

# Evaluation des SCHAAZ\*-Zusammenschlusses

Eine qualitative Analyse aus organisationstheoretischer Perspektive

## *Evaluation of the SCHAAZ\**

*A Qualitative Analysis Based on Organization Theory*

Lisa-Rebekka Ulrich, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach, Antje Erler

**Einführung:** Die drohende hausärztliche Unterversorgung bei gleichzeitig erhöhten Versorgungsbedürfnissen einer alternden Bevölkerung erfordert neue primärärztliche Versorgungskonzepte. Mit dem Zusammenschluss von sechs Hausärzten zum Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum (SCHAAZ) wird seit Juli 2009 ein neues hausärztliches Versorgungsmodell im ländlichen Raum erprobt. Im Rahmen einer qualitativen Evaluation wurden Probleme, Erfolgsfaktoren, positive und negative Folgen des Zusammenschlusses aus Sicht der beteiligten Hausärzte und Medizinischen Fachangestellten (MFA) analysiert.

**Methode:** Hausärzte (n = 6/6) und MFA (n = 11/15) wurden mittels leitfadengestützter Interviews befragt. Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert und nach der Methode des *framework approach* auf der Basis eines theoretischen Modells zur Organisationsentwicklung in Hausarztpraxen ausgewertet.

**Ergebnisse:** Erweiterte Ressourcen bezüglich Räumlichkeiten und Personal ermöglichen eine strukturiertere und effizientere Organisation der Arbeitsprozesse, was durch eine „Verdichtung“ der Arbeit Freiräume für Fortbildungen und mehr Freizeit schafft. Aus Sicht der MFA wird dadurch jedoch der persönliche Austausch erschwert und die frühere familiäre Arbeitsatmosphäre verändert. Hausärzte entlastet die Möglichkeit, Verantwortung für Entscheidungen mit Kollegen teilen und durch Personalentwicklung vermehrt Aufgaben an qualifizierte MFA delegieren zu können. Eine wichtige Maßnahme war die Durchführung häufigerer Teamsitzungen, in denen Vorschläge aller Teammitglieder gleichberechtigt erörtert und Konflikte offen angesprochen wurden.

**Schlussfolgerung:** Um die Bildung eines gut funktionierenden Teams bei Zusammenschlüssen von Hausarztpraxen zu fördern und langfristig zu gewährleisten, sollte darauf geachtet werden, dass neben regelmäßigen Teambesprechungen Raum und Zeit für sozialen Austausch unter den Teammitgliedern in den Arbeitsalltag eingeplant wird.

*Schlüsselwörter:* Hausärzte; Primärversorgung; Praxiszusammenschluss; neue Versorgungskonzepte; Organisationsentwicklung

**Introduction:** The risk of a future shortage of family practices and the simultaneously increasing healthcare needs of an aging population make innovative concepts in primary healthcare necessary. Since July 2009, following the merger of six family practitioners to create a physician and pharmacist center in Schaafheim (SCHAAZ), a new primary healthcare model located in a rural area has been put to the test. During the course of a qualitative evaluation, problems, success factors, and the positive and negative consequences of the merger have been analyzed from the perspectives of the participating doctors and health care assistants (HCAs).

**Methods:** Structured interviews were used to survey family practitioners (n = 6/6) and HCAs (n = 11/15). The recorded interviews were transcribed and, employing the framework approach, analyzed on the basis of a theoretical model of organizational development in family practices.

**Results:** Extended resources in terms of both space and personnel enable the organization of work processes to become more structured and efficient, and the resulting “consolidation” in the work creates scope for more training and leisure time. However, from the HCAs’ perspective, this makes personal contact more difficult and changes what was previously a more familiar working atmosphere. The possibility to share responsibility for decisions with colleagues and delegate tasks to qualified HCAs relieves the burden on family practitioners. One important outcome was that team meetings were held more frequently, at which team members’ ideas were treated equally, and conflicts addressed openly.

**Discussion:** If smoothly functioning teams that are sustainable over the long term are to be created from the merger of family practices, care should be taken that time and space are given to the opportunity for social interaction among team members during their daily work in addition to frequent team meetings.

*Keywords:* Family Practitioners; Primary Care; Practice Merger; Innovative Healthcare Concepts; Organizational Development

\* SCHAAZ: Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum  
 Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main  
**Peer reviewed article** eingereicht: 22.03.2012, akzeptiert: 19.07.2012  
**DOI** 10.3238/zfa.2012.0490-0496

