

Gesundheitsberufe im Interview

„Der demografische Wandel und die Zunahme multimorbider Patienten machen die interprofessionelle Zusammenarbeit immer wichtiger“



Ute Repschläger, Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V.

Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit?

Frei nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist interprofessionelle Zusammenarbeit für mich das Zusammenspiel verschiedener Professionen im Gesundheitswesen, um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Das bedeutet für mich in erster Linie, eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe, in der jeder die Expertise der anderen Berufsgruppen anerkennt und nutzt. Der demografische Wandel und die Zunahme multimorbider Patienten machen die interprofessionelle Zusammenarbeit immer wichtiger. Aber nicht nur die Patienten haben Vorteile, wenn verschiedene Berufsgruppen gut zusammenarbeiten. Studien belegen, dass auch das Personal sowie das Gesundheitssystem als Ganzes profitiert. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann beispielsweise die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung verbessern, Kosten reduzieren und die Zufriedenheit des Personals im Gesundheitswesen erhöhen.

Zusammenarbeit mit Ärzten: Wie erfährt der Physiotherapeut, was er anwenden soll, wo er vorsichtig sein muss und was seine Bemühungen gebracht haben?

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erhält der Physiotherapeut vom Arzt Informationen zum Patienten über die Angaben auf der Heilmittelverordnung. Hier sind der ICD-10-Code sowie das verordnete Heilmittel ausschlaggebend für die Behandlung. Über das Feld „ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise“ können Ärzte den Physiotherapeuten zusätzliche Information zur Verfügung stellen. Bei Privatpatienten gibt es keinen speziellen Verordnungsvordruck für Heilmittel. Der Arzt muss in der Verordnung aber die Diagnose und das Heilmittel angeben. Besser sieht es im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung aus. Hier gibt es auf der Verordnung, neben der Angabe zur Diagnose und den Heilmitteln, zusätzlich das Feld „Therapiehinweise“, in dem der Arzt Anmerkungen zu weiteren Limitierungen (zum Beispiel Bewegungsausmaß, Belastungsgrenzen) oder die angewandte OP-Technik angeben kann. Zudem kann der Arzt in diesem Feld eine telefonische Rücksprache durch den Therapeuten erbitten, die dann während der Behandlungszeit erfolgen kann. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind solche Telefonate komplett abhängig vom persönlichen Engagement der Physiotherapiepraxen und der Ärzte.

Bei allen drei Ordnungsformen kann es sein, dass der Patient Befunde, OP-Berichte, Nachbehandlungsschemata oder Röntgenbilder mitbringt. Das ist aber individuell und sowohl vom Arzt

als auch Patienten abhängig. Die wichtigsten Informationen sammelt aber der Physiotherapeut selbst. In der Ausbildung lernen wir natürlich, worauf man bei bestimmten Erkrankungen oder nach bestimmten Operationen achten soll und wie diese zu behandeln sind. Vor jeder physiotherapeutischen Behandlung wird daher eine physiotherapeutische Befunderhebung/Diagnostik durchgeführt, auf deren Grundlage wir in der Folge den Behandlungsplan festlegen.

Inwieweit die physiotherapeutische Behandlung erfolgreich war, sehen wir anhand unserer Untersuchungen. Die Befundergebnisse und das gemeinsam mit dem Patienten verabredete therapeutische Ziel werden sowohl mehrfach im Therapieverlauf als auch am Ende der Behandlungsserie durch Retests überprüft.

Wissen die Ärzte, was Physiotherapie kann und nicht kann?

Tatsächlich besteht der Verdacht, dass manche Ärzte nicht genau darüber informiert sind, welche Kompetenzen ein Physiotherapeut hat. Grund dafür ist vor allem, dass es während der Ausbildung der unterschiedlichen Gesundheitsberufe bisher wenig Vernetzung gibt. Das ist auf jeden Fall eine Baustelle, an der man ansetzen könnte, um die interprofessionelle Zusammenarbeit langfristig zu verbessern.

Erfahren die Ärzte, was die Therapie gebracht hat beziehungsweise ob durch die Therapie Zweifel an der Überweissungsdiagnose aufkommen?

Um über den Behandlungserfolg der Patienten informiert zu sein, gibt es

durchaus einen offiziellen Weg: Der Arzt kann eine Kurzmitteilung (Stand der Therapie in Hinblick auf die Therapieziele, Besonderheiten des Behandlungsverlaufs) oder – seit August 2021 – einen ausführlicheren „Physiotherapeutischen Bericht“ (längerfristiger Behandlungsverlauf, neurologische Erkrankungen, Polytrauma, chronische Erkrankungen et cetera, verabredete Ziele, Verlauf der Therapie, Schmerzentwicklung, Funktionsstatus, ADLs [activities of daily living, Anm. d. Red.], Prognosen und Empfehlungen, nahtlose Weiterbehandlung [stationäre Aufnahme, Reha]) beim behandelnden Physiotherapeuten anfordern. Leider ist diese umfangreichere Art der Kontaktaufnahme nur auf Aufforderung des Arztes möglich. Für den Physiotherapeuten gibt es keine institutionalisierte Möglichkeit der Kontaktaufnahme, obwohl dies bei einigen Patienten sinnvoll wäre. Denn misslungene oder unvollständige Kommunikation kann zur Gefährdung der Patientensicherheit führen, was natürlich keiner der Beteiligten möchte.

