

Die Praxis der Zukunft

Ein neues Praxiskonzept in der Hausarztmedizin – Teil 2

Nun galt es, die im 1. Teil formulierten Ideen in konkrete Abläufe, ein Raumlayment und passende IT-Anforderungen zu übersetzen.

Markus Steiner^a; Stefan Märke^b

^a Dr. med. EMBA, Leitung Gruppenpraxen, Sanacare AG; ^b M.A., Manager bei Vetterli Roth & Partners

Dank Prototyping werden abstrakte Ideen konkret und räumliche Anforderungen klar

Diese abstrakten Ideen galt es nun in konkrete Abläufe, ein Raumlayment und passende IT-Anforderungen zu übersetzen. Der mit der Lean-Philosophie verwandte Ansatz des Integrated-Facility-Designs bedeutet auch, dass bei Bauvorhaben zu einem früheren Zeitpunkt mehr Ressourcen ins Design investiert werden und die Prozesse Hand in Hand mit dem Raumlayment zu entwickeln. Dieser Ansatz verspricht einerseits tiefere Baukosten, da weniger oft nachträgliche Änderungen notwendig sind, und andererseits effizientere Abläufe im Betrieb [1]. Dementsprechend haben wir aus einem Teil des Praxisteam ein Projektteam, bestehend aus MPAs und Ärztinnen und Ärzten der Berner Praxis und Personen des Sanacare-Hauptsitzes zusammengestellt, welches gemeinsam das neue prozessuale und räumliche Praxiskonzept entwickelt hat.

An den Design Workshops beteiligten sich auch der Architekt und IT-Fachpersonen. Bewusst wurde eine diverse Zusammensetzung gewählt, da dies der Innovationskraft von Design Teams zuträglich ist [2, 6].

Begleitet durch die Herren Ch. Vetterli und St. Märke (Vetterli Roth & Partners) starteten wir die sogenannte Makro-Design-Phase. Diese Phase zeichnet sich dadurch aus, dass Ideen gesammelt, erste Hypothesen prototypisiert, die entstehenden Lösungen auf ihre Praxistauglichkeit überprüft werden und die gewonnen Erkenntnisse in wiederum verbesserten Lösungen münden – entlang der Innovationslogik von «Design Thinking» (Abb. 1). Über zahlreiche Iterationen findet ein schnell-

ler Wissensaufbau statt und dadurch entstehen zunehmend bessere und praxistaugliche Lösungen [3], während gleichzeitig Risiken minimiert und der Gesamtprozess beschleunigt wird [4].

Darüber hinaus hat die Arbeitsweise mittelfristig positive Effekte, wie beispielsweise eine subjektiv bessere Arbeitskultur [4]. Dadurch, dass die späteren Anwenderinnen und Anwender ihre Lösung in einem geführten