## Einleitung und Fragestellung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in einem Sondergutachten 2009 auf der Basis einer Literaturrecherche zentrale Elemente neuer Versorgungsansätze identifiziert und im Modell der Primärversorgungspraxis (PVP) zusammengefasst [1]. Im Gegensatz zu der in Deutschland vorherrschenden Organisationsform der Einzel- oder kleinen Gemeinschaftspraxis empfiehlt der SVR als zukunftsfähiges Versorgungsmodell eher größere Einheiten, da sie den zukünftigen organisatorischen Anforderungen eher gerecht werden könnten [1]. Diese könnten sich durch einen Zusammenschluss oder eine Vernetzung von Einzelpraxen und die Integration von weiteren Leistungserbringern (z.B. Fachspezialisten) bilden. Die dadurch notwendigen Veränderungen auf Praxisebene bergen vielfältige Herausforderungen, wie z.B. die Neuorganisation einer effizienten Arbeitsteilung in einem großen Praxisteam, die dazu erforderliche Qualifikations- und Personalentwicklung sowie die Einführung neuer Rollenentwürfe und Kompetenzverteilungen im Team. Solche Umstrukturierungen können Ängste und Unsicherheit bei den Betroffenen auslösen, die den Veränderungsprozess behindern oder sogar blockieren [2, 3]. Hausarztpraxen, die diese Herausforderungen erfolgreich meistern, erfüllen wichtige Voraussetzungen einer „entwickelten Organisation“, was als ein Kennzeichen einer PVP beschrieben wird [4]. In den USA wurde von Miller et al. ein theoretisches Modell entwickelt, das die Organisationsentwicklung auf der Ebene der Hausarztpraxis beschreibt [5] (s. Tabelle 1). Danach besteht eine Praxis aus einem „Kern“ (*core*), der die materielle (z.B. Räumlichkeiten) und personelle (z.B. Anzahl der Medizinischen Fachangestellten (MFA)) Ausstattung, die Organisationsstrukturen (z.B. Hierarchien und Führung) und die Praxisprozesse (z.B. Organisation der Arbeitsabläufe) beinhaltet. Ein starker „Kern“ befähigt die Praxis, sich an „normale“ Veränderungen äußerer Bedingungen anzupassen (z.B. die Einführung eines neuen Abrechnungssystems). Um sich an tiefgreifende Veränderungen anzupassen und unter diesen Bedingungen weiterzuentwickeln, benötigt die

	Merkmal	Inhaltliche Umsetzung
Kern (core)	Ressourcen	Materiell, personell
	Organisationsstruktur	Hierarchien, Führung, Gesellschaftsform (GmbH, AG), Personalentlohnung, (ärztliche) Vergütung
	Funktionale Prozesse	Versorgungsstruktur, Organisation der Arbeitsabläufe
Veränderungskapazität (adaptive reserve)		Reflexion, lernende Kultur, Personalentwicklung, unterstützende zwischenmenschliche Beziehungen, gute Kommunikation, partizipative Führung, Improvisation

**Tabelle 1** Organisationstheoretisches Modell für Hausarztpraxen [eigene Darstellung, in Anlehnung an [5].

Praxis zusätzlich eine hohe „Veränderungskapazität“ (*adaptive reserve*). Darunter werden Fähigkeiten zu partizipativer Führung verstanden, eine lernende Kultur, auf deren Basis immer wieder Neuerungen getestet, die Ergebnisse reflektiert und verbessert werden (*action and reflection cycles*), die Fähigkeit zur Improvisation, gute zwischenmenschliche Beziehungen und Kommunikation.

In Schaafheim, einer kleinen Gemeinde in Südhessen, gründeten im Juli 2009 sechs Hausärztinnen und Hausärzte aus vormals drei Gemeinschaftspraxen das Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum (SCHAAZ) [6]. 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. Zusätzliche Räume in den Hausarztpraxen ermöglichen die wöchentliche Durchführung von fachärztlichen Liaison-Sprechstunden sowie Patientenschulungen, die eine als Diabetesassistentin spezialisierte MFA anbietet. Eine ärztliche Personalbeauftragte koordiniert die gezielte Personalentwicklung und Qualifizierung interessierter Mitarbeiterinnen. Obwohl die Hausarztpraxen derzeit noch als Praxisgemeinschaft geführt werden, 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.

Ziel der vorliegenden qualitativen Evaluation war es, aus der Perspektive der Beteiligten förderliche Faktoren und Probleme beim Zusammenschluss zum SCHAAZ zu erfassen und unter Zuhilfenahme des oben erläuterten organisationstheoretischen Modells für Hausarztpraxen zu beschreiben. Folgende Hypothesen lagen dabei zugrunde und sollten untersucht werden:

- Der Zusammenschluss zu einem größeren Praxisteam ermöglicht eine Arbeitsentlastung für Ärzte durch Delegation an MFA.
- Arbeitsentlastung schafft eine bessere *work-life-balance* für Ärzte.
- MFA erhalten durch einen größeren Mitarbeiterpool die Möglichkeit, sich weiter fortzubilden und mehr Verantwortung zu übernehmen.