In der ersten Behandlungseinheit macht der Physiotherapeut standardmäßig ein Screening sowie eine physiotherapeutische Befundung/Diagnostik.

Kommt es dabei oder im Verlauf der Therapie zu Zweifeln an der Diagnose, wird der Patient zur weiteren Abklärung zurück zum Arzt geschickt. Dies gilt natürlich auch, wenn der Therapeut weitere Verletzungen wie beispielsweise eine unerkannte Fraktur vermutet.

Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche Kernkompetenz und welche Tätigkeiten sind daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?

Spezifische Kernkompetenzen von Ärzten finden wir am deutlichsten im kurativen Bereich, und zwar in der medizinischen Diagnostik und Therapie. Je nach Fachgruppe werden dabei unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Die

Diagnostik führt zu einer medizinischen Diagnose – inklusive ICD-10-Code – und die Therapie erfolgt operativ, medikamentös oder ärztlich konservativ. Das heißt beispielsweise bei einem akuten Trauma, dass der Arzt für die Diagnostik, Differentialdiagnostik, gegebenenfalls die Notfallversorgung, für Operationen sowie die Verordnung von Medikamenten zuständig ist.

Welche bisher ärztlichen Tätigkeiten könnten aus Ihrer Sicht auch von Ihrem Berufsstand ausgeführt werden und welche nicht?

Nehmen wir wieder den kurativen Bereich. Physiotherapeuten führen zu Beginn ihrer Therapie eine physiotherapeutische Diagnostik durch. Unsere Kernkompetenz ist dabei die Beurteilung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit. Derzeit ist bei Beschwerden im muskuloskelettalen Bereich, zum Beispiel bei Rückenschmerzen, immer noch der Arzt die erste Anlaufstelle für Patienten. Er stellt bei Bedarf eine Verordnung, beispielsweise für Manuelle Therapie, aus. Diesen Erstkontakt könnten wir Physiotherapeuten übernehmen. An erster Stelle würde dann ein Screening stehen, ob eine weitere ärztliche Diagnostik – beispielsweise Blutuntersuchungen oder bildgebende Verfahren – erforderlich ist. Wenn nicht, würden wir eine physiotherapeutische Diagnose stellen und sofort im so genannten Direktzugang behandeln. Hierzu müssten natürlich die Rahmenbedingungen konkretisiert werden und es beträfe auch nur einen kleinen Teil der Patienten, die derzeit eine Praxis aufsuchen.

Ein weiterer Punkt, bei dem wir Physiotherapeuten uns mehr Handlungsspielraum vorstellen könnten, ist die selbstständige Verordnung von therapiebegleitenden Apps und therapiebegleitenden Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Polstermaterial für die Manuelle Lymphdrainage. In vielen Fällen würde es den Prozess auch erleichtern, wenn

wir Physios Folgeverordnungen für unsere Patienten ausstellen könnten.

Wie stehen Sie zur Akademisierung Ihres Berufsstandes?

Der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten spricht sich schon seit langem für die Etablierung einer vollständigen, primärqualifizierenden hochschulischen Ausbildung in der Physiotherapie aus. Wir sehen darin nicht nur Vorteile, sondern auch eine Notwendigkeit. Die Bevölkerung wird zunehmend älter, multimorbider und therapiebedürftiger. Die Ansprüche an uns Therapeuten steigen daher stetig, sowohl bei der Umsetzung einer evidenzbasierten Diagnostik als auch in der Therapie. Evidenz lässt sich nur durch gezielte Forschung erreichen. Nur durch die Akademisierung des Berufs lassen sich eigene Forschungsstrukturen in der Physiotherapie ausbauen. Daneben müssen die Forschungsergebnisse auch in die Ausbildung und Praxis transferiert werden. Es sind also zwei Themen, die im Zuge der Akademisierung wichtig sind: zum einen die Ausbildung als solche und zum anderen die nötigen Forschungsstrukturen.

Wir sehen die Akademisierung zudem als wichtiges Mittel, dem Fachkräftemangel in der Physiotherapie langfristig zu begegnen. Unser Beruf muss attraktiver werden, um wieder mehr junge Menschen für ihn zu begeistern! Neben einer angemessenen Vergütung ist die Akademisierung ein wichtiger Baustein für ein attraktiveres Berufsbild.

Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten, aber auch den anderen Gesundheitsfachberufen zukünftig vor?

In unserer Wunschvorstellung ist die Zusammenarbeit mit den anderen Professionen des Gesundheitswesens kein Gegeneinander, sondern immer ein Miteinander. Das beinhaltet beispielsweise einen geregelten (Informations-)

Austausch, aber unbedingt auch die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen zu kennen und anzuerkennen. Zudem müssen Informationsasymmetrien abgebaut werden, zum Beispiel sollten auch wir Heilmittlerbringer Einsicht in die elektronischen Patientenakten erhalten – das Einverständnis des Patienten natürlich vorausgesetzt. Für die interprofessionelle Zusammenarbeit birgt die Telematikinfrastruktur große Chancen, wenn sie zum Nutzen der beteiligten Berufsgruppen umgesetzt wird. Der TI-Messenger (TIM) für den kurzfristigen Austausch zwischen Arzt und Therapeut könnte zukünftig zum Beispiel eine enorme Erleichterung in der Kommunikation darstellen, wenn er von beiden Seiten aktiv genutzt wird.

