

11 | 2023

# Ärzteblatt Sachsen

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer  
mit Publikationen ärztlicher Fach- und Standesorganisationen

gegründet 1990



THEMENHEFT

Interprofessionalität im Gesundheitswesen  
Nichts für Einzelkämpfer

# Impressum

## Ärzteblatt Sachsen

ISSN: 0938-8478

Offizielles Organ der Sächsischen Landesärztekammer

## Herausgeber

Sächsische Landesärztekammer, KöR  
mit Publikationen ärztlicher Fach- und  
Standesorganisationen, erscheint monatlich,  
Redaktionsschluss ist jeweils der 10. des  
vorangegangenen Monats.

## Anschrift der Redaktion

Schützenhöhe 16, 01099 Dresden  
Telefon: 0351 8267-161  
Telefax: 0351 8267-162  
Internet: [www.slaek.de](http://www.slaek.de)  
E-Mail: [redaktion@slaek.de](mailto:redaktion@slaek.de)

## Redaktionskollegium

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich (v.i.S.d.P.)  
Erik Bodendieck  
Dipl.-Med. Heidrun Böhm  
Dr. med. Jana Gärtner  
Jenny Gullnick  
Dr. med. Marco J. Hensel  
Dr. med. Roger Scholz  
Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Ute Taube  
Dr. med. Andreas Freiherr von Aretin  
Dr. med. Amrei von Lieres und Wilkau  
[seitens Geschäftsführung:](#)  
Dr. Michael Schulte Westenberg  
Dr. med. Patricia Klein  
Knut Köhler M.A.

## Redaktionsassistentz

Kristina Bischoff M. A.

## Grafisches Gestaltungskonzept

Judith Nelke, Dresden  
[www.rundundeckig.net](http://www.rundundeckig.net)

## Verlag

Quintessenz Verlags-GmbH,  
Ifenpfad 2–4, 12107 Berlin  
Telefon: 030 76180-5  
Telefax: 030 76180-680  
Internet: [www.quintessence-publishing.com](http://www.quintessence-publishing.com)  
Geschäftsführung: C. W. Haase

## Anzeigenverwaltung Leipzig

Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
E-Mail: [leipzig@quintessenz.de](mailto:leipzig@quintessenz.de)  
Anzeigendisposition: Silke Johné  
Telefon: 0341 710039-94  
Telefax: 0341 710039-99  
E-Mail: [johné@quintessenz.de](mailto:johné@quintessenz.de)

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2023,  
gültig ab 01. Januar 2023

## Druck

Aumüller Druck GmbH & Co. KG  
Weidener Straße 2, 93057 Regensburg

Manuskripte bitte nur an die Redaktion, Postanschrift:  
Postfach 10 04 65, 01074 Dresden senden. Für unverlangt  
eingereichte Manuskripte wird keine Verantwortung über-  
nommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Bei-  
träge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt,

Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Her-  
ausgebers und Verlages statthaft. Berufs- und Funktions-  
bezeichnungen gelten neutral für Personen jeglichen Ge-  
schlechts. Mit Namen gezeichnete Artikel entsprechen  
nicht unbedingt der Meinung der Redaktion oder des Her-  
ausgebers. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur  
Veröffentlichung erwerben Herausgeber und Verlag das  
Recht der Vervielfältigung und Verbreitung in gedruckter  
und digitaler Form. Die Redaktion behält sich – gegeb-  
enenfalls ohne Rücksprache mit dem Autor – Änderungen  
formaler, sprachlicher und redaktioneller Art vor. Das gilt  
auch für Abbildungen und Illustrationen. Der Autor prüft  
die sachliche Richtigkeit in den Korrekturabzügen und er-  
teilt verantwortlich die Druckfreigabe. Ausführliche Publi-  
kationsbedingungen: [www.slaek.de](http://www.slaek.de)

## Bezugspreise / Abonnementpreise:

Inland: jährlich 147,50 € inkl. Versandkosten  
Ausland: jährlich 147,50 € zzgl. Versandkosten  
Einzelheft: 14,60 € zzgl. Versandkosten 2,50 €  
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung  
des Abonnements ist mit einer Frist von zwei Monaten  
zum Ablauf des Abonnements möglich und schriftlich an  
den Verlag zu richten. Die Abbonnementsgebühren werden  
jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2023

## Inhalt



Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachberufen und ärztliche (Kern-)Kompetenz  
Seite 5



Historische und ethische Aspekte von Interprofessionalität im Gesundheitswesen  
Seite 9



Kooperation oder Korruption? Rechtliche Grenzen der Zusammenarbeit  
Seite 12



Physiotherapie in Dresden von 1945 bis 1990  
Seite 53

<b>EDITORIAL</b>	▪ <b>Wieviel Arzt muss, wieviel Arzt darf sein?</b> . . . . .	4
<b>THEMENHEFT</b>	▪ <b>Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachberufen und ärztliche (Kern-)Kompetenzen</b> . . . . .	5
	▪ <b>Historische und ethische Aspekte von Interprofessionalität im Gesundheitswesen</b> . . . . .	9
	▪ <b>Kooperation und Korruption? Rechtliche Grenzen der Zusammenarbeit</b> . . . . .	12
	▪ <b>Den Tagen mehr Leben geben – Palliative Care im Team</b> . . . . .	16
	▪ <b>Interdisziplinäre Fallbesprechungen im Klinikalltag eines Organzentrums</b> . . . . .	18
	▪ <b>Beraten – Begleiten – Behandeln. Sozialpsychiatrischer Dienst in Dresden</b> . . . . .	20
	▪ <b>Das Gesundheitsamt – ein Arbeitsplatz für viele Berufsgruppen.</b> . . . . .	22
	▪ <b>Interprofessionelle Teamarbeit in Reha-Kliniken.</b> . . . . .	24
	▪ <b>Betreuungsmodell Hebammenkreißsaal.</b> . . . . .	28
	▪ <b>Physician Assistant – Alternative zum Arzt?</b> . . . . .	31
	▪ <b>Die Stärkung interprofessioneller Kompetenzen an der Hochschulmedizin Dresden.</b> . . . . .	34
	▪ <b>Gesundheitsberufe im Interview.</b> . . . . .	36
	▪ <b>Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Politik.</b> . . . . .	46
	▪ <b>Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Patientensicht.</b> . . . . .	47
	▪ <b>Interprofessionelles Arbeiten in verschiedenen Systemen</b> . . . . .	49
	▪ <b>Physiotherapie in Dresden von 1945 bis 1990</b> . . . . .	53
	▪ <b>Geregelte Gesundheitsfachberufe – eine Übersicht</b> . . . . .	59
<b>BERUFSPOLITIK</b>	▪ <b>„Deutschland ist ein stolzes Schiff“</b> . . . . .	60
	▪ <b>„Ärzte für Sachsen“ trifft Nachwuchsmediziner.</b> . . . . .	61
<b>AUS DEN KREISÄRZTEKAMMERN</b>	▪ <b>Einladung Kreisärztekammer Mittelsachsen</b> . . . . .	63
	▪ <b>Einladung Kreisärztekammer Erzgebirgskreis</b> . . . . .	63
	▪ <b>Einladung Kreisärztekammer Dresden</b> . . . . .	64
	▪ <b>Einladung Kreisärztekammer Bautzen</b> . . . . .	64
	▪ <b>24. Vogtländischer Ärztetag</b> . . . . .	64
<b>MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE</b>	▪ <b>Delegation ärztlicher Leistungen an MFA</b> . . . . .	65
<b>MITTEILUNGEN DER GESCHÄFTSSTELLE</b>	▪ <b>Konzerte und Ausstellungen</b> . . . . .	66
<b>MITTEILUNGEN DER KVS</b>	▪ <b>Ausschreibung und Abgabe von Vertragsarztsitzen</b> . . . . .	67
<b>PERSONALIA</b>	▪ <b>Jubilare im Dezember 2023</b> . . . . .	70
	▪ <b>Nachruf für Dr. med. Helmut Röhrborn</b> . . . . .	72
<b>EINHEFTER</b>	▪ <b>Fortbildung in Sachsen – Januar 2024</b>	



Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich

© Cornelia Normann

## Wieviel Arzt muss, wieviel Arzt darf sein?

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,  
liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller medizinischen  
und weiterer eng zugehöriger Berufe!

Dieses Themenheft ist uns allen gewidmet, die wir gemeinsam für, an, mit unseren Patientinnen und Patienten tagtäglich versuchen, Krankheiten zu heilen oder wenigstens erträglich zu machen, kleine und große menschliche Probleme zu bewältigen, und das ganze Leben von Beginn bis zum Ende zu begleiten.

Diese Ausgabe unseres Ärzteblattes soll das Thema multiprofessionelles Arbeiten aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten: aus ärztlicher, juristischer, medizinhistorisch-ethischer, akademischer und praktischer Sicht. Vor allem aber wollen wir in diesem Themenheft einmal nicht nur Ärzte, sondern Vertreterinnen und Vertreter ganz unterschiedlicher medizinischer Berufe zu Wort kommen lassen. Uns war es wichtig, möglichst viele Facetten der medizinischen Versorgung in unserem Land zu zeigen, wobei unser Heftumfang leider nur eine begrenzte Seitenzahl hat. Wir hätten noch viel mehr berichten können – aus diabetologischen Schwerpunktpraxen mit ihrem „professionellen Mix“, aus sozialpädiatrischen Zentren, aus der ambulanten Pflege, aus vielen anderen Bereichen, in denen multiprofessionell medizinisch gearbeitet wird. Ganz zu schweigen von den nichtmedizinischen Berufen, ohne die wir auch nicht arbeiten könnten, von den

Reinigungsfachkräften über die Verwaltung bis zur IT... Allein schon die Zusammenstellung aller aktuell in Deutschland staatlich anerkannten medizinischen Fachberufe stellte eine Recherche-Herausforderung dar!

Konflikte und Herausforderungen in der multiprofessionellen Zusammenarbeit sollen ebenfalls klar benannt werden. Themen wie Hierarchien, Definition von Verantwortlichkeiten, Probleme wie Kompetenzgerangel, unterschiedliche Interessenlagen, Kommunikationsprobleme und damit verbundene Reibungsverluste müssen angesprochen werden. Die Forderung nach fairer und guter Bezahlung für alle, die sich unter oft widrigen Bedingungen um Patientinnen und Patienten kümmern, ist ebenfalls selbstverständlich.

Bei der Suche nach der passenden grafischen Gestaltung dieser Ausgabe ergaben sich schnell Assoziationen zu Themen wie Musik, Orchester, Mannschaftssportarten. Auch dort kommt es auf Dinge an wie Professionalität, gute Ausbildung, regelmäßiges Training, Verlässlichkeit, ein feines Gehör und Verständnis füreinander, Zuordnung von Verantwortlichkeiten, manchmal das strikte Befolgen klarer Anweisungen, aber immer auch Kreativität und Individualität, um letztlich einen harmonischen Klang zu finden, das schnellste Ruderboot oder das erfolgreichste Ballsportteam zu sein.