## Methode

### Entwicklung des Erhebungsinstruments

Erhebungsinstrument der vorliegenden qualitativen Evaluation war das leitfadengestützte Interview [7]. Der Interviewleitfaden wurde auf Basis einer Literaturrecherche bezüglich des Forschungsstands zur Erprobung neuer hausärztlicher Versorgungsmodelle sowie von Empfehlungen des Sondergutachtens 2009 des SVR erstellt [1, 6, 8]. Die Fragen des Interviewleitfadens umfassten die Bereiche Arbeitsbedingungen und *work-life-balance*, Zusammenschluss zum SCHAAZ, Arbeit und Tätig-

Hauptthema	Unterkategorie
1. Ressourcen	Räumlichkeiten Teamgröße/personelle Ressourcen
2. Organisationsstruktur/Praxisorganisation	Arbeitsteilung gefühlte Be-/Entlastung Flexibilität Neue Rollen/Hierarchien Notwendigkeit von Regelungen und Absprachen
3. Funktionale Prozesse/Praxisprozesse	Arbeitseinteilung Arbeitspensum Qualitätsmanagement
4. Veränderungskapazitäten in der Praxis	Zusammenarbeit im Team Verantwortungsdiffusion Teambildungsprozess Kommunikation als Bedingung für Teambildungsprozess Personalentwicklung
5. Auswirkungen auf Patienten	Patientenreaktion Verbesserung Patientenversorgung

**Tabelle 2** Thematischer Index zur Codierung des Datenmaterials.

keit, Praxisorganisation und Teamzusammenarbeit. Er wurde in einem Pretest erprobt und bezüglich Anwendbarkeit und Verständlichkeit angepasst.

### Datenerhebung

Vom 15. bis 18. Juni 2010, 11 Monate nach der Eröffnung, wurden von LU Interviews mit allen Ärzten und MFAs im SCHAAZ geführt. Die mit einem digitalen Rekorder aufgezeichneten Interviews wurden pseudonymisiert und wörtlich transkribiert. Da zwei Befragte keine Aufzeichnung wünschten, wurden von diesen Interviews Gedächtnisprotokolle angefertigt.

### Datenauswertung

Die Auswertung der Interviewtranskripte erfolgte nach der Methode der Themenanalyse (*thematic analysis*) mittels des *framework approach* [7, 9, 10]. Die Methode ist dadurch gekennzeichnet, dass das Datenmaterial anhand zentraler Themenbereiche, Konzepte und sich ergebender Kategorien innerhalb eines thematischen Rahmens (*thematic framework*) gegliedert wird. In unserem Fall wurde untersucht, ob und in welcher

Weise sich die Aussagen der Interviewten den Hauptkategorien des Modells von Miller et al. [5] zuordnen ließen. Für weitere relevant erscheinende Themen, die sich aus den Interviews ergaben, jedoch kein Korrelat im Modell hatten, wurden zusätzliche Kategorien gebildet.

Mittels einer stichprobenartigen Auswahl an Transkripten wurde ein thematischer Index von LU erstellt und mit AE intensiv diskutiert (Tabelle 2). Beide testeten den erstellten Index anhand weiterer Stichproben von Transkripten, bis ein Konsens erreicht wurde. LU codierte das gesamte Datenmaterial anhand des Index. Im nächsten Schritt wurden pro Hauptthema einschließlich Unterkategorien Tabellen erstellt, in die die zusammengefassten Aussagen jedes Befragten eingeordnet wurden (Tabelle 3). Im letzten Auswertungsschritt wurden im Diskurs zwischen AE, MB und LU Zusammenhänge zwischen den Themen hergestellt, um die Ergebnisse zu erklären. Dabei wurden sowohl der zugrunde gelegte organisationstheoretische Rahmen, als auch die Ergebnisse aus dem Datenmaterial einbezogen. Thematisierung und Codierung der Transkripte wurden durch das Daten-

analyseprogramm ATLAS.ti, Version 5.2 (ATLAS.ti GmbH, Berlin) unterstützt.

## Ergebnisse

Alle sechs Hausärzte und 11 von 15 zu diesem Zeitpunkt im SCHAAZ beschäftigten MFA wurden befragt. Mit vier MFA kam aufgrund von Urlaub oder Zeitmangel kein Interview zustande.

Zum Interviewzeitpunkt lag das Alter der Hausärzte zwischen 36 und 64, das der MFA zwischen 20 und 58 Jahren. Die mittlere Interviewlänge betrug 46 Minuten.

### Ressourcen

Die neuen Räumlichkeiten im SCHAAZ bieten aus Sicht der Ärzte für die eigenen Konsultationen, für Liaison-Sprechstunden externer Fachärzte sowie für Patientenschulungen ausreichend Platz. Sie ermöglichen die räumliche Trennung von Anmelde- und Behandlungsbereich und die Einrichtung von Telefonkabinen. Dadurch entsteht mehr Ruhe für Patientenkonsultationen und für ungestörte Telefonate. Die gemeinsame EDV erleichtert die Verwaltung der Patientendaten. Geräte aus den ehemaligen Einzelpraxen können gemeinsam genutzt und finanzielle Investitionen für Neuananschaffungen geteilt werden. Im Vergleich zu den vorherigen Einzelpraxen steht eine größere Anzahl an gemeinsamen Mitarbeiterinnen zur Verfügung, was die Verteilung von Arbeiten erleichtert.