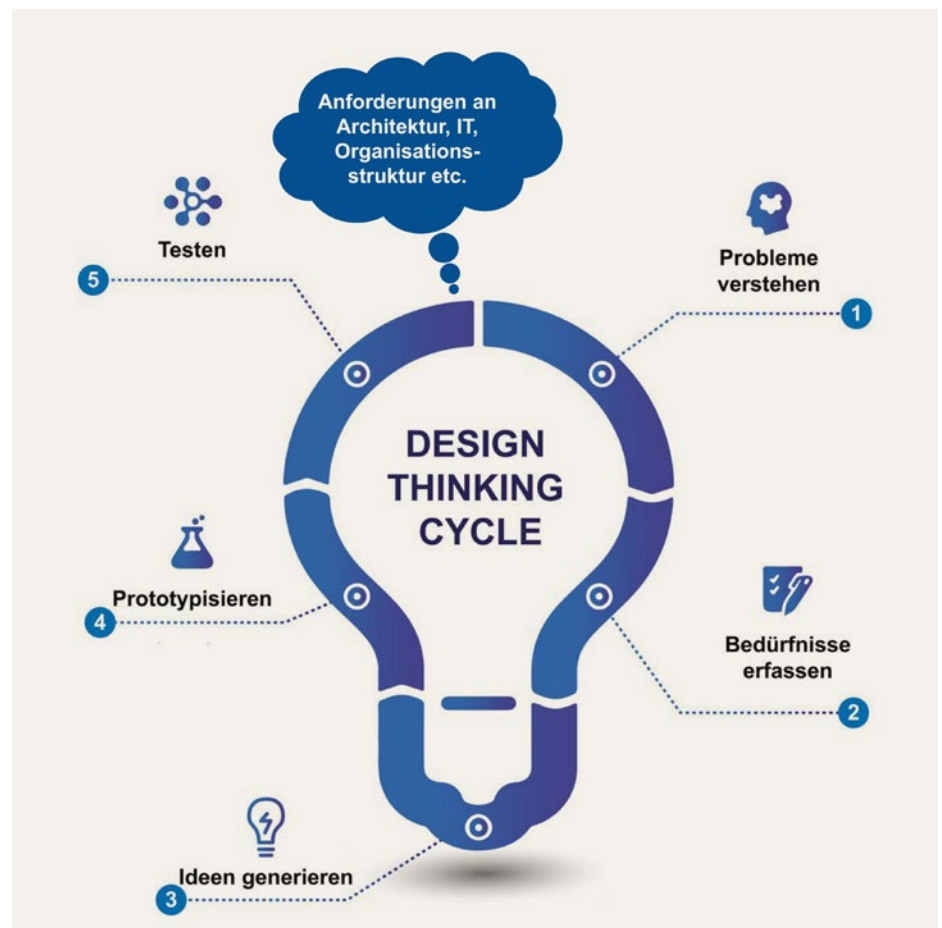


Abbildung 1: Der Design-Thinking-Zyklus generiert Anforderungen an Architektur, IT und Organisationsstruktur.

Prozess selbst entwickeln, entstehen auf die jeweilige Situation massgeschneiderte Lösungen und ein tiefes gemeinsames Verständnis der Zukunft, was die spätere Umsetzung erheblich erleichtert [4–6]. Es ist ein Lern- und Entwicklungsprozess, geprägt durch gemeinsames Verstehen, Prototypisieren, Testen und Verbessern.

Dabei folgten wir dem Grundsatz «Patient first» – die medizinischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sollen an erster Stelle kommen, die Prozesse sich am Patientenfluss orientieren und dadurch verschwendungsarm sein [7]. Die Lösungsentwicklung folgt somit der Wertschöpfungslogik aus Patientensicht.

Mitunter der wichtigste Schritt in diesem Vorgehen ist das Prototyping (Abb. 2): die unmittelbare anfassbare Umsetzung der Ideen und deren schrittweise Detaillierung und Weiterentwicklung. Mit einfachen Hilfsmitteln, wie beispielsweise Stellwänden, Tischen, Liegen oder Kartonkisten werden in einem geeigneten Raum gemeinsam Praxisräume modelliert und Praxisabläufe getestet. Der Prototyp bildet eine allen zugängliche Diskussionsgrundlage. Dadurch lassen sich Fehlentwicklungen früh erkennen und verschiedene Lösungsvarianten vergleichen. Auch wenn ein solches Mock-Up eine starke Abstraktion darstellt, ist es eine sehr wirkungsvolle und kosteneffiziente Methode, um beispielsweise störungsarme Prozesse zu entwickeln oder unpraktische Raumanordnungen zu vermeiden [8].

Testen mit Personas und «echten» Patientinnen und Patienten

Mittels Simulationen wurde der Prototyp einem Realitätscheck unterzogen und die ausgeheckten Ideen erlebt und weiterentwickelt. Dabei ist es wichtig, sich in konkrete Situationen im Alltag hineinzusetzen und die Patientenperspektive einzunehmen. Grundlage dafür sind die Abstraktion von Eigenschaften häufiger Patientengruppen als fiktive Einzelpersonen, sogenannte «Persona» mit unterschiedlichen Bedürfnissen [3]. Bei Menschen mit akuten einfachen medizinischen Problemen stehen andere Bedürfnisse im Vordergrund als bei Menschen mit akuten komplexen Erkrankungen. Wiederum differenzieren sich diese Bedürfnisse von denjenigen der Menschen mit chronischen Erkrankungen.

Zur finalen Überprüfung des Prototyps werden schliesslich «echte» Patientinnen und Patienten eingeladen, die den Prozess durchlaufen, ihr Erlebnis schildern und kritisch beurteilen, was wiederum weitere Anpassungen erlaubt.