Anliegen dieses Themenheftes ist ganz besonders, medizinisches Tun von der nichtärztlichen Seite zu betrachten. Perspektivwechsel erweitert immer den Horizont und schärft die Sicht auf das eigene Tun. Machen wir uns bewusst, dass wir den täglichen Kraftakt Patientenversorgung niemals allein, sondern nur im guten beruflichen Miteinander, getragen von Respekt und gegenseitiger Wertschätzung, bewältigen können. Je harmonischer wir im Team funktionieren, desto entlasteter und erfüllender können wir unsere Arbeit tun. Und lassen Sie uns – was angesichts der Vielzahl von Problemen ganz schnell passieren kann – niemals vergessen, wofür es eigentlich geht: das Wohl unserer Patientinnen und Patienten. ■

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzende des Redaktionskollegiums „Ärzteblatt Sachsen“

# Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachberufen und ärztliche (Kern-)Kompetenzen



Herausforderungen im Gesundheitswesen können nur in enger Kooperation der Berufsgruppen bewältigt werden.

E. Bodendieck

## Einleitung

Die Diskussion um die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der medizinischen Versorgung und zur Verteilung der Aufgaben zwischen der Ärzteschaft und den weiteren Gesundheitsfachberufen ist nicht neu. Der Zuwachs an wissenschaftlichen Erkenntnissen, der Einzug neuer Technologien in nahezu alle Versorgungsbereiche, soziodemografische und ökonomische Entwicklungen, neue Rollenerwartungen sowie nicht zuletzt wirtschaftliche Gründe erfordern eine systematische Anpassung der Gesundheitsversorgung. Aufgrund dieser Veränderungen bedürfen Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe regelmäßiger Überprüfungen und Abstimmungen. Die Herausforderungen können nur gemeinsam und in enger Kooperation der Berufsgruppen bewältigt werden. Dies gilt für die Zusammenarbeit in der Patientenver-

sorgung ebenso wie für die dringend erforderliche gemeinsame Interessenvertretung gegenüber Politik und Gesellschaft.

Die Stärkung der Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung ist unabdingbar für eine vertrauensvolle und zielführende Patientenversorgung. Eine fachübergreifende, effektive Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen aller an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen soll die Versorgungsqualität verbessern. Gesundheitspolitisch wird seit Jahren die Notwendigkeit formuliert, die Aufgaben zwischen den Gesundheitsfachberufen neu zu verteilen, zum Beispiel durch eine Übertragung von bisher ärztlichen Aufgaben auf andere Gesundheitsfachberufe [1]. Zudem sollen die spezifischen Kompetenzen der jeweiligen Fachberufe in den Fokus gerückt und die interprofessionelle Kooperation gestärkt werden.

2011 hat die Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer das Konzeptpapier „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ zur interprofessionellen Steuerung von Behandlungsprozessen veröffentlicht [2]. Ziel war und ist eine verbesserte Koordination unter den Berufsgruppen und den Sektoren sowie die Schaffung einer neuen Vertrauens- und Kooperationskultur zwischen den Professionen. Leitfrage ist dabei stets: Wer macht sinnvollerweise was an welcher Stelle des Versorgungsprozesses? Die zentrale Frage eines vernetzten Zusammenwirkens aller Berufe hat wichtige Implikationen für qualifikatorische und Berufsrollenaspekte. Angesichts der Diskussion über eine neue Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen geht es auch um eine Neujustierung des Verhältnisses der Berufe zueinander. Der institutionellen, strukturellen

und rechtlichen Verfasstheit des Gesundheitssystems kommt für das Gelingen der interprofessionellen Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen besondere Bedeutung zu.

### Wesentliche Kernaufgaben der ärztlichen Profession

Ärztinnen und Ärzte wollen die notwendigen Veränderungsprozesse in der Kooperation der Gesundheitsberufe aktiv mitgestalten. Sie wünschen sich mehr Freiräume für ihre eigentlichen ärztlichen Kernaufgaben. Diese liegen in der unmittelbaren persönlichen Zuwendung zum Patienten im Gespräch, bei der Untersuchung und bei der Behandlung. Ärztinnen und Ärzte befürworten deswegen eine koordinierte und transparente Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams.

Die ärztliche Kernkompetenz besteht auf Grund der langjährigen, wissenschaftlich fundierten Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Gesamtsicht auf den Patienten. Dabei finden alle patientenindividuellen somatischen, psychischen sowie sozialen Faktoren Berücksichtigung. Die besondere Kompetenz liegt damit in der alle Aspekte berücksichtigenden Einordnung des Patientenanliegens und der Beherrschung komplexer und schwieriger Sachverhalte. Dies schließt nicht aus, dass weitere Gesundheitsfachberufe in ihren Bereichen besondere Kompetenzen beherrschen und ebenso die folgenden Kategorien (Anamnese, Indikation, Untersuchung, Diagnose, Therapie) verwenden.

### Ärztliche Kernaufgaben

Zu den ärztlichen Kernaufgaben gehören insbesondere:

- ärztliche Anamnese,
- Indikationsstellung,
- Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen,
- Stellen der Diagnose und der Differenzialdiagnose,

- Aufklärung und Beratung des Patienten,
- Entscheidung über die Therapie/Pharmakotherapie und die Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe.

Die Erhebung der Anamnese und die Informationssammlung zur Beurteilung der gesamtanamnestischen Aspekte von Patientinnen und Patienten ist eine der wichtigsten Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten. Die ärztliche Anamnese dient dem Informationsgewinn für die ärztliche Diagnosestellung, dem Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung und als Basis für eine spätere gemeinsame medizini-

---

**„Die ärztliche Kernkompetenz besteht auf Grund der langjährigen, wissenschaftlich fundierten Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Gesamtsicht auf den Patienten.“**

---

sche Entscheidungsfindung bezüglich der zu ergreifenden diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen. Der soziale Kontext und die Sichtweise von Patienten sind zu beachten und einzu beziehen. Die Indikationsstellung, insbesondere zu weiteren invasiven Prozeduren vor dem Hintergrund wissenschaftlich abgesicherter Handlungen und der erforderlichen Sorgfalt, steht unter ärztlichem Vorbehalt. Die Erkenntnisse der weiteren Gesundheitsfachberufe aus der Kenntnis des einzelnen Patienten müssen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Die Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer

Leistungen ist grundsätzlich eine ärztliche Aufgabe. Dennoch sollen von Angehörigen der weiteren Gesundheitsfachberufe erhobene Befunde einbezogen werden. Die Aufklärung und Beratung des Patienten lassen sich nicht an andere Gesundheitsfachberufe delegieren. Gleichwohl können weitere Gesundheitsfachberufe in den Prozess der Aufklärung unterstützend einbezogen werden beziehungsweise müssen über den Stand der Aufklärung informiert sein. Die Diagnosestellung und Differenzialdiagnose aus der Gesamtheit der Befunde sind von Ärztinnen und Ärzten zu erheben. Diese sind im weiteren diagnostischen Prozess immer wieder zu überprüfen, um am Ende die beste Therapie für den Patienten zu gewährleisten.

Das Erstellen eines ärztlichen Therapieplanes obliegt Ärztinnen und Ärzten. Die Durchführung der ärztlichen Therapie steht unter der Verantwortung des Arztes beziehungsweise der Ärztin. Die Kommunikation von Diagnose und Prognose: Eine aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten und, je nach Situation, auch von Angehörigen ist im Zuge der Patientenorientierung als weiterer wesentlicher Faktor einer qualitativ hochwertigen patientengerechten Kommunikation wesentlich. Dies gilt für alle Phasen der Behandlung einer Erkrankung – von der Anamnese, der Diagnosemitteilung und der Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten bis zu einer gemeinsamen medizinischen Entscheidungsfindung – sowie der Stärkung der Selbstbeteiligung an der Umsetzung gesundheitsrelevanter Verhaltensänderungen. Weiterhin sind die Tätigkeiten zu beachten, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben unter Arztvorbehalt stehen. Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung gilt grundsätzlich sowohl in der vertragsärztlichen als auch in der privatärztlichen Versorgung. Der Grundsatz ist in ver-

schiedenen Normen als tragendes Prinzip geregelt [3].

Als höchstpersönlich zu erbringende Leistungen gelten die Tätigkeiten, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit und Komplexität, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich, also selbst, erbringen muss und nicht einem Dritten übertragen darf. Diese Grundsätze werden auch künftig ihre Gültigkeit haben.

### Exkurs: Weiterentwicklung des ärztlichen Berufsbildes

Die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten muss künftig noch stärker als bisher darauf ausgerichtet sein, einen komplexen Behandlungsprozess unter Berücksichtigung der gesamten gesundheitlichen Situation von Patienten und in Kooperation mit den anderen Gesundheitsfachberufen zu verantworten. Eine patientenorientierte, integrierte und digitalisierte Gesundheitsversorgung braucht neue Impulse und Ansätze auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten. Interprofessionalität und Kooperation müssen feste Bestandteile der Ausbildungsinhalte sein. Es ist daher erforderlich, während der gesamten ärztlichen Aus- und Weiterbildung die „Kooperationskompetenz“ zu berücksichtigen und konsequent weiter zu entwickeln (Kompetenz zur Leitung von multiprofessionellen Teams, Umgang mit Verantwortung in kooperativen Arbeitszusammenhängen, Stärkung von Prozesskompetenz, Fähigkeiten des Coachings).

Bereits Medizinstudium und ärztliche Weiterbildung sollten ein klares Bild von den Kompetenzen und Möglichkeiten anderer Gesundheitsberufe vermitteln, um die Zusammenarbeit zu er-

leichtern und die Entstehung von Vorurteilen und Barrieren auf beiden Seiten zu vermeiden. Hilfreich sind dafür zum Beispiel gemeinsame berufsübergreifende Weiterbildungsangebote [4].

### Rollenverteilung und -ausgestaltung der Gesundheitsfachberufe

Im Rahmen des evidenzbasierten Handelns im Gesundheitswesen wird eine neue Rollenverteilung und -ausgestaltung unter den Akteuren notwendig. Die weiteren nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe werden im Rahmen der Ausgestaltung neuer Aufgabenprofile ein erweitertes berufliches Spektrum bekleiden. Die weiter zunehmende Komplexität der Versorgung auf Grund der medizinischen, medizinisch-techni-

schen und demografischen Entwicklung erfordert eine stärkere Vernetzung und hierfür notwendige berufsübergreifende Versorgungskonzepte. Diese Konzepte müssen regelhaft geprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Gleichwohl müssen Umstrukturierungen im Gesundheitssystem und Übertragungen von Verantwortlichkeiten sowie Aufgaben der Medizin an andere Gesundheitsfachberufe im Hinblick auf die Patientensicherheit abgesichert sein. Unter Gesichtspunkten der Professionalisierung der weiteren Gesundheitsfachberufe wird es also um die Vermittlung des methodischen Rüstzeugs für eine evidenzbasierte Versorgung gehen müssen [5].