Aus Sicht der MFA ermöglichen die neuen und moderneren Räumlichkeiten und die Mehrzahl an Personal eine bessere und schnellere Patientenversorgung. Als Nachteil der Größenzunahme empfanden die meisten MFA das Fehlen der familiären Atmosphäre im SCHAAZ:

*„Also was mir halt fehlt, ist so der Chefkontakt. [...] früher in der alten Praxis haben wir [...] Kaffee zusammen getrunken [...]. Haben uns auch über Privates unterhalten [...]. Und das fällt hier ein bisschen weg.“* [MFA 15062\_M]

### Organisationsstruktur/ Praxisorganisation

Aufgrund des größeren Ärzteteams im SCHAAZ konnten die Hausärzte administrative Aufgaben (Personalführung,

ID	Berufsbezeichnung	(1) Räumlichkeiten	(2) Teamgröße/personelle Ressourcen
GP_15068_A	Hausarzt	Räumlichkeiten in der ehem. Praxis waren okay, sie haben sie für ihre Doppeltätigkeit angepasst, so dass man auch parallel arbeiten konnte und von Zeit zu Zeit auch PJ'ler einstellen konnte (A 29).	Spezialisierung im SCHAAZ möglich, weil nicht jeder an jedem Arbeitsplatz einsetzbar sein muss; im SCHAAZ kann nach Vorlieben und Talenten ein Platz besetzt werden, der dann zu einer größeren Arbeitszufriedenheit und größeren Arbeitsleistung führt; erhöht auch Patientenzufriedenheit (A 75).
		Arbeitsbedingungen im SCHAAZ optimal, weil die Räumlichkeiten nach 30 Jahren Berufserfahrung so eingerichtet sind, wie man sie für seine Aufgaben gerne hätte (A 71).	Totale Entlastung durch Managerinnen, die die Erstellung der Dienst- und Urlaubspläne übernehmen (A 77)
		Manchmal geht es hoch her, wenn Fehler eingetragen sind und man den Patienten sucht; ist manchmal schon nervig, aber im Grunde hat es sich bewährt (A 67); im Hinterkopf ist einfach noch die alte Praxis (nach 30 Berufsjahren verständlich) und vor allem an die Größe muss man sich erstmal gewöhnen; hat sich am Anfang schwer getan, wo welcher Raum ist und wo alles untergebracht ist (A 71); war in der alten Praxis überschaubar (A 75).	
MFA_23111_M	MFA*	Mehr Platz für Schulungen, man kann mehr machen, mehr praktische Übungen (A 156, 158).	Ehem. Praxis war familiärer; man hatte auch mit den Ärzten mehr Kontakt; mittags einen Kaffee zusammen getrunken, im SCHAAZ verläuft sich das ein bisschen, ist alles größer; Ärzte fahren in der Pause nach Hause (A 43).
			In ehem. Praxis hat man öfters zusammengesessen, im SCHAAZ verläuft sich das, da der eine heim zu seinen Kindern fährt oder zum Mittagessen z.B. (A 573); man hat auch mal über Privates gesprochen, wie es einem geht (A 579).

\* MFA = Medizinische Fachangestellte

**Tabelle 3** Ausschnitt aus der Thementabelle „Ressourcen“.

EDV, Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsmanagement, Finanzen) nach Interesse aufteilen:

„Hier sind unsere einzelnen Arbeitsteilungen. [...] das genieße ich besonders, [...] ich muss mich nicht mehr um die EDV kümmern. [...] Da haben wir schon sehr viel Energie gespart!“ [Arzt 16063\_A]

Neben der geteilten Verantwortung für die Praxisführung trugen aus Sicht der Ärzte flexible Absprachemöglichkeiten von Urlaub und Vertretungen, konsiliarische Unterstützung durch die haus- und fachärztlichen Kollegen sowie gegenseitige Hilfe bei erhöhtem Patientenaufkommen zu einer subjektiven Arbeitsentlastung bei. Außerdem wurde die vermehrte Delegation von administrativen Aufgaben an das MFA-Team von den Ärzten als Entlastung empfunden.

Während einige MFA keine Zunahme der Arbeitslast bemerkten, da die

gleichen Aufgaben lediglich anders eingeteilt worden seien, spürten andere höhere Anforderungen als vorher.

Im SCHAAZ wurde die Position der Praxismanagerin eingeführt, die mit dem MFA-Team Arbeitsabläufe eigenständig und flexibel organisiert, was als mehr Selbstständigkeit und Freiheit von den MFA wahrgenommen wurde. Die Ergänzung der klassischen Hierarchiebeziehung Arzt – MFA durch die Zwischenebene der Praxismanagerin bereitete aber auch Schwierigkeiten:

„Für Arbeitskollegen, die jetzt schon 30, 40 Jahre in der Praxis sind, für die war das, glaube ich, schon schwer, jetzt auf einmal auf eine jüngere zu hören.[...] Jetzt ist es halt so, dass die zwei Praxismanagerinnen sagen, so und so wird das jetzt gemacht.“ [MFA 15062\_M]

Mit der Vergrößerung des Teams mussten Absprachen und Regelungen in strukturierter Form getroffen werden,

was aus Sicht der Ärzte mehr Zeit im Praxisalltag kostet:

„Und hier braucht man Teambesprechungen [...]. Das sind etwas weitere Wege und das macht es hier auch notwendig, dass man sagt – gewisse Sachen müssen in der Teambesprechung verbreitet werden. [...]“ [Arzt 17061\_A]

Außerdem ist ihrer Meinung nach Kompromissbereitschaft wichtig, da Entscheidungen nun gemeinsam per Mehrheitsbeschluss getroffen werden müssen.