Was wäre aus Ihrer Sicht ein dringendes Problem, das wir noch nicht angesprochen haben?

Kommunikation ist bei der interprofessionellen Zusammenarbeit ein entscheidender Erfolgsfaktor. Nur wenn

die verschiedenen Berufsgruppen miteinander in den Austausch treten, können Mehrwerte entstehen. Dies verursacht jedoch Aufwand und frisst Zeit. Bisher gibt es dafür jedoch nur partiell Entschädigungen, beispielsweise in der Palliativbehandlung von Privatpatienten. Wir sind jedoch der Meinung, dass der erforderliche Aufwand für die

Abstimmung der Professionen untereinander unbedingt vergütet werden muss. Sonst besteht die Gefahr, dass es vom persönlichen Engagement der Akteure abhängt, ob ein Patient die beste Versorgung erhält oder nicht. Hier sind Politik und Kostenträger gefragt, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. ■

Zur Person:

- geboren 1961

Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK):

- seit 1989 im Vorstand des IFK tätig
- seit 2002 Vorstandsvorsitzende des IFK

Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV)/

Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV):

- seit 2002 im Vorstand der BHV/des SHV tätig
- 2004 – 2007 Sprecherin der BHV
- 2014 – 2017 stellvertretende Vorsitzende des SHV
- 2017 – 2020 Vorsitzende des SHV
- seit 2021 stellvertretende Vorsitzende des SHV

Sonstiges

- seit 1987 selbstständig in eigener Praxis in Witten
- 2002 – 2006 Lehrauftrag an der Fachhochschule Osnabrück

Gesundheitsberufe im Interview

„Es ist wichtig, Pflegenden in Zukunft mehr eigenverantwortliche Entscheidungskompetenzen zu ermöglichen“



Michael Junge,
Vorsitzender Sächsischer Pflegerat

Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit?

Für mich bedeutet interprofessionelle Zusammenarbeit ein gemeinsames Einstehen für die Interessen unserer Patienten. Die Expertise aller an der Behandlung beteiligten Professionen anzuerkennen und ernst zu nehmen. Darauf aufbauend gemeinsam Versorgungsprozesse zu gestalten.

Was ist die spezifische Kompetenz Ihres Berufs?

Die spezifische Kompetenz der Pflege lässt sich bisher gar nicht so einfach

definieren, da einerseits Pflege-theorien ganz verschiedene Ansätze beschreiben und andererseits, Pflege je nach Setting unterschiedliche Kompetenzen erfordert.

Eine Beschreibung die meiner Auffassung sehr nah kommt, stammt von Callista Roy [US-amerikanische Pflege-theoretikerin und Professorin, Anm. d. Red.], die sagt, wesentliche Aufgabe von Pflegenden ist die Begleitung von Menschen in existenziellen Situationen und schwierigen Lebensphasen mit dem Ziel, eine Anpassung an die jeweilige Situation zu ermöglichen.

Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche Kernkompetenz und welche Tätigkeiten sind daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?

Zu den wesentlichen Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte gehört die Diagnosestellung und das Festlegen von komplexen Behandlungsstrategien. Auch komplexe Medikationen und Interventionen, wie chirurgische Eingriffe, gehören meiner Meinung nach zum ausschließlichen ärztlichen Aufgabengebiet.

Welche bisherigen ärztlichen Tätigkeiten könnten aus Ihrer Sicht auch von Ihrem Berufsstand ausgeführt werden?

Es ist wichtig, Pflegenden in Zukunft mehr eigenverantwortliche Entscheidungskompetenzen zu ermöglichen, unabhängig von der Anordnung durch einen Arzt oder einer Ärztin. Pflegende können nach Diagnosestellung die Versorgung komplexer chronischer Wunden, das Durchführen von Sonografien und das Management bei chronischen Erkrankungen, beispielsweise das Festlegen eines Insulinschemas bei Diabetes übernehmen. Auch das Thema Versorgungssteuerung kann in Zukunft verstärkt Teil pflegerischer Arbeit sein. Das bedeutet Pflegende mit einer Zusatzqualifikation sollen beispielsweise eine primäre Einschätzung des Versorgungsbedarfs, am besten in der Häuslichkeit, vornehmen und die weitere Versorgung bahnen. International ist das längst praktiziert, beispielsweise durch Community Health Nurses. Und natürlich ist in Grenzfällen genau das der Punkt, wo interprofessioneller Austausch, am besten digital, besonders wichtig ist.

Wie stehen Sie zur Akademisierung Ihres Berufsstandes?