Eine Übertragung von ärztlichen Aufgaben an weitere Gesundheitsfachberufe muss in einem vorgegebenen Handlungsrahmen geschehen. Die jeweiligen Verantwortungsbereiche sind klar voneinander abzugrenzen. Damit verbunden ist eine Übernahme von Budgetverantwortung aber auch einem Haftungsrisiko. Die persönliche Leistungserbringung durch den Arzt ist eines der wesentlichen Merkmale seiner freiberuflichen Tätigkeit. Es gehört aber auch zu den Grundprinzipien der gesundheitlichen Versorgung in allen Sektoren, dass Ärzte Leistungen an weitere Gesundheitsfachberufe delegieren und gemeinsam die Betreuung des Patienten übernehmen [6]. Wiederkehrende Aufgaben mit geringem Gefährdungspotenzial und gleichzeitiger hoher Routineentwicklung können von weiteren Gesundheitsfachberufen übernommen werden. Je komplexer die Aufgaben sich gestalten, desto mehr Fachwissen muss vorhanden sein, durch Fortbildung aktualisiert und entsprechend nachgewiesen werden können [7].

Es existiert in Deutschland bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote im Ausbildungs-, Studien- und Fortbildungsbereich. Eine Weiterentwicklung der derzeitigen Qualifizierungswege und Kompetenzprofile der Gesundheitsfachberufe auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse erscheint unerlässlich [8]. Das Spektrum der verschiedenen Gesundheitsfachberufe ist angesichts des medizinischen und technischen Fortschritts und der damit einhergehenden Spezialisierungen inzwischen höchst vielfältig und mit den Jahren gewachsen [9]. Es ist jedoch nicht zielführend, infolge sich verändernder Versorgungsfragen im Gesundheitswesen fortlaufend neue Berufe beziehungsweise Berufsfelder etablieren zu wollen, was absehbar zu einer weiteren Zersplitterung in der

Versorgungslandschaft führt [10]. Bereits heute gibt es eine ausreichende Vielfalt an Gesundheitsfachberufen mit zahlreichen Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung.

### Zusammenfassung und Ausblick

Eine ganzheitliche und qualitativ hochwertige Patientenversorgung erfordert ein differenziertes Zusammenwirken aller Berufe im Gesundheitswesen. Aufgrund des medizinischen Fortschritts, veränderter Bedarfe der Patientinnen und Patienten, aber auch ökonomischer Entwicklungen und veränderter Rahmenbedingungen, unterlie-

---

**„Eine ganzheitliche und qualitativ hochwertige Patientenversorgung erfordert ein differenziertes Zusammenwirken aller Berufe im Gesundheitswesen.“**

---

gen Aufgabenteilung und Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe regelmäßig Erneuerungen. Im Sinne einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung sind Aufgaben- und Rollenverteilung immer wieder zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. So sind die Entwicklungen der letzten Jahre, wie zum Beispiel die Einführung von Blankoverordnungen für Heilmittelerbringer, Akademisierung von Gesundheitsfachberufen oder Entstehung neuer Berufe, unumkehrbar.

Die Gesundheitsfachberufe werden sich, auch unabhängig von den Aktivitäten der Ärzteschaft, stetig weiterentwickeln. Stichworte wie Kooperation zwischen Ärzteschaft und Pflege, Vernetzung, Schnittstellenüberwindung, Aufgabenverteilung in den Versorgungsprozessen oder Interdiszipli-

narität bestimmen den fachlichen und gesundheitspolitischen Diskurs. Daneben wünschen sich insbesondere angehende und jüngere Ärztinnen und Ärzte zunehmend kooperative Formen der Zusammenarbeit und Arbeitsteilung mit anderen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen in Teammodellen.

Die ärztliche Kernkompetenz besteht auf Grund der langjährigen wissenschaftlich fundierten Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Gesamtsicht auf den Patienten. Dabei finden alle patientenindividuellen somatischen, psychischen sowie sozialen Faktoren Berücksichtigung. Die besondere Kompetenz liegt damit in der alle Aspekte berücksichtigenden Einordnung des Patientenanliegens und der Beherrschung komplexer und schwieriger Sachverhalte. Dies schließt nicht aus, dass weitere Gesundheitsfachberufe in ihren Bereichen besondere Kompetenzen beherrschen und die Kategorien wie Anamnese, Indikation, Untersuchung, Diagnose und Therapie verwenden. ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Erik Bodendieck  
Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

---

Der Beitrag stützt sich unter anderem auf Werkstattgespräche, zu denen die Bundesärztekammer Sachverständige aus wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften, aus den Berufsverbänden von Gesundheitsfachberufen sowie aus Wissenschaft, Politik, gesetzlicher und privater Krankenversicherung und Patientenorganisationen 2021 eingeladen hatte. Die Gesprächsleitung oblag dem Autor.

# Historische und ethische Aspekte von Interprofessionalität im Gesundheitswesen

F. Bruns

Das kooperative Zusammenwirken der verschiedenen Gesundheitsberufe ist Voraussetzung für eine gute Patientenversorgung und wird vielerorts in vorbildlicher Weise praktiziert. Studien zeigen, dass die Bildung multiprofessioneller Teams sowohl den medizinischen als auch den pflegerischen Alltag erleichtern und die Arbeitszufriedenheit erhöhen. Überdies wird die ganzheitliche Betrachtung des kranken Menschen gefördert. Selbstverständlich ist die interprofessionelle Zusammenarbeit jedoch nicht. Immer wieder lässt sich beobachten, dass Medizin und Pflege nicht mit-, sondern nebeneinander her arbeiten, im schlimmsten Fall sogar gegeneinander. Häufig werden unterschiedliche Interessen, Wertvorstellungen und Mentalitäten sichtbar, die ein gemeinschaftliches Arbeiten erschweren. Dieses Problem ist

nicht neu. Bereits 1991 rief die Bundesärztekammer zur Kooperation der Gesundheitsberufe auf und veröffentlichte Thesen, wie diese Kooperation am besten gelingen könnte.

Gleichlautende Appelle hat es in den darauffolgenden Jahrzehnten wiederholt gegeben. Manche Verbesserungen sind eingetreten, andere ausgeblieben. Offenkundig liegen die Ursachen für die mitunter schwierige Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden tiefer und beschäftigen daher jede Generation aufs Neue. Eine besondere Rolle spielt dabei die historische Entwicklung des Arztberufs.

## Historisch gewachsene Unterschiede

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts bemühte sich die Ärzteschaft intensiv und erfolgreich um eine Professionalisierung des Heilberufs. Im Zentrum standen

unter anderem eine Vereinheitlichung der fachlichen Anforderungen und Kompetenzen, eine festgelegte Prüfungsordnung, die staatliche Approbation, definierte Honorare sowie eine weitgehende Selbstverwaltung des Berufsstandes. Soziologisch betrachtet eignete sich der Arztberuf damit Merkmale einer Profession an. Als Profession wird ein dem Allgemeinwohl dienender Beruf verstanden, zu dessen Ausübung akademisch erworbenes Expertenwissen notwendig ist, das einer wissenschaftlichen Begründungspflicht unterliegt. Von den Angehörigen einer Profession wird eine hochspezialisierte Dienstleistung erbracht, die keinerlei fachlichen Weisungen von außen unterliegt. Typisch für eine Profession sind zudem eine berufsständische Organisation, eine selbst erstellte Berufsordnung sowie eine eigene Gerichtsbarkeit, die über die Einhaltung der Berufsordnung wacht. Die Verpflich-

tung auf ein berufsspezifisches Ethos dient der Aufrechterhaltung des Vertrauens, das Staat und Individuum den Professionsangehörigen entgegenbringen.

So unstrittig die pflegerische oder physiotherapeutische Betreuung von Kranken ebenfalls eine gemeinnützige, auf Expertenwissen basierende Aufgabe ist, so deutlich zeigt sich doch, dass in diesem Bereich eine dem Arztberuf vergleichbare Professionalisierung bisher nur in Ansätzen stattgefunden hat. Bis ins 20. Jahrhundert hinein dominierte in der Krankenpflege ein eher dienendes Rollenmodell, das seine Wurzeln in der traditionell engen Verbindung mit der Kirche und den konfessionellen Pflegeorden hat. Sein Leben weitgehend unentgeltlich dem Dienst am Nächsten widmen, wie es beispielsweise in den Mutterhäusern der Diakonie praktiziert wurde, bedeutete jedoch nicht, sich abhängig von ärztlichen Anordnungen zu machen oder sich auf „ausführende“ Tätigkeiten zu beschränken. Die „Schwestern“ handelten durchaus selbstständig und eigenverantwortlich. Mit Recht konnten sie darauf verweisen, dass die stationäre Krankenpflege historisch gesehen sehr viel älter ist als die stationäre medizinische Heilbehandlung.

Dennoch erfolgte die berufspolitische Organisation der Pflege langsamer und letztlich mehr als 100 Jahre später als in der Ärzteschaft. Die Akademisierung der Pflegeausbildung, zu der es in der DDR erste Anläufe gab, erlebte im wiedervereinigten Deutschland zunächst einen Rückschlag. Nicht wenige Angehörige des sogenannten „mittleren medizinischen Personals“ fühlten sich nach 1990 in ihrem beruflichen Selbstverständnis degradiert. Seit den 2010er Jahren ist der Akademisierungsprozess in vollem Gange. Da die berufliche Selbstverwaltung von Pflegefach-



Rettungsteam der Dringlichen Medizinischen Hilfe

personen in Kammern nicht bundesweit implementiert ist, wird die Pflege in Deutschland heute zumeist als „Semi-Profession“ bewertet. Insofern trifft der vielgenutzte Begriff der „Interprofessionalität“ terminologisch

---

**„Nicht wenige Angehörige des sogenannten mittleren medizinischen Personals“ fühlten sich nach 1990 in ihrem beruflichen Selbstverständnis degradiert.“**

---

nicht ganz das, was er bezeichnen möchte, da aktuell nur die Ärzteschaft den Status einer klassischen Profession besitzt. In jedem Fall lässt sich bereits aus diesem kurzen Abriss ersehen, dass Medizin und Pflege (sowie weitere Gesundheitsberufe) eine sehr unterschiedliche berufshistorische Entwicklung durchgemacht haben. Diese war (und ist zum Teil immer noch) stark

auf Selbstvergewisserung, Profilierung und zum Teil auch auf bewusste Abgrenzung fokussiert gewesen. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts kam es mit der tarifpolitischen Trennung der Berufsgruppen (Einführung ärztespezifischer Tarifverträge in Krankenhäusern) und einem ökonomisch motivierten massiven Stellenabbau in der Pflege zu weiteren „Stressoren“ im seit jeher komplizierten Verhältnis zwischen Pflegenden und Ärzten. Ob manche Zwistigkeiten in Zeiten fast ubiquitären Fachkräftemangels noch zeitgemäß sind, sei an dieser Stelle dahingestellt.