#### Funktionale Prozesse/Praxisprozesse

Im SCHAAZ wurde ein rotierendes Arbeitsplatzsystem für MFA eingeführt. Anhand eines Arbeitsplanes, der personell und vom Arbeitsbereich her wöchentlich wechselt, bekommt jede MFA einen Arbeitsplatz zugeteilt. Durch die klare Arbeits- und Zeiteinteilung und die

Konzentration auf einen klar definierten Aufgabenbereich wurden aus Sicht der MFA Arbeitsabläufe und Termineinhaltung verbessert, was Überstunden vermindert. Unerledigtes kann von der Nachfolgerin abgearbeitet werden, wobei allerdings die Gefahr besteht, dass Aufgaben bei fehlender Absprache liegen bleiben, da die Verantwortung „abgeschoben“ werden kann.

Sowohl die Ärzte als auch die befragten MFA beobachteten eine höhere Effektivität der Arbeitsabläufe im SCHAAZ im Vergleich zu den vorherigen kleineren Praxen:

„[...] das ist jetzt alles ein wenig kompakter geworden. Nicht so viele Leerzeiten, durch die bessere Praxisorganisation und durch diese Synergieeffekte [...]. Wir arbeiten wesentlich effektiver [...].“ [Arzt 15068\_A]

„[...] hier sind ja Schichtdienste von den Halbtagskräften dabei. Und das ist besser einteilbar. Wird dann einfach Ablösung gemacht, Übergabe und dann kann man heimgehen.“ [MFA 23111\_M]

Im SCHAAZ wurde die unterschiedliche Umsetzung von Qualitätsmanagement (QM) in den ehemaligen Praxen von einem neuen QM-Team (ein Arzt, drei MFA) vereinheitlicht und systematisiert. Ein anonymes Fehlerberichtssystem ermöglicht eine qualitätsgestützte Weiterentwicklung. In regelmäßigen Teamsitzungen des gesamten Praxisteam werden Fehler und Lösungsansätze offen diskutiert.

### Veränderungskapazität der Praxis

Während die Ärzte bereits vor Gründung des SCHAAZ Kontakt hatten (z.B. gemeinsame Absprachen bei Vertretungsregelungen), mussten sich die MFA zu einem neuen Team formieren. Dabei bereiteten nach Meinung der Ärzte und MFA z.B. Unsicherheiten über Aufgaben und Zuständigkeiten Probleme:

„[...] wir hatten am Anfang [...] doch mehr Probleme [...]. Es war ganz erstaunlich, dass erfahrene Helferinnen auf einmal sich nicht mehr zuständig fühlten.“ [Arzt 16063\_A]

„[...] am Anfang war es nicht so. Da hat jeder für sich so ein bisschen gewerkelt. [...] mittlerweile haben wir hier einen sehr guten Zusammenhalt. Jeder gibt sich Mühe.“ [MFA 15063\_M]

Aus Sicht der MFA hatten die Ärzte aufgrund der unterschiedlichen Abläufe

und Regelungen in den vorherigen Praxen vor allem Probleme, sich an eine neue und einheitliche Arbeitsorganisation zu gewöhnen.

Beide Berufsgruppen beobachteten einen erhöhten Krankenstand unter den MFA, den sie auf ein verändertes Verantwortungsgefühl in einem größeren Team zurückführten:

„Ich finde hier, dass es sehr oft Krankheitsfälle gibt, vorher gab es das so in der Form nicht. [...] Vielleicht weil der ein oder andere denkt, da sind ja noch andere im Hintergrund, die das auffangen können.“ [MFA 15064\_M]

Der Teambildungsprozess im SCHAAZ wurde durch häufige (z.T. wöchentliche) Teamsitzungen unterstützt, bei denen organisatorische Abläufe und die Arbeitsplanung entwickelt und abgestimmt, Zielvereinbarungen getroffen und Konflikte geklärt wurden. Gestaltungsideen und Verbesserungsvorschläge jedes Teammitglieds wurden auf ihre Priorität und Umsetzbarkeit geprüft und in der Praxis getestet.

Durch die Vertretungsmöglichkeiten im größeren Team können sich MFA im SCHAAZ weiterqualifizieren, spezialisieren und einen erweiterten Aufgabenbereich übernehmen, was durch die Ärzte aktiv gefördert wird:

„[...] Hier kann auch mit Vorlieben oder mit Talenten ein Platz besetzt werden, der dann auch über eine größere Arbeitszufriedenheit, zu einer größeren Arbeitsleistung führt. Und die Zufriedenheit der Mitarbeiter und natürlich dann auch der Patienten erhöht.“ [Arzt 15068\_A]

Einige MFA zeigten daran wenig Interesse, andere konnten nun Fortbildungen besuchen, zu denen in der alten Praxis keine Zeit vorhanden war.