Das Ergebnis: das Konzept der Sanacare Gruppenpraxis in Bern

Wie präsentiert sich nun die Sanacare Gruppenpraxis in Bern (Abb. 3)? Die Praxis gliedert sich in verschiedene Funktionseinheiten: Ein Hauptempfangs- und Administrationsbereich, ein Diagnostikbereich und zwei Sprechstundenbereiche mit je einem interdisziplinären Team.

Die Patientinnen und Patienten gelangen nur so weit ins Praxissystem hinein, wie dies nötig ist. Die Wartebereiche sind dezentral organisiert. Für das Sprechstundenteam steht je ein Arbeitsraum für die Erledigung des Tagesgeschäftes zur Verfügung. Die Teams der jeweiligen Bereiche funktionieren als sich selbstorganisierende Einheiten.

Der Hauptempfangs- und Administrationsbereich befindet sich beim Haupteingang, wo alle Patientinnen und Patienten empfangen und in ihre Versorgungsbereiche geleitet werden. Die Apotheke ist diesem Bereich angegliedert und der Wartebereich für die Diagnostik ist in Sichtweite. Da Patientinnen und Patienten allfällige Folgetermine direkt in den jeweiligen Einheiten erhalten, findet hier keine Kollision zwischen ankommenden und gehenden Personen statt. Ein getrennter Zugang für Mitarbeitende ermöglicht einen ruhigen Tagesstart.

Das Labor und die beiden weiteren Diagnostikräume befinden sich in der Nähe des Hauptempfangs- und Administrationsbereichs. Hier werden alle geplanten diagnostischen Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt.

Die Sprechstundenbereiche bestehen aus jeweils acht Behandlungszimmern und einem Arbeitsraum. Hier werden die Patientinnen und Patienten zur Sprechstunde empfangen, die verordneten Behandlungen durchgeführt,

Medikamente abgegeben und Folgetermine vergeben. Wenn beispielsweise ein unmittelbares EKG erforderlich ist und es aus Patientinnen- und Patientensicht angebracht und prozessual sinnvoll ist, wechselt die Ärztin oder der Arzt das Behandlungszimmer für die Konsultation mit der nächsten Patientin oder dem nächsten Patienten oder erledigt im Arbeitsraum patientenferne Aufgaben – im ersten Raum kann so durch eine MPA das EKG geschrieben werden.

Es kann aber auch angebracht sein, dass die Patientin oder der Patient im Wartebereich auf die Durchführung der diagnostischen Massnahmen der MPA wartet (beispielsweise für eine Blutentnahme, die sie in einem freien Behandlungszimmer durchführen wird) und von der Ärztin oder dem Arzt bei Verfügbarkeit der Resultate wieder ins Sprechzimmer gebeten wird. Diese Abläufe erfordern eine Standardisierung der Raumausstattung und bedingen, dass das erforderliche Untersuchungs- und Diagnostikmaterial verfügbar ist. Dieser flexible Umgang mit den Räumen verhindert gegenseitige Blockaden und ermöglicht eine bestmögliche Nutzung der Sprechzimmer.

Standardisierung schafft Sicherheit, Zuverlässigkeit und Flexibilität. Abweichungen fallen sofort auf. Um Laufwege zu sparen werden die Blutentnahmen und die Medikamente per Rohrpost zur Analyse resp. Abgabe in den entsprechenden Praxisbereich geschickt. Die medizinischen Leistungen werden interprofessionell erbracht. Alle Mitarbeitenden arbeiten kompetenzbasiert. Auch die Chronic-Care-Management Coachin fügt sich in den gleichen Arbeitsmodus ein.

Dank dem IT- und Informationsfluss können sich die Mitarbeitenden an allen Computern einfach und schnell einloggen und dort



Abbildung 2: Beim Prototyping können alle mitdiskutieren.



Abbildung 3: Der Grundriss der Praxis. Rot = Wartebereich, Violett = Empfang/Call Center/Administration, Grün = Behandlungszimmer, Gelb = Diagnostik/Labor, Orange = Büro, Blau = Teamzone

weiterarbeiten, wo sie am letzten Gerät aufgehört haben. Man kann von jeder PC-Station aus auf die Patientenakte und auf digital verfügbare Fachinformationen zugreifen. Die Ablauforganisation ist darauf ausgerichtet, dass die Kommunikation zwischen Ärztin oder Arzt und MPA problemlos möglich ist. Dies ist Voraussetzung, um die Räumlichkeiten wie oben beschrieben maximal flexibel nutzen zu können.