#### Andere ethische Perspektiven

Ausgehend von der Prämisse, dass berufsübergreifende Zusammenarbeit zu einer besseren Patientenversorgung führt, enthält die Forderung nach einer solchen Zusammenarbeit bereits ein genuin moralisches Motiv: die Förderung des Wohlergehens kranker Menschen. Davon abgesehen ist aber auch generell die Betrachtung ethischer Problemsituationen aus einer interprofessionellen Perspektive von großer Wichtigkeit. Zum einen können ethische

Konflikte infolge der unterschiedlichen Wahrnehmung einer Situation durch Pflegende und Ärzte überhaupt erst entstehen, zum anderen können verschiedene berufsspezifische Sichtweisen auf das gleiche ethische Problem zu dessen Lösung beitragen.

Studien zeigen, dass Pflegende vorhandene ethische Dilemmata anders erleben und bewerten als Mediziner. In einer bereits 1999 publizierten Studie wurde Pflegenden und Ärzten, die auf der gleichen Station arbeiteten, die pauschale Frage gestellt, wie oft auf ihrer Station Maximaltherapie bei Patienten angewendet werde. Während nur 18 Prozent der Ärzte hierauf mit „häufig“ antworteten, waren es unter den Pflegenden 70 Prozent. Neben Unterschieden in der Bewertung der Art und Weise der Patientenversorgung nehmen Pflegende darüber hinaus auch ethische Probleme wahr, die von der akademischen Medizinethik häufig gar nicht oder nur wenig adressiert werden. Befragungen zeigen, dass der Druck des pflegerischen Alltags wiederkehrende moralische Fragen hervorbringt, die häufig nicht deckungsgleich mit den „großen“ Themen der Medizinethik sind. Gleichwohl sind diese Fragen aber für das Leben der Betroffenen und das Gewissen der Pflegenden höchst relevant.

Vor diesem Hintergrund ist die Erörterung ethischer Fragen in der Patientenversorgung dringend auf die Perspektive der Pflegenden, Physiotherapeuten und anderer angewiesen. Sie sind nicht nur näher und häufiger „am“ Patienten und seinen Symptomen. Oft erfahren sie auch Dinge, die Patienten dem ärztlichen Personal nicht mitteilen wollen oder können. Gerade in ethischen Fallbesprechungen, in denen es um die Ermittlung individueller Therapieziele geht, sind solche Informationen äußerst wertvoll. Allerdings ist es in Ethikfallberatungen nach wie vor so,



Die Erörterung ethischer Fragen in der Patientenversorgung ist dringend auf die Perspektive der Pflegenden, Physiotherapeuten und anderer angewiesen, da sie oft näher am Patienten dran sind.

dass der überwiegende Anteil der Sprechzeit von Ärzten beansprucht wird. Dies geschieht nicht nur aus selbst gewählter Dominanz heraus, sondern ist auch durch die Erwartungshaltung bedingt, die Ärzten von

### „Studien zeigen, dass Pflegende vorhandene ethische Dilemmata anders erleben und bewerten als Mediziner.“

anderen Mitgliedern des Teams oder von Angehörigen entgegengebracht wird. Umso wichtiger ist es, dass solche Fallbesprechungen moderiert werden und dass schon Medizinstudierende den Perspektivwechsel einüben und lernen, sich in die Sichtweise des nicht-ärztlichen Personals hineinzuversetzen. Interprofessionalität und Teamfähigkeit sollten entsprechend nicht erst im Stationszimmer oder am Krankenbett ausprobiert, sondern schon im Studium als etwas Essenzielles erlebt und vorgelebt werden.

Interprofessionelles Denken fördert zudem das Verständnis für unterschiedliche, aber durchaus gleichberechtigte Handlungsziele der jeweiligen Berufsgruppen (cure versus care). Durch Studien ist belegt, dass berufsübergreifende Kooperation die Arbeitszufriedenheit erhöht und zugleich das Aufkommen von moralischem Stress bei Pflegefachpersonen reduziert. Dieser entsteht besonders dann, wenn Pflegende moralische Probleme in ihrem Arbeitsumfeld zwar erkennen, aber beispielsweise aufgrund schlechter interprofessioneller Kommunikation keine Möglichkeit der Einflussnahme oder auch nur der Aussprache haben. Kooperationsfördernde Strukturen wie berufsübergreifende Dienst- oder Fallbesprechungen sollten daher aus organisationsethischer Sicht zum Standard gehören. ■

Prof. Dr. med. Florian Bruns, M.A.  
Institut für Geschichte der Medizin  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus  
Technische Universität Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
E-Mail: florian.bruns@tu-dresden.de

# Kooperation oder Korruption?

## Rechtliche Grenzen der Zusammenarbeit

A. Gruner

Der Grat zwischen erwünschter Kooperation und unzulässiger Korruption kann manchmal sehr schmal sein. Beim Gründen, aber auch „Leben“ von Kooperationen im Gesundheitswesen sollte daher stets Augenmerk auf jene rechtlichen Grundlagen gerichtet werden, die Interessenkonflikte und Korruption vorbeugen sollen.

In die Rechtsarena von Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, zwischen den einzelnen Berufsträgern, aber auch zwischen Ärztinnen und Ärzten und anderen Angehörigen staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen, ziehen ein: das Strafgesetzbuch, das Vertragsarztrecht, die Berufsordnung, das Fortbildungsrecht, die Leitlinien und Stellungnahmen von Fachgesellschaften und Verbänden sowie oft auch eigene (hausinterne) Compliance-Regeln und Vorgaben der jeweiligen Compliance-Beauftragten, Geschäftsführer, Anwälte und so weiter. Im Strafgesetzbuch finden sich spezielle Regeln für strafrechtlich relevantes Verhalten im Gesundheitswesen. Zu nennen sind § 299a StGB (Bestechlichkeit im Gesundheitswesen), § 299b StGB (Bestechung im Gesundheitswesen), § 300 StGB (Besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen), § 331 StGB (Vorteilsannahme) und § 332 StGB (Bestechlichkeit).

Die Straftatbestände der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen wurden erst im Jahre 2016 aufgenommen, da zuvor der Bundesgerichtshof die Strafbarkeit von niedergelassenen Vertragsärztinnen und



Kooperation oder Korruption – wo sind die rechtlichen Grenzen?

Vertragsärzten mangels Auftragnehmereigenschaft gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen ablehnte. Diese Strafrechtslücke wurde nach dem Urteil politisch intendiert geschlossen. Vereinfacht dargestellt, dürfen Angehörige von Heilberufen für ihre Dienste keine Vorteile Anderer für deren unlautere Bevorzugung erhalten.

Auch im Vertragsarztrecht ist es Vertragsärzten gemäß § 73 Abs. 7 SGB V nicht gestattet, sich für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. Unzulässige Zuwendungen können gemäß § 128 Abs. 2 Satz 3 SGB V auch die unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs-

oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen, sein. Verschiedene Beteiligungsmodelle versuchen gelegentlich, entsprechende Zahlungsflüsse zu verschleiern.

Die Heilberufe- und Kammergesetze der Bundesländer geben allgemein die Pflicht vor, den Heilberuf gewissenhaft und im Rahmen des entgegengebrachten Vertrauens auszuüben. Das sieht auch § 20 Abs. 1 Sächsisches Heilberufekammergesetz in der seit 1. August 2023 geltenden Fassung vor. Die Präzisierung erfolgt in der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung).

In der Berufsordnung finden sich einschlägige Verbotsnormen, die für Kooperationen, sofern sie Beachtung finden, die vertragsarztrechtlichen oder strafrechtlichen Risiken mindern. Anders ausgedrückt: Wer die Berufsordnung kennt und beachtet, muss keine Angst vorm Staatsanwalt haben.

Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen

von Nichtärzten entgegennehmen (§ 2 Abs. 4 der Berufsordnung). Hiervon sind auch Fälle erfasst, bei denen die Krankenhausleitung, respektive Geschäftsführung oder auch Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), angestellte Ärzte aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu überreden beziehungsweise zu drängen versuchen, zum Beispiel weniger strenge Anforderungen an die Indikation von (lukrativen) Operationen zu stellen oder OP-Vorbereitungsschritte und Operationen selbst vorzunehmen, um lediglich Leerzeiten in den Operationssälen zu vermeiden.

In § 3 Abs. 2 der Berufsordnung ist das Verbot der Abgabe von Waren und des Erbringens gewerblicher Dienstleistungen im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung geregelt. Ärzten ist es untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter ihrer Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind. Der Arztberuf ist kein Gewerbe und so soll sichergestellt werden, dass der Verkauf von Produkten außerhalb der individuellen medizinischen Notwendigkeit nicht im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit erfolgt. Gewerbliche Dienstleistungen sollen dann zulässig sein, so die Rechtsprechung, wenn diese in zeitlicher, organisatorischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Sicht vom Praxisbetrieb, und damit erkennbar von der ärztlichen Tätigkeit getrennt, bleibt. Anders ausgedrückt: Der Patient muss erkennen können, ob ihm die Ärztin oder der Arzt als Angehöriger eines akademischen Heilberufs entgegentritt oder als „Krämerin/Krämer“.

In § 27 Abs. 3 Satz 3 der Berufsordnung wird Ärzten eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeit oder Produkte im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit verboten. Darunter fällt zum Beispiel auch das Auslegen von Werbeflyern von (Gesundheits-) Dienstleistern in der Praxis oder das Verlinken gewerblicher Angebote auf der Homepage der Ärztin beziehungsweise des Arztes.

Die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit, die sogenannten Antikorruptionsparagrafen, finden sich in den §§ 30 ff. der Berufsordnung. Die unerlaubte Zuweisung und Verordnung – „Geb ich dir, so gibst du mir“ – ist in § 31 Abs. 1 der Berufsordnung geregelt.

## „Keine Festung ist so stark, dass Geld sie nicht einnehmen kann.“

Marcus Tullius Cicero (106 – 43 v. Chr.),  
römischer Redner und Staatsmann

Danach ist es Ärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. Das Verweisungsverbot „ohne hinreichenden Grund“ ist in § 31 Abs. 2 der Berufsordnung zu finden.