### Auswirkungen auf Patienten

Aus Sicht der befragten Hausärzte und MFA fiel es besonders älteren Patienten schwer, sich an die neuen Gesichter und unbekanntem Praxisabläufe im SCHAAZ zu gewöhnen. Ihrer Meinung nach vermissten viele Patienten die familiäre Atmosphäre ihrer früheren Hausarztpraxis:

„Denen [Patienten] hat das familiäre gut gefallen. Die tun sich hier erst mal ein bisschen schwer.“ [MFA 16062\_M]

Andererseits konnte das medizinische Leistungsangebot für Patienten im SCHAAZ erweitert werden (z.B. Fach-

arztsprechstunden, Patientenschulungen, präventive Sport- und Ernährungskurse in Zusammenarbeit mit der Physiotherapiepraxis) und aus den verbesserten Arbeitsabläufen resultierten nach Aussage der MFA verkürzte Wartezeiten.

Der Umzug bedeutete vor allem für Patienten aus einer der drei Praxen längere Wege zum Hausarzt, was zunächst zu einem Verlust an Patienten führte, der jedoch durch einen Zustrom neuer Patienten wettgemacht wurde.

## Diskussion

### Veränderungen des Praxiskerns

Erfahrungen aus den USA weisen auf die Wichtigkeit ausreichender materieller und personeller Ressourcen und der klaren Definition von Organisations- und Funktionsprozessen für die erfolgreiche Implementierung neuer Versorgungsansätze in der Primärversorgung hin [11]. Der Umbau eines Gebäudes durch einen externen Investor gemäß den Bedürfnissen der Praxen und die Bildung eines neuen, größeren Teams von MFA und Ärzten ermöglichten eine Ressourcenerweiterung im SCHAAZ. Das Erreichen einer „kritischen Masse“ an Personal scheint auch von deutschen Hausärzten genannte Barrieren zur Einbeziehung von MFA in die Patientenversorgung zu beheben [12]: zusätzliche zeitliche Belastungen neben den alltäglichen Praxisaufgaben und mangelnde Kompetenz und Selbstständigkeit der MFA.

Durch die Teamvergrößerung im SCHAAZ wurde eine professionelle Personalentwicklung möglich, was die Hypothese bestätigt, dass MFA durch einen größeren Mitarbeiterpool die Möglichkeit erhalten, sich weiter fortzubilden und mehr Verantwortung zu übernehmen, wofür jedoch Bereitschaft und Interesse seitens der MFA vorhanden sein müssen. Außerdem kann die Arbeit in einem größeren Team so organisiert werden, dass MFA für zusätzliche arztentlastende Aufgaben freigestellt werden können [13].

Die im SCHAAZ neu eingeführten Praxismanagerinnen haben eine Sprecher- und Mittlerfunktion für alle MFA gegenüber den Ärzten. Sie organisieren Arbeitspläne und -abläufe weitgehend selbstständig, was die Ärzte erheblich entlastet. Eine solche Aufgabenteilung

fördert die Teamarbeit [13] und wertet die Rolle der MFA auf, was eine partnerschaftlichere Zusammenarbeit mit den Ärzten fördern könnte.

Aus Sicht der Hausärzte trugen die Möglichkeit, Aufgaben an qualifizierte MFA zu delegieren, und die Vergrößerung des Ärzteteams zum Gefühl einer Arbeitsentlastung bei, da finanzielle Belastungen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten geteilt werden können. Diese Entlastungsfaktoren wurden auch in einer kürzlich veröffentlichten Studie von Hausärzten genannt [14], was unsere Hypothese belegt, dass der Zusammenschluss zu einem größeren Praxisteam in einer Arbeitsentlastung für Ärzte sowie in einer besseren *work-life-balance* resultiert, wie sie auch in anderen Studien berichtet wird [2, 15].

Eine Teamvergrößerung erfordert eine Neuausrichtung der Praxisorganisation, um arbeitsintensive neue Schnittstellen zu vermeiden [12]. Ein Beispiel für die Umsetzung einer einheitlichen Organisationsstruktur ist die Implementierung eines gemeinsamen QM-Systems im SCHAAZ.

Studien aus der Organisationspsychologie zeigen neben Synergieeffekten und Kostenreduzierung als positive Folgen eines Organisationszusammenschlusses insbesondere bei Mitarbeitern auch negative Folgen und Ängste, wie eine Bedrohung ihrer bestehenden Gruppenzugehörigkeit und Kontrollverlust [16]. Während die Hausärzte als Initiatoren der Gründung des SCHAAZ überwiegend positive Erwartungen äußerten und diese nach einem Jahr auch zumeist bestätigt sahen, waren die MFA dem Zusammenschluss gegenüber kritischer eingestellt. Als Vorteil wurde die Erhöhung der Arbeitseffektivität und die resultierende bessere Einhaltung der Arbeitszeit gesehen, als Nachteil jedoch die dadurch fehlende Zeit für zwischenmenschliche Kontakte und private Gespräche mit Kollegen und Patienten. Somit beruhte der Verlust der persönlichen Beziehung zu Vorgesetzten im SCHAAZ nicht auf der Einführung einer neuen Hierarchieebene (Praxismanagerin) und der daraus resultierenden stärkeren hierarchischen Strukturierung, wie es am Beispiel von Krankenhäusern beschrieben wurde [17].