Schlussfolgerungen und Erkenntnisse

Das beschriebene Praxiskonzept erfordert eine grosse Anpassungsbereitschaft des gesamten Teams. Ein detailliertes Praxisbetriebskonzept mit Arbeitsplatz-, Aufgabenzuteilung und Teamzusammenstellung in den einzelnen Funktionseinheiten gibt die Leitplanken für einen zufriedenstellenden Praxisbetrieb vor. Der direkte Einbezug des Teams in den Innovationsprozess erleichtert die späteren Veränderungen. Den restlichen Teammitgliedern werden anlässlich den Team-Sitzungen die Lösungsideen vorgestellt und es wird Raum für Fragen gelassen, welche dann vom Projektteam aufgenommen und am nächsten Simulationstag bearbeitet werden können. Durch dieses Vorgehen haben wir ein tragfähiges Fundament für den gemeinsamen Einstieg in den neuen Praxisbetrieb geschaffen. Für die weiteren fortlaufenden Optimierungen nutzen wir das Kaizen-Board, auf welchem alle Teammitglieder erkannten Probleme, inklusive Lösungsvorschlägen anbringen können. Anlässlich den Teamsitzungen werden diese Vorschläge besprochen, umgesetzt oder weiterentwickelt.

Eine anonyme Patientenumfrage zum Erlebnis des Praxisbesuchs hat ein erfreuliches Resultat ergeben. Die Patientinnen und Pati-

enten fühlen sich gut geleitet, aufgehoben und erleben die Praxisatmosphäre als ruhig. Die Beurteilung der Wartezeiten hat sich verbessert.

Unser Team hat mittlerweile eine Grösse von über 30 Personen und das Konzept ist durch seine Modularität auch bei einem weiteren Praxiswachstum skalierbar – und damit anwendbar.

Teil 1 zu diesem Beitrag finden Sie in der PHC-Ausgabe 4/24 unter: <https://phc.swisshealthweb.ch/de/article/doi/phc-d.2024.1423922509/>

Redaktionelle Verantwortung

Sandra Hügli-Jost
Kommunikationsbeauftragte
mfe Haus- und Kinderärzte
Schweiz
Geschäftsstelle
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
[Sandra.Huegli\[at\]hausarzeschweiz.ch](mailto:Sandra.Huegli[at]hausarzeschweiz.ch)

Literatur

- 1 Pelly N, Zealleer BB, Reed M, Martin L. (2013). Utilizing Integrated Facility Design to Improve the Quality of a Pediatric Ambulatory Surgery Center. *Pediatric Anesthesia*. pp. 1–5 <https://doi.org/10.1111/pan.12195>.
- 2 Vetterli C, Leifer L. (2021). Design Thinking. In Angerer, A. (Hrsg.) (2021). *New Healthcare Management: Erfolgreich Organisationen gestalten und managen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- 3 HPI D-School. Die sechs Schritte im Design Thinking Innovationsprozess. <https://hpi.de/school-of-design-thinking/design-thinking/hintergrund/design-thinking-prozess.html> Abgerufen am 13. November 2023.
- 4 Gerken, S., Uebernickel, F., & De Paula, D. (2022). *Design Thinking: a Global Study on Implementation Practices in Organizations: Past-Present-Future*. Universitätsverlag Potsdam.

- 5 Vetterli C, Schmelzer P. (2023). The Approach of Design Sprints in Healthcare Transformation In: Pfannstiel, M.A. (Hrsg.) (2023). *Human-Centered Service Design for Healthcare Transformation: Heidelberg: Springer Nature*. https://doi.org/10.1007/978-3-031-20168-4_16.
- 6 Liedtka J. "Evaluating the Impact of Design Thinking in Action." *Academy of Management Proceedings*. Vol. 2017. No. 1. *Acad Manage J*. 2017.
- 7 Hollenstein E, Marquard J, Steiner M, Angerer A. Potenziale von Lean Management in der Hausarztmedizin. *Schweiz Arzteztg*. 2020;101(27–28):865–7.
- 8 Health Quality Council of Alberta. (2020). *Healthcare Facility Mock-up Evaluation Guidelines: Using Simulation to Optimize Return on Investment for Quality and Patient Safety*. Calgary, Alberta, Canada.