Ärzten ist es gemäß § 32 Abs. 1 der Berufsordnung nicht gestattet, von Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird (böser Schein). Zulässig ist das nur,

wenn es einer wirtschaftlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise auf sozialrechtlicher Grundlage folgt und Ärzte nach wie vor die Möglichkeit haben, aus medizinischen Gründen eine andere als die mit finanziellen Anreizen verbundene Entscheidung zu treffen. Außerdem kann nach § 32 Abs. 2 der Berufsordnung nach wie vor die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe für berufsbezogene Fortbildung erfolgen. Unangemessen wäre allerdings, wenn der gewährte Vorteil über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinausgehen würde. Nach § 32 Abs. 3 der Berufsordnung ist auch noch die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und in angemessenem Umfang erlaubt (Fortbildungssponsoring). Die Satzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat der Sächsischen Landesärztekammer sieht weitere Einschränkungen bezüglich der Zertifizierung von gesponserten Veranstaltungen vor. So wird sichergestellt, dass Korruption bereits präventiv begegnet wird. Die Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit mit Herstellern von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten müssten adäquat der ärztlichen Leistung sein (§ 33 der Berufsordnung).

Wollen sich Ärzte beispielsweise Räumlichkeiten mit anderen Gesundheitsdienstleistern (zum Beispiel Physiotherapie, Psychotherapeut et cetera) teilen, bedarf es auf Grund der genannten Regelungen folgender Hinweise: Die Kooperation erfordert eine strikte Trennung – organisatorisch, wirtschaftlich und rechtlich – der anderen Gesundheitsdienstleister von der Arztpraxis, und zwar in einer für die Patienten klar erkennbaren Form (zum Beispiel separate Räume und separate Beschilderung). Eine zeitliche Trennung

(versetzte Sprechzeiten) ist nicht erforderlich.

Querverweise, wie beispielsweise die Auslage von Praxisinformationen beim anderen Anbieter gesundheitlicher Leistungen oder umgekehrt, die Auslage von Werbematerial des Anbieters in der Arztpraxis, sind unzulässig.

Zu berücksichtigen ist in der täglichen Praxis, dass Patienten nicht direkt an andere Anbieter gesundheitlicher Leistungen oder umgekehrt zu ihnen verwiesen werden. Das ist etwas anderes, wenn Ärzte von Patienten explizit nach Empfehlungen befragt werden. Die freie Arzt- beziehungsweise Therapeutenwahl muss stets gewahrt bleiben.

Auch in der Außendarstellung – unabhängig davon, an welcher Stelle diese erfolgt, zum Beispiel Beschilderung, Internetauftritt, Visitenkarten, Zeitungsanzeigen, Verzeichniseinträge et cetera – muss eine Verquickung der ärztlichen Tätigkeit mit der anderer Gesundheitsdienstleister unterbleiben. Dies bedeutet, eine gemeinsame Ankündigung darf nicht erfolgen. Das macht im Übrigen auch haftungsrechtlich Sinn, Stichwort Anscheinshaftung.

Sofern nicht lediglich eine gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten oder sonstiger Ressourcen vorgesehen ist, sondern eine Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern erfolgen soll, ist dies in der Form einer Medizinischen Kooperationsgemeinschaft gemäß § 23b der Berufsordnung möglich. Dort finden sich genaue Vorgaben, welche Anforderungen erfüllt werden müssen.

Eine Medizinische Kooperationsgemeinschaft ist nur möglich mit selbstständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen oder anderen Natur-

wissenschaftlern und Mitarbeitern sozialpädagogischer Berufe zur kooperativen Berufsausübung, auch beschränkt auf einzelne Leistungen. Dazu gehören beispielsweise Zahnärzte, Psychotherapeuten, Physio- und Ergotherapeuten, nicht dagegen Heilpraktiker.

Ein solcher Zusammenschluss ist einem Arzt darüber hinaus nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können.

Mit Heilpraktikern dürfen Ärzte nur bei strikter Trennung der Verantwortungsbereiche und unter Beachtung der oben genannten Regeln auf rein organisatorischer Ebene „kooperieren“, zum Beispiel bei der Nutzung gemeinsam angemieteter Räumlichkeiten.

Auf dem Gebiet der Korruptionsprävention finden sich auch zahlreiche Leitlinien, Stellungnahmen und Codices.

Zunächst wären die Bekanntmachungen der Bundesärztekammer „Niederlassung und berufliche Kooperation“, Deutsches Ärzteblatt 9. Mai 2008, und „Hinweise und Erläuterungen zu Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten“, Deutsches Ärzteblatt 17. Juni 2016, zu nennen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Jahre 2016 ebenfalls ein Papier herausgebracht. Die Publikation heißt „Richtig Kooperieren“ und ist auf deren Internetseite zu finden.

Die „Industrie“ veröffentlicht ebenfalls verschiedene Codices und Selbstverpflichtungen unterschiedlichster Qualität und Aktualität. Der sogenannte

„Gemeinsame Standpunkt zur strafrechtlichen Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Industrie, medizinischen Einrichtungen und deren Mitarbeitern“ aus dem Jahre 2000 stellte das erste unter übergreifender Beteiligung von Verbänden verschiedener Bereiche entstandene Regelwerk dar. Es darf zwar als veraltet bezeichnet werden, bietet aber zumindest noch brauchbare Ansätze bei der Bewertung einzelner Projekte.

Die Ahndung der Verstöße gegen die genannten Verbotsnormen der Berufsordnung erfolgt bei der Ärztekammer mittels Berufsrecht, welches ein umfangreiches Instrumentarium im Sächsischen Heilberufekammergesetz vorsieht. Berufsrechtlich können Rügeverfahren durchgeführt werden und Verstöße mit einer Rüge nebst Ordnungsgeld von bis zu 10.000 Euro geahndet werden. Berufsgerichtliche Verfahren können unter Umständen mit einer Geldbuße von bis zu 100.000 Euro enden.

In bestimmten schwerwiegenden Fällen kann der Verstoß auch approbationsrechtliche Folgen haben, sofern die Würdigkeit und Zuverlässigkeit für die Ausübung des Arztberufes betroffen wäre.

Die Sächsische Landesärztekammer favorisiert im Straf- und Strafprozessrecht die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften, um mit dem nötigen Know-how der Handelnden strafrechtlich relevantes Verhalten und zulässige Kooperationen frühzeitig unterscheiden zu können. Die große Mehrheit der in zulässiger Weise kooperierenden Mitglieder sollen vor Prozessen geschützt werden und die wenigen problematischen Fälle schnell und hochwirksam aufgeklärt, Korruption und Betrug bestraft werden. ■

Dr. jur. Alexander Gruner  
Leiter der Rechtsabteilung



# Ärztliche Leistungen für den Polizeivollzugsdienst

## Ihre Aufgaben

Unterstützen Sie die Polizei Sachsen bei Ihrem Dienst.

**Blutentnahmen** zur Feststellung von Alkohol, Drogen oder anderer chemischer Stoffe im Blut zur Beweissicherung bei Straftaten und Ordnungswidrigkeiten.

**Untersuchungen der Gewahrsamsfähigkeit** bei begründeter Besorgnis hinsichtlich des Gesundheitszustandes der zur Gefahrenabwehr oder Strafverfolgung in Polizeigewahrsam befindlichen Person.

**Leichenschauen** zur Feststellung der Todesart am Sterbe- bzw. Auffindeort, Ausstellung der Todesbescheinigung und Anstoß zur Aufnahme von Ermittlungen bei nicht natürlichen oder ungeklärten Todesfällen durch die Polizei.

## Ihre Ansprechpartner

### Polizeidirektion Leipzig

☎ +49 341 966-43094  
✉ r3.pd-l@polizei.sachsen.de

### Polizeidirektion Dresden

☎ +49 351 483-2308  
✉ verwaltung.r4.stab.pd-dresden@polizei.sachsen.de

### Polizeidirektion Görlitz

☎ +49 3581 468-2102  
✉ fuest.pd-gr@polizei.sachsen.de

### Polizeidirektion Chemnitz

☎ +49 371 387-2700  
✉ r-rp.pd-c@polizei-sachsen.de

### Polizeidirektion Zwickau

☎ +49 375 428-4090  
✉ rp.pd-z@polizei.sachsen.de

Weiterführende Informationen sowie Muster-Kooperationsvereinbarungen und Vordrucke finden Sie unter: [lsnq.de/AerztlicheLeistungenPolizei](https://lsnq.de/AerztlicheLeistungenPolizei)



## Unser Angebot



### Flexible Vereinbarungen

Die Grundlage der Zusammenarbeit beruht auf Kooperationsvereinbarungen, die Sie individuell und flexibel auf Ihre ärztlichen Dienste anpassen und mit Ihrer Polizeidirektion vereinbaren können.



### Attraktive Vergütung und leichte Abrechnung

Die Vergütung wurde verbessert und eine Eilbedürftigkeits- sowie Rufbereitschaftspauschale eingeführt. Einfache und transparente Liquidationsvordrucke stehen zur Verfügung.



### Haftung und Versicherung

Im Zusammenhang mit der Tätigkeit des Arztes haftet der Freistaat Sachsen gegenüber Dritten im Rahmen der Amtshaftung. Darüber hinaus können Unfall- und Sachschäden übernommen werden.



**POLIZEI**  
Sachsen

# Den Tagen mehr Leben geben – Palliative Care im Team

U. Taube

An einem Freitag gegen 10.00 Uhr in der Hausarztpraxis. Eine Mitarbeiterin der onkologischen Abteilung des regionalen Krankenhauses informiert telefonisch über die Entlassung eines Patienten mit fortgeschrittener maligner Tumorerkrankung gegen Mittag in die Häuslichkeit. Nach ausführlichen Gesprächen auch im Beisein seiner Angehörigen habe er sich gegen die palliative Radiochemotherapie bei infauster Krankheitsprognose entschieden.

Die letzten Tage, Wochen, vielleicht Monate seines Lebens möchte er auf seinem Bauernhof, dessen Aufbau sein Lebenswerk darstellt, im Kreise seiner Familie verbringen. Ausdrücklich wünscht er sich die sofortige Entlassung, denn am Wochenende haben Kinder und Enkel mehr Zeit als wochentags, um den Familienalltag entsprechend angepasst zu organisieren. Es folgen Befund- und Pflegeberichte per Fax. Das SAPV-Team Oberlausitz mit Sitz in Löbau wurde ebenfalls bereits kontaktiert und den Angehörigen dessen Flyer mit Kontaktdaten ausgehändigt. Hervorragend, denke ich als Hausärztin, die auch selbst als Palliativmedizinerin im SAPV-Team mitarbeitet. So ist es gut möglich, gemeinsam mit den Kooperationspartnern noch heute alle wesentlichen Fragen und Aspekte zu klären, um Palliative Care für den Patienten und seine Angehörigen zu gewährleisten. Noch bevor ich mich telefonisch beim SAPV-Team melden kann, habe ich einen der insgesamt sechs Palliative-Care-Manager sozusagen am Ohr. Die Tochter unseres gemeinsamen Patienten hat sich bereits gemeldet und auch über ihre Zweifel und Ängste

gesprächen und natürlich viele Fragen gestellt, wie es denn nun weitergehen soll mit der Versorgung des Vaters zu Hause. Nach einer kurzen Abstimmung über alle erforderlichen Maßnahmen, die nach Befundsichtung schon mal angeschoben werden können, zum Beispiel Kontaktaufnahme mit der kooperierenden Apotheke, um die nahtlose Versorgung mit Morphin am Wochenende sicherzustellen, verabreden wir uns zum gemeinsamen Hausbesuch gegen 15.30 Uhr.