Die Erfahrungen im SCHAAZ deuten darauf hin, dass es in einem größeren Team möglicherweise erforderlich ist,

neben den Arbeitsprozessen auch den zwischenmenschlichen Austausch neu zu organisieren. Dies könnte in der Hausarztpraxis bspw. durch entsprechend in den Arbeitsalltag eingeplante, gemeinsame Kaffeepausen oder regelmäßig stattfindende Stammtische erfolgen.

Wie aus der Organisationssoziologie [18] und anderen Studien bekannt [2], zeigte sich auch im SCHAAZ, dass mit steigender Organisationsgröße eine stärkere Strukturierung in Form von Arbeitsteilung und Formalisierung von Arbeitsprozessen erforderlich ist. Während Absprachen in kleinen Praxen zwischen- durch „auf Zuruf“ erfolgen können, müssen im SCHAAZ regelmäßig zeitaufwendige Teamsitzungen und Übergaben erfolgen, damit die Informationsweitergabe und Konsentierung von Entscheidungen für alle Teammitglieder funktioniert.

Im SCHAAZ wurde seit dem Zusammenschluss ein erhöhter Krankenstand unter den MFA beobachtet und Aufgaben erst nach entsprechendem Hinweis durch Vorgesetzte erledigt. Dieses Phänomen des „sozialen Bummelns“ (*social loafing*) ist bei Teamarbeiten bekannt und kann dazu führen, dass einzelne Mitarbeiter weniger arbeiten und auch weniger Verantwortung übernehmen als andere [11, 19, 20]. Möglich erscheint aber auch ein Zusammenhang mit den von den MFA negativ wahrgenommenen Veränderungen der sozialen Struktur, die in einer mangelhaften oder fehlenden Erfüllung der abverlangten Arbeitsleistung resultieren und sich nach außen durch einen erhöhten Krankenstand bemerkbar machen könnte.

Aus Sicht der SCHAAZ-Mitarbeiter beurteilten insbesondere ältere Patienten die größere Praxis mit einer weniger „familiären“ Atmosphäre, neuen unbekannten Mitarbeitern und Praxisabläufen zunächst kritisch, was auch in anderen Studien beschrieben wurde [21].

### Veränderungskapazität

Erfolgsfaktoren für die Teambildung und den Praxistransformationsprozess im SCHAAZ waren nach Meinung der Befragten eine kontinuierliche offene und partnerschaftliche Kommunikation, gute zwischenmenschliche Beziehungen, die vor allem unter den Ärzten schon vor dem Zusammenschluss be-

standen, die Bereitschaft zu kontinuierlicher Weiterentwicklung und die gemeinsame Gestaltung der Arbeitsabläufe. Untersuchungen aus der Organisationspsychologie sehen gute Kommunikation als zentrales Integrationsinstrument bei Zusammenschlüssen an [16]. Erfahrungen bei der Einführung des *Patient Centered Medical Home* in Hausarztpraxen in den USA bestätigen, dass eine gute Kommunikation innerhalb des Teams und die Bereitschaft zu kontinuierlicher Weiterentwicklung den Teambildungs- und Praxistransformationsprozess fördern [11]. Unabhängig von der Teamgröße ist darüber hinaus das Definieren klarer Arbeitsaufgaben und -prozesse für eine gelingende Teambildung wesentlich [2].

### Stärken und Schwächen der Studie

Es handelt sich um eine Einzelfallstudie, deren Übertragbarkeit begrenzt ist und davon abhängt, ob Hypothesen bzw. Zusammenhänge überzeugend dargestellt werden konnten. Obwohl eine Vollerhebung geplant war, konnten nicht alle zum Erhebungszeitpunkt im SCHAAZ beschäftigten MFA interviewt werden. Im quantitativen Untersuchungsteil der SCHAAZ-Evaluation wurden Patienten mittels EUROPEP-Fragebogen befragt. In der vorliegenden qualitativen Erhebung konnte die Patientenperspektive dagegen nur aus Sicht des Praxisteam ermittelte werden.

Mit der Framework-Methode wurde zur Interviewauswertung ein pragmatisches Verfahren angewendet, das vorwiegend deduktiv vorgeht. Ziel der Studie war jedoch nicht, den gesamten Bedeutungsgehalt aus Sicht der Befragten vollständig zu erschließen, sondern den Prozess des Zusammenschlusses möglichst genau zu beschreiben, um Probleme und Erfolgsfaktoren herauszuarbeiten.