Eine stärkere Akademisierung ist längst überfällig. Mindestens 20 Prozent aller Pflegepersonen sollten einen akademischen Abschluss haben, um beispielsweise die Versorgungssteuerung

von Patienten und Patientinnen zu übernehmen. Pflege wird nach wie vor zu stark von erfahrungsbasierten Kenntnissen geleitet, was völlig unzureichend ist. Es ist wichtig, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu integrieren. Das kann nur durch die Akademisierung eines Teils der Kollegen in der direkten Patientenversorgung erreicht werden. Es gibt gerade in Sachsen ein Defizit an Pflegestudiengplätzen. Dabei belegen Studien, dass die Einstellung von Hochschul-Pflegepersonen in der klinischen Praxis die Mortalitätsrate senkt und die Qualität der Versorgung verbessert.

Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten, aber auch den anderen Gesundheitsfachberufen zukünftig vor?

Es wird uns die Frage leiten: Wer welche Leistung am besten erbringen kann, das heißt mit größtmöglicher Qualität und Effizienz. Es wird hoffentlich nicht mehr darum gehen, wer die Tätigkeit am besten abrechnen kann. Um eine bestmögliche Patientenversorgung zu generieren, ist eine noch engere Abstimmung zwischen den Professionen notwendig. Es ist wichtig anzuerkennen, dass einzelne Berufs-

gruppen die Kompetenz haben, bestimmte Aufgaben eigenverantwortlich durchzuführen. Bisher erschweren gesetzliche Vorgaben eine Erbringung eigenständiger heilkundlicher Leistungen durch Pflegende. Dabei ist gerade das notwendig, um in Zukunft die Versorgung sicherzustellen und genügend Menschen für unseren schönen Beruf gewinnen zu können.

Was wäre aus Ihrer Sicht ein dringendes Problem, das wir noch nicht angesprochen haben?

In naher Zukunft sollte sich eine Institution zur Selbstverwaltung der Pflegeberufe, also eine Art Pflegekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts, in Sachsen etablieren. Erst diese ermöglicht die gemeinsame Abstimmung von Kompetenzen und Leistungen der jeweiligen Profession untereinander. Die Pflegekammer ermöglicht die Vertretung von Belangen der pflegerischen Berufsausübung und gibt eine Übersicht über die Anzahl der Pflegekräfte und den vorhandenen Zusatzqualifikationen, um einen bestmöglichen Einsatz zu generieren. Das vermissen die meisten Berufskollegen derzeit, auch hier hängt Sachsen anderen Bundesländern nach. ■

Zur Person:

- geboren 1980 in Großenhain
- 2001 – 2004 Universitätsklinikum Dresden, Abschluss Kinderkrankenpfleger
- 2004 – 2010 Tätigkeit als Kinderkrankenpfleger Neonatologie/Intensivpflege
- 2006 – 2009 Evangelische Hochschule Dresden, Abschluss: Bachelor of Arts Pflegewissenschaft/-management
- 2013 – 2015 Universität Bielefeld, Abschluss: Master of Arts Health Administration
- seit 2012 Pflegedirektor Diakonissenkrankenhaus Dresden und Krankenhaus Emmaus Niesky
- seit 2012 Vorsitzender Pflegerat Sachsen

Gesundheitsberufe im Interview

„Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist ein ernstzunehmendes Problem“



Beate Gromke, Hörakustikerin in Leipzig und Delegierte der Bundesinnung der Hörakustiker KdöR

Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit?

Die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen Hörakustikern und Ärzten ist seit vielen Jahren bewährte Praxis und dient der guten und hochwertigen Hörsystemversorgung. Eine gute Zusammenarbeit dient in erster Linie immer der guten Versorgung der Patienten.

Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche Kernkompetenz und welche Tätigkeiten sind daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?

Die heilkundlichen Tätigkeiten müssen vom Arzt höchstpersönlich ausgeübt werden. Daher führen Hörakustiker auch keine Heilbehandlungen durch. Hörakustiker sind Experten für die technischen und gesundheitshandwerklichen Rehabilitationsmaßnahmen.

Welche bisherigen ärztlichen Tätigkeiten könnten aus Ihrer Sicht auch von Ihrem Berufsstand ausgeführt werden? Hörakustiker üben keine ärztlichen

Leistungen aus. Allerdings gibt es auch Überschneidungen in beiden Bereichen, also Tätigkeiten die Ärzte und Hörakustiker gleichermaßen ausüben dürfen. Ein gutes Beispiel dafür ist der qualifizierte Hörtest.

Würden Sie eine Akademisierung Ihres Berufsstandes befürworten beziehungsweise für notwendig halten?

Die Hörakustik ist ein reglementierter Gesundheitsberuf und der Meister weltweit anerkannt. So darf er nach den gesetzlichen Regelungen auch den reglementierten Titel „Bachelor professional“ tragen. Die Ausbildung zum Hörakustiker ist praktisch orientiert, ohne den theoretischen Anteil zu vernachlässigen. Und das ist auch gut so.

Schon heute können sie in Lübeck an der Universität und Hochschule, die sich in unmittelbarer Nachbarschaft zum Campus Hörakustik befinden, die Bachelor- und Master-Studiengänge „Hörakustik“ belegen.

Wie schätzen Sie aktuell die Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen nichtärztlichen Berufen ein und wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit

mit den Ärzten, aber auch den anderen Gesundheitsfachberufen zukünftig vor?