Fast pünktlich am Hofort angekommen, werden wir mit gemischten Gefühlen, wie uns die Tochter signalisiert, erwartet. Unser Patient ist erst einmal erschöpft von den Ereignissen des Tages, aber zufrieden und froh, wieder zu Hause zu sein. Während des etwa einstündigen Hausbesuches mit sogenanntem Assessment erfolgen Patientenuntersuchung und Therapieanpassungen und Gespräche über die individuelle Lebenssituation und alle Fragen zur Versorgung und Begleitung dieser letzten Lebenszeit des Patienten. Schnell wird dabei klar, dass wir unser interprofessionelles Duo um das Sanitäts- haus für die zügige Hilfsmittelversorgung, den ambulanten Pflegedienst für die Körperpflege und Verabreichung von Medikamenten, die Physiotherapiepraxis um die Ecke für die Atemtherapie, den Ernährungs- und Stomathe- rapeuten sowie den ambulanten Hos-

pizdienst für die psychosoziale Begleitung von Patient und Familie erweitern werden.

Während unser Patient langsam zur Ruhe kommt und in den Schlaf findet, erläutern wir den Angehörigen unsere Arbeitsweise. Eine spürbare Erleichterung für die Angehörigen schafft zunächst die Zusage, dass unser Team rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erreichbar für sie ist und dabei immer ein Palliative-Care-Manager und ein Palliativmediziner als Ansprechpartner präsent sind, was unter anderem gegebenenfalls eine unmittelbare Krisenintervention ermöglicht. Auch dass die Koordination der Betreuung und der Informationsaustausch über das weitere Vorgehen mit Hausarzt und eventuell weiteren behandelnden Ärzten über unser Team erfolgt, gibt Patient und Familie ein gutes Gefühl.

Hoffnung und Zuversicht prägen das Stimmungsbild, als wir uns verabschieden und einen Termin für den nächsten regulären Hausbesuch hinterlassen.

So oder ähnlich sieht der Beginn einer Palliative-Care-Betreuung durch unser SAPV-Team aus. Palliative Care umfasst medizinische und pflegerische Versorgung sowie psychosoziale Begleitung unter Berücksichtigung von Spiritualität. Interprofessionelle Teamarbeit bildet die unverzichtbare Grundlage für diese Versorgungsform, die es ermöglicht, den Tagen der Betroffenen am Lebensende mehr Lebensqualität zu geben.

Im Verlauf einer Patientenbegleitung bleibt der Austausch zwischen allen Versorgenden von grundlegender Be-



Das SAPV-Team Oberlausitz im Oktober 2023, hier beim Festsymposium anlässlich des zehnjährigen Bestehens.

deutung und sichert so ein hohes qualitatives Niveau derselben. Regelmäßig führen wir deshalb Teambesprechungen mit Fallkonferenz durch. Intensive Kontakte bestehen zum stationären Hospiz in Herrnhut und den Palliativstationen von Kliniken der Region. Der Weg ins stationäre Hospiz beziehungsweise die temporäre Einweisung unserer Patienten in Einrichtungen mit Palliativstation kann so gezielter und ohne wesentlichen Informationsverlust realisiert werden. Weiterhin wird unser Team in das Entlassmanagement der umliegenden Kliniken einbezogen, um im Falle geplanter Entlassungen bereits im Vorfeld erforderliche Abstimmungen mit weiteren Versorgenden vorzunehmen, was einen gleitenden Übergang zur Betreuung in der Häuslichkeit sicherstellt.

Im September 2023 blickte das SAPV-Team Oberlausitz auf zehn Jahre Palliative-Care-Betreuung zurück. Vom Zittauer Gebirge bis zur Autobahn A4 in Görlitz reicht das Versorgungsgebiet.

Die Frage „Welchen Stellenwert hat die Arbeit im interprofessionellen Team für

die Qualität der Patientenversorgung in der SAPV?“ beantworten die jeweils sechs Palliativmediziner und Palliative-Care-Manager wie folgt:

„Im Bereich der ärztlichen Tätigkeit kann die Multiprofessionalität durch erfahrene Fachärzte aus der Allgemeinmedizin, Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin und der Onkologie gewährleistet werden. Die erworbene Zusatzqualifikation in der Palliativmedizin und die bereits langjährige Mitarbeit aller Ärzte im Team bündelt die verschiedenen fachspezifischen Fähigkeiten zum Wohle der zu betreuenden Patienten.“

„Ein gutes Schnittstellenmanagement ist maßgeblich ausschlaggebend für die gute Betreuung der Patientinnen und Patienten. Durch das SAPV-Team werden viele der versorgenden Leistungen initiiert, organisiert und koordiniert. Therapeutische Angebote, Hausarzt, Homecare-Unternehmen sowie der Pflegedienst sind immer über die aktuelle Situation des Patienten informiert und können damit in höchstem Maße gemeinsam mit dem SAPV-Team für die symptomorientierte Betreuung da sein.“ ■

Ute Taube  
Fachärztin für  
Allgemeinmedizin/Palliativmedizin  
in Zusammenarbeit mit dem SAPV-Team  
Oberlausitz

## HINTERGRUND

- Gründung des Teams im September 2013
- 6 Pflegefachkräfte mit Zusatzausbildung Palliative Care
- 6 Ärzte (2 festangestellt, 4 zusätzlich im Bereitschaftsdienst)
- 400 Patienten pro Jahr
- Betreuungszeit der Patienten nach SAPV-Aufnahme durchschnittlich 50 Tage

# Interdisziplinäre Fallbesprechungen im Klinikalltag eines Organzentrums

## Zusammenarbeit bei komplexen Fragestellungen

J. Keszte

Erkrankt in Deutschland ein Mensch an Krebs, dann besteht je nach Tumorentität die Möglichkeit, sich in einem von rund 1.900 von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Organzentren behandeln zu lassen.

Im Dezember des Jahres 2021 gründete sich das Viszeralonkologische Zentrum des St. Elisabeth-Krankenhauses in Leipzig, in welchem seitdem Kolon-, Rektum- und Pankreaskarzinompatienten eine leitliniengerechte Tumorbehandlung bekommen. Nach stationärer Aufnahme greift ein komplexes Räderwerk aus verschiedenen Berufsdisziplinen wie Chirurgie, Innerer Medizin, onkologischer Pflege, Sozialdienst, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Psychoonkologie, Seelsorge, Qualitätsmanagement und gegebenenfalls Stomapflege mit dem Ziel, eine bestmögliche Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Damit die linke Hand immer weiß, was die rechte tut, sind im Verlauf einer Therapie im Viszeralonkologischen Zentrum zahlreiche Absprachen zwischen den Berufsdisziplinen notwendig. Arbeitsabläufe und Therapieziele müssen engmaschig aufeinander abgestimmt werden und das stets unter Einbeziehung der Patienten und Angehörigen. Im Sinne der Versorgungsqualität ist es wichtig, aufmerksam darauf zu achten, dass an den Schnittstellen der einzelnen Professionen kein Informationsverlust entsteht, was im zeitlich durchgetakteten Klinikalltag mitunter eine Herausforderung ist.

Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, sind die sogenannten Interdis-



Fallbesprechungen sind im durchgetakteten Klinikalltag schwierig, aber notwendig.

ziplinären Fallbesprechungen (IFB) ein wichtiges Werkzeug innerhalb eines Organzentrums und obligates Zertifizierungskriterium.

### Ablauf und Struktur

Die IFB finden in zeitlich regelmäßigen Abständen einmal pro Quartal statt. Die Termine werden rechtzeitig bekannt gegeben und eine elektronische Einladung wird per E-Mail verschickt. Am entsprechenden Tag finden sich alle interessierten Kolleginnen und Kollegen zusammen, die Zeit und ein Anliegen haben. Die Teilnahme ist freiwillig, es ist aber durchaus gewünscht, dass mindestens ein Vertreter aus jeder Profession anwesend ist. Auch ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin des Qualitätsmanagements ist vor Ort und führt Protokoll, um das Besprochene zu dokumentieren und für alle Kollegen des Zentrums festzuhalten. Die Protokolle sind anschließend im Qualitäts-

management abrufbar, sodass sich auch die abwesenden Kolleginnen und Kollegen über die Themen der letzten IFB informieren können. Wer einen Fall vorstellen möchte, ist aufgefordert, diesen im Vorfeld per E-Mail anzumelden. Am Tag des Treffens werden alle weiteren Themen gesammelt und anschließend hinsichtlich Relevanz priorisiert. In der Regel können alle gesammelten Punkte innerhalb der folgenden ein bis zwei Stunden besprochen und diskutiert werden. Falls nicht, werden die mit der geringsten aktuellen Relevanz entweder in die nächste IFB übernommen oder beim ebenfalls einmal pro Quartal stattfindenden Qualitätszirkel aufgegriffen.

### Zielstellung

Ziel der IFB ist es, den Informationsfluss zwischen den verschiedenen Professionen im Viszeralonkologischen Zentrum zu verbessern, Arbeitspro-

zesse zu effektivieren sowie bei auftretenden Problemstellungen Lösungen gemeinsam zu erarbeiten, um schließlich die Patientenversorgung so optimal wie möglich zu gestalten. Es ist gewünscht, dass alle Professionen ihren Beitrag aus ihrem jeweiligen individuellen Blickwinkel leisten, um das spezialisierte Fachwissen zu fokussieren und zu bündeln. Dabei gilt: Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile. Die sonst üblicherweise herrschenden hierarchischen Strukturen in einer Klinik werden dadurch aufgebrochen und alle Kollegen begegnen sich auf Augenhöhe.

### Inhalte und Beispiele

Inhaltlich bieten die IFB Raum für einen bunten Strauß an Themen und gehen über die reine interdisziplinäre Patientenschau hinaus. Angesprochen und diskutiert werden:

- Fallbesprechungen,
- Fehleridentifikationen,
- Behandlungsempfehlungen,
- Risikoidentifizierungen,
- Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen,
- Weitergabe von Informationen,
- Beschlussfindungen.

