnisse ermöglicht.

Fazit

Die vorliegende Fallstudie weist darauf hin, dass der Zusammenschluss zum SCHAAZ aus Sicht der beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte die subjektive Arbeitsbelastung reduziert und die persönliche Erfüllung durch die Arbeit sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erhöht hat. Sowohl Ärzte als auch MFA gaben eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit an, die sich auf die verbesserten Arbeitsbedingungen in einem größeren Team zurückführen ließen, wie die qualitativen Interviewergebnisse zeigten. Die Mehrzahl der Patienten hatte sich bereits nach dem ersten Jahr an die meisten Veränderungen im SCHAAZ gewöhnt, bemängelte jedoch anhaltende organisatorische

Probleme. Ein Primärversorgungsmodell wie das SCHAAZ scheint bei insgesamt guter Akzeptanz der Patienten Lösungsansätze für einige Ursachen der mangelnden Attraktivität des Hausarztberufs in ländlichen Regionen zu bieten, wie hohe Arbeitsbelastung, unflexible Arbeitszeiten und mangelnde Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit.

Danksagung: Wir danken allen Hausärztinnen und Hausärzten sowie dem gesamten Praxisteam des SCHAAZ für die Teilnahme an der Studie, Anja Klingenberg (AQUA-Institut, Göttingen) für die Auswertung des EUROPEP-Fragebogens, Dr. Matthias Nübling von der Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin für die Auswertung des COPSOQ-Fragebogens und Jakob Schröder für die Auswertung des MBI-D.

Interessenkonflikte: keine angegeben

Korrespondenzadresse

Dr. med. Antje Erler
Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
erler@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Literatur

- Behmann M, Schmiemann G, Lingner H, Kühne F, Hummers-Pradier E, Schneider N. Berufszufriedenheit von Hausärzten. *Dtsch Arztebl* 2012; 109: 193–200
- Schaefer H-M, Becker A, Krentz H, Harloff R. Rostocker Hausärzte im Visier – Vergleich der Berufszufriedenheit 2004 und 2006. *Z Allg Med* 2007; 83: 1–4
- Goehring C, Bouvier GM, Kunzi B, Bouvier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2005; 135: 101–8
- Siegrist J, Shackelton R, Link C, Marceau L, von dem Knesebeck O, McKinlay J. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Soc Sci Med* 2010; 71: 298–304
- Voltmer E, Schwappach DL, Frank E, Wirsching M, Spahn C. Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice. *Fam Med* 2010; 42: 433–9
- Unrath M, Zeeb H, Letzel S, Claus M, Pinzón LCE. Psychische Gesundheit von Hausärzten in Rheinland-Pfalz. *Dtsch Arztebl* 2012; 109: 201–7
- Fuchs S, Endler PC, Mesenholl E, Pass P, Frass M. Burnout bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. *Wien Med Wochenschr* 2009; 159: 188–91
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Band II. 1 ed. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2010
- Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. 1 ed. New York: McGraw-Hill; 2006
- Laurant M, Harmsen M, Faber M, Woltersheim H, Sibbald B. Revision of professional roles and quality improvement: a review of the evidence. London: The Health Foundation; 2010
- Bosley S, Dale J. Healthcare assistants in general practice: practical and conceptual issues of skill-mix change. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 118–24
- Gensichen J, Jaeger C, Peitz M, Torge M, Guthlin C, Mergenthal K, et al. Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. *Ann Fam Med* 2009; 7: 513–9
- Rosemann T, Joest K, Korner T, Schaefer R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. *BMC Fam Pract* 2006; 7: 14
- Erler A, Beyer M, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 2. Das Modell der Primärversorgungspraxis. *Z Allg Med* 2010; 86: 159–65
- Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med* 2004; 2: 7–12
- Büssing A, Perrar K-M. Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica* 1992; 38: 328–53
- Büssing A, Glaser J. Managerial stress and burnout. A collaborative international study (CISM). Die deutsche Untersuchung. (Bericht Nr. 44 aus dem Lehrstuhl für Psychologie). München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie; 1998
- Nübling M, Stöfel U, Hasselhorn H-M, Michaelis M, Hofmann F. Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). 1 ed. Bremerhaven: Wissenschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH; 2005
- Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 882–7
- Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 508–14
- Klingenberg A, Bahr O, Szecsenyi J. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen. Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 1999; 93: 437–45
- Geuenich K. Sind Sie Burnout-gefährdet? Ergebnisse unserer Ärztstudie. *Hausarzt* 2009; 20: 2–4
- Van den Berg M, Kolthof E, de Bakker DH, Van der Zee J. Professionalisation of the practice assistant enables task delegation: 1987–2001. In: Westert GP, Jabbaaij L, Schellevis FG, editors. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage.* Oxford: Radcliffe Publishing; 2006
- Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009
- Kjeldman D, Holmstroem I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med* 2008; 6: 138–44
- Schmidt S, Bartholomeyczik S, Dieterle WE, Wittich A, Donath E, Rieger MA. Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. *Pflege & Gesellschaft* 2008; 13: 102–18
- DeVoe J, Fryer Jr GE, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J Fam Pract* 2002; 51: 223–8
- Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev* 2007; 32: 203–12
- Wensing M, Hermens J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expect* 2008; 11: 384–90