Die Zusammenarbeit zwischen Hörakustikern und Ärzten vor Ort hat sich bewährt, auch wenn es auf berufspolitischer Ebene immer wieder zu Diskussionen kommt. Beide Berufsgruppen müssen sich nicht nur den technischen und wissenschaftlichen Entwicklungen stellen, sondern auch den Herausforderungen eines unterfinanzierten Gesundheitssystems. Bei der dafür notwendigen politischen Diskussionen sollten die beteiligten Akteure an einem Strang ziehen.

Was wäre aus Ihrer Sicht ein dringendes Problem, das wir noch nicht angesprochen haben?

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist ein ernstzunehmendes Problem. Denn bei immer mehr Patienten kommen immer weniger Fachkräfte in unsere Branchen. Kinder, die nie geboren wurden, können auch nicht zu Ärzten oder Hörakustikern ausgebildet werden. Da muss die Politik ran, denn wir können dieses Problem nicht selber lösen. Das ist nämlich unabhängig davon, wer die Leistungen am Ende zu bezahlen hat. ■

Zur Person:

- geboren 1973 in Leipzig
- Ausbildung zur Hörakustik-Gesellin von 1991 bis 1994
- 1997 Hörakustikmeisterin Pädakustikerin und CI-Akustikerin
- seit 2006 Mitglied im Fachverband EUHA e.V.
- seit 2018 Inhaberin Gromke Hörzentrum in und um Leipzig mit neun Filialen
- seit 2018 biha-Delegierte und Präsidentin des Fachverbandes Europäische Union der Hörakustiker e. V. (EUHA e.V.)

Gesundheitsberufe im Interview

„Während heikler Untersuchungen muss man sich auf den Handgriff des anderen hundertprozentig verlassen können“



Dr. med. Elisabeth Luft, Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTA-R) und Fachärztin für Radiologie

Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit?

Schon das Wort Zusammenarbeit drückt für mich sehr viel aus. Man arbeitet miteinander. Das bedeutet für mich, Tagesaufgaben gemeinsam zu besprechen und Probleme im Team zu lösen. Es bedeutet Kommunikation zwischen den einzelnen Fachgebieten sowie zwischen Ärzten und nichtärztlichem Personal, um gemeinsam nach den besten Lösungen und Strategien zum Wohl des Patienten zu suchen. Dafür sollten Hierarchien abgebaut und jeder einzelne als wichtiger Bestandteil eines Ganzen gesehen werden. Es sollten weniger einzelne Personen im Fokus stehen als vielmehr das Team aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche Kernkompetenz und welche Tätigkeiten sind daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?

Eine exklusiv ärztliche Tätigkeit ist für mich die Aufklärung über die Untersu-

chungen und die Therapien. Aus meiner Sicht kann dies nicht delegiert werden, denn dafür fehlt nichtärztlichem Personal einfach das Wissen, welches in einer beruflichen Ausbildung nicht vermittelt werden kann.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist die I.V.-Medikation. Auch hier sehe ich ausschließlich Ärzte in der Pflicht. Denn die genauen physiologischen und pathophysiologischen Zusammenhänge einschließlich der Pharmakokinetik sind Gegenstand des Medizinstudiums und daher in ihrer Komplexität von nicht-ärztlichem Personal nicht zu überschauen.

Welche bisherigen ärztlichen Tätigkeiten könnten aus Ihrer Sicht auch von Ihrem Berufsstand ausgeführt werden?

MTA-R entlasten Radiologen schon an vielen Stellen. Dabei denke ich gerade an Dokumentation und auch Verschlüsselung. Doch die Arbeit am Patienten sehe ich als Vorrangige unseres Berufes an, welches nicht noch weiter delegiert werden sollte.

Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten, aber auch den anderen Gesundheitsfachberufen zukünftig vor?

Ich wünsche mir mehr Dialog zwischen den einzelnen Gesundheitsfachberufen. Oftmals ist gar nicht klar, welche Berufe es außer Krankenschwester noch im Gesundheitswesen gibt und was sich dahinter verbirgt. In meinem Fall ist vielen Menschen auch innerhalb des Gesundheitswesens oft nicht klar, dass es viel mehr als „nur röntgen“ ist. Da ist noch Information nötig.

Das Verhältnis von Radiologinnen und Radiologen und MTA-R hat sich in den vergangenen 20 Jahren schon viel verändert. Man kommuniziert mehr auf Augenhöhe, Hierarchien sind flacher geworden und das Miteinander ist stetig gewachsen. Die Scheu vor dem Arzt, die zu Beginn meiner Tätigkeit vielfach insbesondere auch bei älteren Kolleginnen und Kollegen vorhanden war, ist einem Miteinander gewichen. Ich erlebe oft einen guten fachlichen Austausch über medizinische Fragestellungen und auch über organisatorische Abläufe. Ich wünsche mir, dass sich diese positive Entwicklung in den kommenden Jahren fortsetzt.

Was war Ihre skurrilste Erfahrung mit einer anderen Profession?

Skurrile Situationen, im Sinne von befremdlichen Situationen, entstehen immer dann, wenn sich jemand, ob Arzt oder MTA-R, unprofessionell verhält und persönliche Ressentiments auslebt. Dies führt zu Kränkungen, Misstrauen und einer vergifteten Arbeitsatmosphäre. So muss man auch als gestandene Ärztin so manche subtilen Unverschämtheiten über sich ergehen lassen, was die interprofessionelle Zusammenarbeit erschwert. Deshalb müssen sich alle Mitarbeitenden immer bewusst machen, dass es um das Wohl von Menschen und nicht um die Befriedigung persönlicher Intentionen geht.