In einer Fallbesprechung eines 64-jährigen Darmkrebspatienten wird beispielsweise deutlich, dass er von einer kontinuierlichen physiotherapeutischen Therapie profitiert hätte, welche an den Wochenenden aber nicht möglich war. Die Verfügbarkeit von Physiotherapeuten am Wochenende wird diskutiert. Dabei wird die Mehrheit der unfallchirurgischen und orthopädischen physiotherapeutischen Inanspruchnahme herausgearbeitet und es werden Lösungsvorschläge überlegt. Es wird vorgeschlagen, eine Indikationsliste für die Wochenenddienste der Physiotherapie zu erarbeiten und diese in der Chefarztbesprechung der chirurgischen und internistischen Abteilung zu diskutie-

ren. Ein verantwortlicher Arzt aus dem Team der Inneren Medizin wird dafür benannt. Dadurch soll folglich eine transparentere Verteilung der physiotherapeutischen Dienste am Wochenende erreicht und Ressourcen für die physiotherapeutische Versorgung der Zentrumspatienten geschaffen werden.

In einem anderen Fall werden Sprachbarrieren zwischen Behandlern und zunehmend mehr russischsprachigen Patientinnen und Patienten thematisiert. Die Angehörigen eines Patienten

---

## „Während der jeweiligen Sitzungen ist eine kollegiale, wertschätzende Haltung untereinander eine wichtige Voraussetzung.“

---

waren sehr misstrauisch gegenüber den vorgeschlagenen Therapiemöglichkeiten, was zu einer abnehmenden Compliance des Patienten und anhaltenden Konflikten zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und der Familie des Patienten führte. Unsere russischsprachige Seelsorgerin hatte versucht zu vermitteln, die Konflikte ließen sich aber schließlich nicht mehr auflösen, da sie bereits zu weit fortgeschritten waren. Der Patient fühlte sich zunehmend zwischen den Therapieempfehlungen der Ärzte und den Wünschen der Familie hin- und hergerissen. Dies erschwerte den Behandlungsverlauf, indem es beispielsweise zu einer gehäuften zeitlichen Ressourcenbindung von Ärzten und Pflegekräften kam, um klärende Gespräche mit der Familie zu führen. Der Patient und die Angehörigen waren letztlich sehr unzufrieden mit der Therapie trotz medizinisch sehr erfreulichem Behandlungsergebnis. Es wurde gemeinsam über-

legt, in ähnlichen Fällen frühzeitig Dolmetscher hinzuzuziehen, um möglichen Missverständnissen aufgrund von Sprachbarrieren vorzubeugen und die Angehörigen besser „mit ins Boot zu holen“. Ein Mitarbeiter des Qualitätsmanagements erstellte daraufhin eine Liste mit verfügbaren Dolmetschern und Übersetzungsdiensten, welche über das Intranet allen Kolleginnen und Kollegen zugänglich gemacht wurde.

### Atmosphäre

Die Fallbeispiele zeigen, in welcher Detailliertheit sich mitunter Problemstellungen entfalten, welche im Stationsalltag so dezidiert und „in aller Eile“ gar nicht zu lösen wären. Dazu braucht es Zeit, Ruhe und nicht selten kreative Ideen. Dabei sind alle Professionen gleichermaßen gefragt. Während der jeweiligen Sitzungen ist deshalb eine kollegiale, wertschätzende Haltung untereinander eine wichtige Voraussetzung. Dann entfaltet sich eine Atmosphäre von gegenseitigem Interesse und Lernen ohne Bewertung. Dies fördert das Verständnis für Probleme oder Herausforderungen der einzelnen Behandlerdisziplinen und beugt Missverständnissen im Klinikalltag vor. Arbeitsabläufe können dadurch fachlich aber auch zeitlich effektiver gestaltet werden, was nicht nur die Versorgungsqualität der Patienten verbessert, sondern auch die Zufriedenheit mit der Behandlung erhöht. Dann läuft im Idealfall alles „wie geschmiert“.

Krebspatientinnen und -patienten sind in der Regel in einer psychisch sehr vulnerablen Situation und können noch zusätzlich verunsichert und überfordert werden, wenn sie erleben, dass Konflikte im Team herrschen oder Uneinigkeit in der Therapieplanung besteht. Stabile und vertrauensvolle Arbeitsbündnisse sind in diesen krisenhaften Lebensphasen für Patienten halt- und sicherheitsgebend und deshalb sehr

wertvoll. Aber selbst wenn alle Fachbereiche sich gut absprechen und miteinander arbeiten, können Fehler im Behandlungsverlauf passieren. Dann bietet die IFB auch hierfür einen Raum, diese offen mit den Kolleginnen und Kollegen besprechen zu können. Im Sinne der Qualitätssicherung der Patientenversorgung ist dies ein essenzieller Punkt. Denn nur, wenn Fehler benannt sind, können sie auch korrigiert werden.

### Fazit

Zusammenfassend sind die IFB ein wichtiger Knotenpunkt, an dem die vielen verschiedenen Behandlungsdisziplinen, die in einem Orgazentrum tätig sind, zusammenlaufen. Sie bieten eine wertvolle Plattform des regelmäßigen fachlichen Austauschs, welche die Lösung komplexer Fragestellungen erleichtert und einen wesentlichen Bestandteil in der Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten dar-

stellt. Sie können dazu beitragen, Arbeitsabläufe zeitlich effektiver zu gestalten und im Idealfall auch die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung erhöhen. ■

Dr. rer. med. Judith Keszte  
Psychoonkologin (DKG), Psychotherapeutin  
(DGPT)  
Viszeralonkologisches Zentrum  
St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig gGmbH  
Biedermannstraße 84, 04277 Leipzig  
E-Mail: judith.keszte@ek-leipzig.de

## Beraten – Begleiten – Behandeln

Vier Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes kümmern sich in Dresden koordiniert um Menschen mit psychischen Erkrankungen

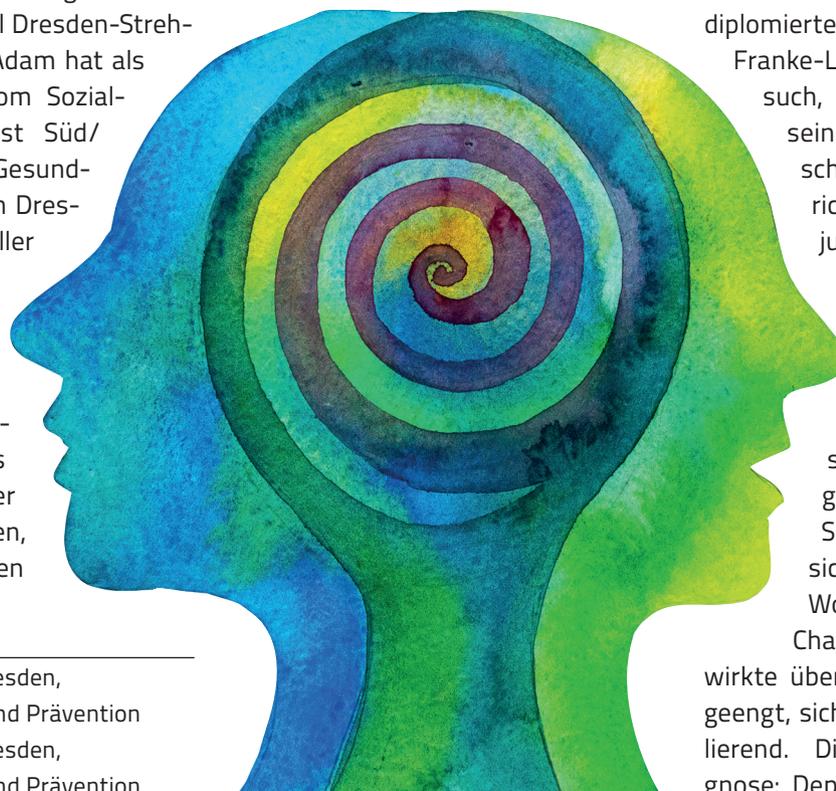
F. Bauer<sup>1</sup>, K. Tolksdorf-Hempelmann<sup>2</sup>

Leuchtend rote Kirschen und Tee aus frischen Pfefferminzblättern stehen auf dem Tisch in den bescheidenen Büroräumen auf der August-Bebel-Straße 29, im Stadtteil Dresden-Strehlen. Dr. med. Kristin Adam hat als Sachgebietsleiterin vom Sozialpsychiatrischen Dienst Süd/Ost des Amtes für Gesundheit und Prävention in Dresden morgens in aller Frühe ihre sechs Mitarbeiter eingeladen. Die Atmosphäre der wöchentlich stattfindenden Besprechung ist herzlich. Das hilft, denn die Fälle der Patienten und Klienten, die hier besprochen

werden, lassen einem Laien oftmals den Atem stocken.

Wie der Anruf eines Mannes, der sich um seinen Bruder sorgt. Der habe sich total zurückgezogen, die Wohnung ver-

wahrlost, keine Krankenversicherung. Das Gespräch nimmt Schwester Andrea Hübner entgegen. Sie erkennt, hier ist dringende Hilfe geboten, und leitet den Fall weiter. Nun läuft ein Rädchen ins andere. Zunächst begibt sich der diplomierte Sozialpädagoge Michael Franke-Lesche zu einem Hausbesuch, um den Betroffenen und seine Situation vor Ort einzuschätzen. Anschließend berichtet er im Team, dass der junge Mann im Mai 2022 letztmalig Geld vom Jobcenter bekam. Seither lebt er vom Flaschensammeln – ansonsten hat er „Internet gemacht“, sich die Zeit also mit googeln oder gamen vertrieben. Seine Mietschulden belaufen sich auf fast 6.000 Euro, die Wohnung ist ein einziges Chaos. Der junge Mann selbst wirkte überfordert, hoffnungslos, eingeengt, sich in Gedankenschleifen verlierend. Die ärztliche Verdachtsdiagnose: Depressionen mit wahnhafter Ausweitung. Ein Klinikaufenthalt scheint



© iStock / Kateryna Kovarzh

<sup>1</sup> Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention

<sup>2</sup> Landeshauptstadt Dresden, Amt für Gesundheit und Prävention, SGL Öffentlichkeitsarbeit

notwendig. Dr. Adam greift ein – telefoniert mit einer Klinik und erreicht, dass der Patient aufgenommen wird.

Während eines dreitägigen Klinikaufenthaltes (länger hat es der Mann dort nicht ausgehalten – aber das Team hält einen stationären Aufenthalt wieder für notwendig) versucht die Familie, die Behausung aufzuräumen, die Rechnungen abzuheften, Bürgergeld zu beantragen. Der Patient wohnt vorübergehend bei seinem Bruder, bis sich die Wohnung wieder in einem akzeptablen Zustand befindet.