Stärken der Studien sind die Befragung betroffener Ärzte und ihrer Mitarbeiter zur praktischen Umsetzung von Ansätzen neuer Versorgungsmodelle, wie sie theoretisch oft beschrieben werden, und deren Prüfung in praxi. Gerade weil hier nur ein Einzelfall untersucht wurde, wurde Wert auf einen Abgleich mit organisationspsychologischen und -soziologischen Konzepten gelegt, in die sich die Ergebnisse schlüssig einordnen ließen.

**Lisa-Rebekka Ulrich, MPH ...**

... ist Gesundheitswissenschaftlerin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Ihr derzeitiger Schwerpunkt liegt in der Mitarbeit an einer BMBF-geförderten Studie zur Optimierung des Gerinnungsmanagements in der hausärztlichen Praxis (PICANT, Primary Care Management for Optimized Antithrombotic Treatment).

**Schlussfolgerung**

Der Zusammenschluss zum SCHAAZ hat gezeigt, dass eine Zusammenarbeit im größeren Team im Vergleich zu einer allein geführten Hausarztpraxis viele strukturelle Vorteile mit sich bringt und durch ein gemeinsam erarbeitetes Konzept, bei dem jeder Beteiligte zu Kompromissen und Zugeständnissen bereit sein sollte, möglich ist. Regelmäßige Teamsitzungen, in einem Arbeitseinsatzplan festgehaltene Aufgabenteilungen und die Einführung einer Hierarchieebene zwischen Ärzten und MFA

wurden als Erfolgsfaktoren, weniger Raum für persönlichen Austausch durch eine effizientere Arbeitsorganisation als mögliche Barriere für eine erfolgreiche Teambildung identifiziert. Daher sollte darauf geachtet werden, dass Zeit für sozialen Austausch unter den Teammitgliedern in den Arbeitsalltag eingeplant wird.

Empfehlungen aus organisations-theoretischen Modellen sollten bei Umstrukturierungen von Hausarztpraxen berücksichtigt werden, da dies eine Voraussetzung dafür sein könnte, dass die Praxen zukünftige Herausforderungen

bestehen und Elemente neuer Versorgungsstrukturen einführen können. Zukünftige Evaluationsstudien neuer Versorgungsmodelle sollten auch Interviews mit Patienten beinhalten, um die Auswirkungen der Änderungen aus ihrer Perspektive einzubeziehen.

**Danksagung:** Wir danken dem gesamten Praxisteam des SCHAAZ für die Teilnahme an der Studie.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

**Korrespondenzadresse**

Lisa-Rebekka Ulrich  
Institut für Allgemeinmedizin  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt am Main  
ulrich@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

**Literatur**

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration: Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos, 2010
2. Bodenheimer T. Building teams in primary care: lessons learned. Prepared for California Health Care Foundation, 2007: 2–16
3. Koeck C. Time for organizational development in healthcare organizations. Br J Gen Pract 1998; 317: 1267–1268
4. Beyer M, Gerlach FM, Erler A. Primärversorgungspraxen – ein Konzept zur Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. ZEFQ 2011; 105: 563–570
5. Miller WL, Crabtree BF, Nutting PA, Stange KC, Jaen CR. Primary care practice development: a relationship-centered approach. Ann Fam Med 2010; 8 (Suppl 1): S68
6. Erler A, Beyer M, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland: 2. Das Modell der Primärversorgungspraxis. Z Allg Med 2010; 86: 159–165
7. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. 2nd. ed. Los Angeles: SAGE, 2009
8. Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland: 1. Grundlagen und internationale Modelle. Z Allg Med 2010; 86: 93–98
9. Ritchie J, Lewis J. Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers. London, Thousand Oaks: Sage Publications, 2003
10. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. BMJ 2000; 320: 114–116
11. Nutting PA, Crabtree BF, Miller WL, Stange KC, Stewart E, Jaen C. Transforming physician practices to patient-centered medical homes: lessons from the National Demonstration Project. Health Affairs 2011; 30: 439–445
12. Bölter R, Ose D, Götz K, Miksch A, Szecsenyi J, Freund T. Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Primärversorgung chronisch kranker Patienten. Med Klin 2010; 105: 7–12
13. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? JAMA 2004; 291: 1246–1251
14. Behmann M, Schiemann G, Lingner H, Kühne F, Hummers-Pradier E, Schneider N. Job satisfaction among primary care physicians: results of a survey. Dtsch Arztebl Int 2012; 109: 193–200
15. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2004; 4: 1–37
16. Rosenstiel L von, Spieß E. Organisationspsychologie. München: Oldenbourg, 2008
17. Vogd W. Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus. ZfS 2004; 33: 26–47
18. Abraham M, Büschges G. Einführung in die Organisationssoziologie. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009
19. Cohen SG, Bailey DE. What makes teams work: group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. J Manage 1997; 23: 239–290
20. Field R, West M. Teamwork in primary health care. 2. Perspectives from practices. J Interprof Care 1995; 9: 123–130
21. Wensing M, Hermsen J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. Health Expect 2008; 11: 384–390