In welchen Momenten/Situationen war die Zusammenarbeit am wertvollsten?

Während heikler Untersuchungen, deren Anspruch über die erlernte Routine hinausgeht, muss man sich auf den Handgriff des anderen hundertprozen-

tig verlassen können. Hier sind Vertrauen und Erfahrung in der gemeinsamen Zusammenarbeit nicht zu ersetzen.

Was wäre aus Ihrer Sicht ein dringendes Problem, das wir noch nicht angesprochen haben?

Ein Problem der Zukunft wird der fehlende Nachwuchs sein. Ich denke, über diese Problematik sollte in den nächsten Jahren intensiv nachgedacht und nach Lösungen gesucht werden. Schon jetzt fehlen MTA-R in vielen Kliniken. Oft bleiben Ausbildungsplätze unbesetzt. Es kann zu Versorgungsengpässen kommen. ■

Zur Person:

- geboren 1977

1996 – 1999	Ausbildung zur Medizinisch-technischen Radiologieassistentin (MTA-R)
1999 – 2006	Medizinstudium, Universität Leipzig, Approbation
2006 – 2013	Ausbildungsassistentin für Radiologie
2011	Promotion an der Orthopädischen Universitätsklinik Leipzig bei Prof. Dr. med. habil. Peter F. Matzen Promotionsthema: Problematik der aseptischen Osteonekrose bei der Epiphyseolysis capitis femoris
2013	Facharztprüfung (Fachärztin für Radiologie)
2013 – 2022	Oberärztin Klinik für Radiologie und Interventionsradiologie im Klinikum Altenburger Land
ab 10/2022	angestellte Fachärztin für Radiologie Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) Gera

Gesundheitsberufe im Interview

„Bei der interprofessionellen Zusammenarbeit geht es nicht um Konkurrenz, sondern um eine fachliche, gemeinsame Zusammenarbeit für den Patienten“



Barbara Kronfeldner, Medizinische Fachangestellte (MFA), Referatsleiterin MFA im Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit?

Die Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Fachrichtungen (Arzt-

praxen/Kliniken), Therapeuten, Pflegedienst, Sanitätshäuser, Apotheken. Wichtig ist hier die schnelle, optimale, ressourcenschonende Versorgung der Patienten. Dadurch können Doppeluntersuchungen vermieden und somit auch Kosten gespart werden. Am allerwichtigsten ist hier aber auch die Patientensicherheit, durch ständigen Austausch der Untersuchungsergebnisse, Medikation und Therapiemaßnahmen. Natürlich kann es auch für die Angehörigen eine Entlastung vor allem bei den Zeitressourcen sein.

Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche Kernkompetenz und welche Tätigkeiten sind daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?

Der Arzt muss höchstpersönlich die Diagnostik, Anamnese, Aufklärung und Festlegung der Therapie durchführen.

Welche bisherigen ärztlichen Tätigkeiten könnten aus Ihrer Sicht auch von Ihrem Berufsstand ausgeführt werden?

Es könnten nach entsprechender Schulung auch Auskultationen, Perkussionen, Wundversorgungen und gewisse Ultraschalluntersuchungen durchgeführt werden. Dadurch könnten die Ärzte auch entlastet werden.

Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten, aber auch den anderen Gesundheitsfachberufen zukünftig vor?

Es müsste regelmäßig einen Austausch zu den gemeinsamen Patienten geben eine Abstimmung der weiteren Diagnostik, Therapie, Ergebnisse, Medikationen und so weiter.

Was war Ihre skurrilste Erfahrung mit einer anderen Profession?

Von einer anderen Profession wurden wir als Konkurrenz angesehen mit der Botschaft: Mein Patient bleibt bei mir und ich werde mich auch mit niemanden über die Therapie, Diagnostik mich austauschen oder beraten. Leider ging dies auf Kosten des Patienten.

In welchen Momenten oder Situationen war die Zusammenarbeit besonders wertvoll?

Sehr wertvoll ist die Zusammenarbeit bei palliativen und geriatrischen Patienten. Diesen Menschen konnten wir

schon oft gemeinsam den letzten Weg erleichtern und schmerzfrei ermöglichen.

Was wäre aus Ihrer Sicht ein dringendes Problem, das wir noch nicht angesprochen haben?

Bei der interprofessionellen Zusam-

menarbeit geht es nicht um Konkurrenz, sondern um eine fachliche, gemeinsame Zusammenarbeit für den Patienten. Der Patient sollte hier immer im Mittelpunkt stehen. Das Thema kann gar nicht oft genug angesprochen werden. ■

Zur Person:

- Qualifikationen: MFA, Nichtärztliche Praxisassistentin (NäPA), Wundexpertin, Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen, Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung
- Berufliche Tätigkeit: Leitung MVZ Koordination am MVZ Klinikum Straubing und Referatsleitung MFA beim Verband medizinischer Fachberufe e. V.

Gesundheitsberufe im Interview

„Ein Feedback der Kliniken zu den Maßnahmen der Notfallsanitäter wäre wichtig“



Thomas Doberstein, Notfallsanitäter

Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit?

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist für mich das Fundament für eine zielgerichtete Patientenversorgung auch über die Akutphase hinaus. In meiner Profession „Rettungsdienst“ ist diese

Zusammenarbeit allerdings immer noch geprägt von einem großen Hierarchiedenken, der eine optimale Patientenversorgung mitunter schwierig erscheinen lässt.

Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche Kernkompetenz und welche Tätigkeiten sind daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?

Durch die Einführung des Notfallsanitäters in der präklinischen Akutmedizin hat sich dies ein Stück weit gewandelt. Ich sehe die ärztlichen Kompetenzen in der erweiterten Versorgung kritischkranker Patienten, wenn das nicht-ärztliche Personal mit den algorithmischen Grundlagen in der Patientenversorgung an seine Grenzen stößt, zum Beispiel beim erweiterten Atemwegsmanagement, bei der erweiterten Schmerztherapie und der Einleitung von Notfallnarkosen.

Welche bisherigen ärztlichen Tätigkeiten könnten aus Ihrer Sicht auch von Ihrem Berufsstand ausgeführt werden?

Durch erarbeitete Leitlinien und Algorithmen übernehmen wir in der Notfallmedizin viele ärztliche Aufgaben: Standard-Einsätze, die früher notarztspflichtig waren, können jetzt aktuell durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sicher durchgeführt werden, sodass nur bei einem geringen Teil Notärzte noch zwingend benötigt werden, beispielsweise wenn es um das erweiterte Atemwegsmanagement geht. Alles andere ist durch die Algorithmen für Notfallsanitäter abgedeckt und kann im Einsatz sicher angewandt werden. Was aus meiner Sicht fehlt, ist ein standardisiertes Controlling, was im Rahmen der Interprofessionalität wichtig ist. Das heißt, wie wurden die Einsätze durch das nichtärztliche Personal abgearbeitet, waren die Maß-

nahmen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter indiziert und wurden sie korrekt durchgeführt. Dieses Feedback der Kliniken fehlt. Hier wäre ein Dialog mit Ärzten wichtig.

Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten, aber auch den anderen Gesundheitsfachberufen zukünftig vor?

Neben einem stärkeren Dialog mit den Klinik-Ärzten würde ich mir mehr interprofessionelle Fortbildungen wünschen. Wir sollten möglichst nach gleichen Standards arbeiten.

Was war Ihre skurrilste Erfahrung mit einer anderen Profession?

Ein Patient wurde nach einem sturzbedingten Trauma mit Beckenschmerzen in ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zugeführt. Der diensthabende Arzt in Weiterbildung hat bei der Befundung des Röntgenbildes die Medizinisch-technischen Assistentinnen der Radiologie hinzugezogen. Die Assistenten haben die Fraktur erkannt, die der Orthopäde übersehen hatte.

Das spricht für interprofessionelle Zusammenarbeit im Sinne einer guten Patientenversorgung.

In welchen Momenten war die Zusammenarbeit besonders wertvoll?

Besonders wertvoll ist die Zusammenarbeit immer dann, wenn die Maßnahmen, die für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter freigegeben sind, ausgeschöpft wurden. Dies gilt besonders im Rahmen des Atemwegsmanagements. Wir hatten einmal einen Patienten, bei dem wir aufgrund einer Anaphylaxie und trotz medikamentöser Behandlung schnell an unsere Grenzen gestoßen sind. Die oberen Atemwege schwellen immer mehr zu, sodass er zu ersticken drohte. Der Notarzt hat das Leben des Patienten durch eine Not-Koniotomie retten können.

Was wäre aus Ihrer Sicht ein dringendes Problem, das wir noch nicht angesprochen haben?

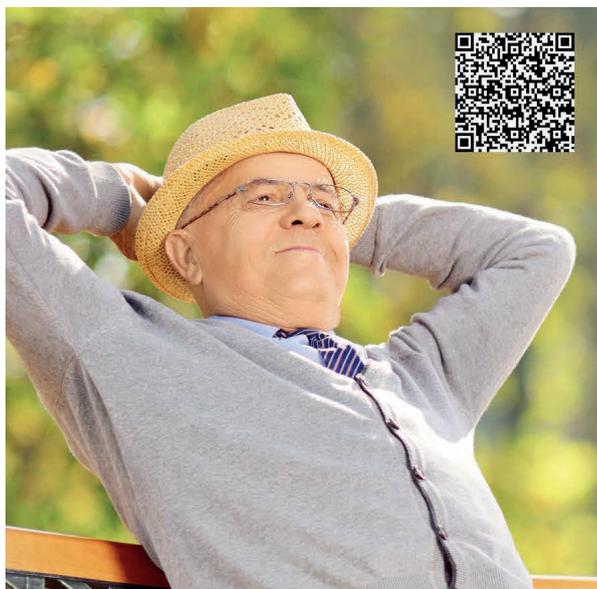
Wie bereits erwähnt, halte ich gemeinsame Fortbildungen für sehr wichtig, um den Blick für die jeweils andere Pro-

fession zu öffnen. Des Weiteren wäre die Überarbeitung des Indikationskatalogs für Notärztinnen und Notärzte zu überdenken. In den letzten Jahren haben die Notfallsanitäter viele Kompetenzen hinzubekommen, so können wir die Patienten leitliniengerecht und gut versorgen. Was aber noch nicht angepasst wurde, ist der Indikationskatalog für Notärzte, sodass die Alarmierungen des ärztlichen Personals aus meiner Sicht häufig unnötig durchgeführt und damit unnötig Ressourcen gebunden werden. ■

Zur Person:

- Jahrgang 1986
- Notfallsanitäter
- Praxisanleiter
- Dozent für präklinische Notfallmedizin
- Student Medizinpädagogik B.A.
- Nebenbei ehrenamtlich beim DRK Sanitätsdienst
- Rettungsdienst erfahrung 16 Jahre

Anzeige



Befragung „Generationen 60+ in Sachsen“

Was ist für Sie wichtig? Welche Wünsche haben Sie an die Landespolitik? Wie möchten Sie in Sachsen älter werden?

Das fragt die sächsische Landesseniorenbeauftragte erstmals Bürgerinnen und Bürger ab 60 Jahren.

Beteiligen Sie sich jetzt und gestalten Sie die sächsische Seniorenpolitik mit!

Füllen Sie dafür bitte den digitalen Fragebogen aus, den Sie über den QR-Code oder Link erreichen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

<https://befragung.rauh-research.de/index.php/422515?lang=de>

Gesundheitsberufe im Interview

„Wenn durch unser Feststellen der Auffälligkeiten der Blickwinkel ein anderer wird, dann fühlt sich das ‚Rädchen‘ MTL im großen Getriebe ganz schön wichtig“



Evelyn Eulitz, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) am Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin, Dresden

Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit?

Ich verstehe darunter ein optimales Zusammenspiel der verschiedenen fachlichen Kompetenzen zur bestmöglichen Versorgung der Patienten.

Worin liegt für Sie die spezifische ärztliche Kernkompetenz und welche Tätigkeiten sind daher vom Arzt höchstpersönlich auszuüben?

Ärztliche Kernkompetenzen sind Diagnosestellung, Festlegung von Anforderungen um diese zu sichern, medizinische Eingriffe und die Festlegung therapeutischer Maßnahmen.

Welche bisherigen ärztlichen Tätigkeiten könnten aus Ihrer Sicht auch von Ihrem Berufsstand ausgeführt werden?

Das wäre zum Beispiel die Validation unauffälliger oder leicht veränderter Laborbefunde, da diese jetzt mit effizienten, sicheren, technischen und medizinischen Regelwerken geprüft werden.

Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit mit den Ärzten, aber auch den anderen Gesundheitsfachberufen zukünftig vor?

Es ist gut, so wie wir es jetzt leben, aber gerne mit mehr Zeit, um über Diagnose und entsprechende Laborbefunde zu diskutieren. Das heißt konkret für uns hier im Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin: einen offenen und konstruktiven Dialog im eigenen Team, der dann auch im Alltag mit allen unseren Einsendern gelebt werden kann.

Was war Ihre skurrilste Erfahrung mit einer anderen Profession?

Dazu fällt mir tatsächlich nichts ein, gutes Zeichen.

Weniger „skurril“, jedoch immer mal wieder relevant, sind ungeduldige Kliniker, die verstehen müssen, dass es mitunter Zeit erfordert, um einen validen Befund zu erstellen und auch die erfahrenste MTL (Medizinische Technologin für Laboratoriumsanalytik, Anm. d. R.) nicht zaubern kann – insbesondere, wenn die für die Diagnostik erforderlichen Gerätsysteme einmal nicht das machen, was sie sollen.

In welchen Momenten oder Situationen war die Zusammenarbeit besonders wertvoll?

Wenn Ärzte Zeit finden, selbst im Labor zu sein und sich von unseren technischen Möglichkeiten begeistern lassen, diese erläutert bekommen wollen, um sie besser nutzen zu können. Besonders interessant ist es auch immer, gemeinsam morphologische Besonderheiten am Mikroskop oder auch digital auszuwerten und viel dabei über das Krankheitsbild und die Therapie zu erfahren. Wenn durch unser Feststellen der Auffälligkeiten der Blickwinkel dann manchmal ein anderer wird, fühlt sich das „Rädchen“ MTL im großen Getriebe ganz schön wichtig.

Was wäre aus Ihrer Sicht ein dringendes Problem, das wir noch nicht angesprochen haben?

Die effektive Einarbeitung von neuem ärztlichen Personal in den „Dschungel der Laboranforderungen“ kostet uns viel Zeit, die wir sinnvoller für Diagnostik nutzen könnten. ■

Zur Person:

- Jahrgang 1969
- Ausbildung zur Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistentin (MTLA) 1985 – 1988 an der Carusakademie Dresden durchgehend am Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (IKL) tätig, Fachbereich Hämatologie
- 2018 Qualifikation zur Praxisanleiterin an der Carusakademie Dresden
- seit 2022 Ausbildungskoordinatorin Medizinische Technolog/-innen für Laboratoriumsanalytik (MTL) am Universitätsklinikum Dresden