Parallel werden nun Gesprächstermine zur aktuellen Krisenbewältigung vereinbart. Alle arbeiten zusammen, aber nicht immer geht das schnell. Gerade bei psychologischer Betreuung außerhalb von Krankenhaus und dem Amt für Gesundheit und Prävention können die Wartezeiten dauern. In unserem Fall sind es – nur – zwei Monate. Aber diese Zeit muss überbrückt, im besten Falle genutzt werden. Das koordiniert Dr. Adam, die auch erst einmal gemeinsam mit dem Diplom-Psychologen Jacob Möbius die Behandlung übernimmt. Jeder weiß, was er zu tun hat – die Schwestern, Mediziner, Sozialarbeiter arbeiten zusammen, ihre Aufgaben ergänzen sich.

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi) bietet multiprofessionelle und niederschwellige Unterstützung für psychisch erkrankte Hilfesuchende und ihr Umfeld. Zusätzlich besitzt das ärztliche Personal auch eine Behandlungsermächtigung für chronisch psychisch Kranke, was bundesweit fast einmalig ist. Damit kann Beratung, Begleitung und Behandlung aus einer Hand im Team abgebildet werden. In der Praxis bedeutet das für die SPDi-Mitarbeiter unter Umständen mehrere Termine pro Woche und betreuter Person, um Schulden zu regulieren, Betreuungs-

möglichkeiten bei freien Trägern zu organisieren, Probleme aller Art zu lösen. Das soll möglichst individuell, bedarfsgerecht und ganzheitlich geschehen. Oft leichter gesagt als getan, vor allem, wenn sich jeder der Angestellten um bis zu 80 Menschen kümmern muss.

In unserem oben beschriebenen Fall benennt der junge Mann selbst eines der dabei entstehenden Probleme: „Ich

### „Bei körperlicher Bedrohung oder wiederholten Beleidigungen gibt es eine Grenze und der Eigenschutz geht vor.“

mache oftmals die Tür gar nicht auf oder gehe auch nicht ans Telefon.“ Hier zeigt sich die Schwere der depressiven Episode, die durch Wahnvorstellungen und Halluzinationen begleitet wird. Das macht nicht nur ihm selbst das Leben schwer, sondern auch die Arbeit mit ihm schwierig. Aber das Ziel bleibt: Herstellung und Erhöhung der Hilfe zur Selbsthilfe für die Betroffenen unter Beachtung der vorhandenen Fähigkeiten wie auch der Erschließung neuer Ressourcen.

Dr. Kristin Adam ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie betreut mit ihrem Team Hilfesuchende im Raum Leuben, Prohlis, Blasewitz, Seidnitz und Dobritz. Zum Team gehören eine Krankenschwester, eine Sozialpädagogin und ein Sozialpädagoge, zwei Sozialarbeiterinnen mit Master-Abschlüssen und ein Diplom-Psychologe in Ausbildung zum Psychotherapeuten. In der Regel sind es wenige Gespräche in der Dienststelle oder zu Hause. Manchmal werden die Klientinnen und Klienten aber auch ein oder mehrere Jahre unterstützt.

Wichtig dabei ist, eine professionelle, vertrauensvolle Beziehung zu den Betroffenen aufzubauen, um diese in einer Krise optimal unterstützen zu können. Über böse Beschimpfungen, Türenknallen oder belastende E-Mails müssen die SPDi-Angestellten hinwegkommen, werden dabei durch Fortbildungen oder auch regelmäßige Supervisionen unterstützt. Bei körperlicher Bedrohung oder wiederholten Beleidigungen gibt es eine Grenze und der Eigenschutz geht vor. Bedarfsweise werden professionsspezifisch weitere Mitarbeitende hinzugezogen. Zwangsmaßnahmen gibt es nur, wenn eine erhebliche Eigen- und/oder Fremdgefährdung vorliegt. Das ist selten und geschieht nur mit richterlichem Beschluss – in Zusammenarbeit mit Polizei und/oder Ordnungsamt.

Aus einer „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ lässt sich für Dresden ableiten, dass etwa 155.000 Menschen hier von einer psychischen Erkrankung betroffen sein könnten. Viel Arbeit also für den Sozialpsychiatrischen Dienst Dresdens insgesamt – mit den vier Dienststellen des SPDi, dem Psychosozialen Krisendienst mit seinem Telefon des Vertrauens, einer Suchtberatungsstelle und der Psychiatrie- und Suchtkoordination. ■

Dr. Frank Bauer  
Amtsleiter  
Landeshauptstadt Dresden  
Geschäftsbereich Arbeit, Soziales,  
Gesundheit und Wohnen |  
Amt für Gesundheit und Prävention  
Ostra-Allee 9, 01067 Dresden  
E-Mail: gesundheitsamt@dresden.de

#### Weitere Informationen:

[www.dresden.de/gesundheit](http://www.dresden.de/gesundheit)  
[www.dresden.de/  
seelische-gesundheit](http://www.dresden.de/seelische-gesundheit)

# Das Gesundheitsamt – ein Arbeitsplatz für viele Berufsgruppen

B. Pantenburg<sup>1</sup>, N. Lahl<sup>1</sup>, L. Graf<sup>1</sup>, C. Anders<sup>1</sup>

In der Abteilung Hygiene des Gesundheitsamtes Leipzig wird interprofessionelle Zusammenarbeit gelebt. Hier arbeitet eine Vielzahl von Berufen kollegial zusammen: Hygieneinspektorinnen und -inspektoren, Medizinische Fachangestellte, Sozialarbeitende, Gesundheitswissenschaftler, Personen mit



Mobile Impfaktionen in Gemeinschaftsunterkünften gehören zu den Aufgaben des Gesundheitsamtes

kaufmännischer beziehungsweise Verwaltungsausbildung sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, für Hygiene und Umweltmedizin, für Dermatologie und Venerologie, für Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin. Ein kollegiales Verhältnis aller Berufsgruppen und die Zusammenarbeit in flachen Hierarchien zeichnet den Arbeitsalltag aus. Besonders ist, dass ein Großteil der Mitarbeitenden schon intensive Berufserfahrung oder sogar schon eine anderweitige Berufsausbildung in eine Arbeits- oder Ausbildungsstelle im Gesundheitsamt einbringt. Interprofessionelle Arbeit ist im Gesundheitsamt unverzichtbar, damit die vielfältigen Aufgaben erfüllt werden können. Ärzt-

licher Standesdünkel ist die Ausnahme, ebenso spielt der „weiße Kittel“ als Statussymbol kaum eine Rolle.

Der medizinische Fokus im Öffentlichen Gesundheitsdienst liegt, anders als in der Individualmedizin, auf der Prävention. Das Aufgabenspektrum der Abteilung Hygiene ist dabei weitläufig: Im klassischen Infektionsschutz werden meldepflichtige Krankheitserreger erfasst und weitergemeldet, Infektionsfälle werden ermittelt und zum Beispiel Symptome, Beruf und Impfstatus erfragt, gegebenenfalls auch Kontaktpersonen. Es werden Maßnahmen umgesetzt, um Infektionsketten zu unterbrechen, wie zum Beispiel ein vorübergehendes Tätigkeitsverbot bei einem Koch mit nachgewiesenem Durchfallerreger. Das Team, das sich um die Umsetzung des Masernschutzgesetzes kümmert, bearbeitet Meldungen von zum Beispiel Schulen und Kindergärten, die die Pflicht haben, diejenigen zu melden, die nicht ausreichend gegen Masern immunisiert sind. Hier berät das Gesundheitsamt und impft auch, sowohl in der hauseigenen Impfsprechstunde als auch bei mobilen Impfaktionen.

## Interprofessionelles Arbeiten – Beispiel Impfkation

Ein Fokus des Sachgebietes Infektionsschutz/Impfstelle liegt aktuell auf der Durchführung mobiler Impfaktionen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Diese bedeuten eine logistische Herausforderung: In vielen Einrichtungen befinden sich die Geflüchteten nur für wenige Wochen, es bestehen Sprachbarrieren und nicht immer können alle zu impfenden Personen gut lesen. Es gibt zudem verschiedene

mögliche Kostenträger (Landesdirektion, Sozialamt, Krankenkasse), die sich ändern, je nachdem, wie weit das Asylverfahren vorangeschritten ist. Vorbereitet werden die Impfaktionen im Wesentlichen von Hygieneinspektorinnen oder Medizinischen Fachangestellten: Diese übernehmen hauptsächlich die Absprache mit dem Sozialamt sowie der Einrichtung, in der die Impfkation stattfinden soll, nehmen die Listen der zu impfenden Personen entgegen inklusive dem Kostenträger, bereiten das Aufklärungsmaterial in verschiedenen Sprachen vor, stellen das Impfmateriale zusammen und kümmern sich nach der Impfkation um die Abrechnung. Ärztinnen und Ärzte übernehmen im Wesentlichen die Kommunikation mit der Landesdirektion beziehungsweise übernehmen die Kommunikation, wenn Schwierigkeiten auftreten. Bei größeren Impfaktionen (> 15 Impfungen) besteht ein Impfteam üblicherweise aus einer Ärztin oder einem Arzt und zwei nichtärztlichen Beschäftigten (zum Beispiel zwei Hygieneinspektoren oder eine Hygieneinspektorin und eine MFA/Krankenschwester). Vor Ort übernimmt ein Hygieneinspektor beziehungsweise MFA/Krankenschwester die Anmeldung (Einlesen der Chipkarte, Entgegennehmen von Behandlungsscheinen, Abgleich der Impflisten), die andere ist zuständig für das Vorbereiten der Impfung (Aufziehen der Spritzen, Auflösen des Impfstoffes, Dokumentation im durch das Gesundheitsamt bereitgestellten Impfausweis), der Arzt führt das Aufklärungsgespräch, entscheidet über die Impffähigkeit und führt die Impfung durch. Von Vorteil ist, dass einige Hygieneinspektorinnen im Vorfeld eine Ausbildung zur Krankenschwester gemacht haben und

<sup>1</sup> Gesundheitsamt Leipzig

daher mit der Vorbereitung, teils auch Durchführung von Injektionen vertraut sind.

### Interprofessionelles Arbeiten – Beispiel Kommunalhygiene, Begehung von Schulen

Andere Sachgebiete überwachen die Einhaltung hygienischer Standards in Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen oder das Einhalten bauhygienischer Vorschriften. Das Sachgebiet Kommunalhygiene/Umwelthygiene deckt eine breite Palette an öffentlichen Einrichtungen ab, stellt sicher, dass die Trinkwasserqualität sowie die Wasserqualität der Badeschwimmer für eine uneingeschränkte Nutzung durch die Bevölkerung ausreichend ist und kümmert sich um umweltmedizinische Fragen, wie zum Beispiel die Staubbelastung der Luft. Auch Schulen, Horte, Kitas und Asylunterkünfte werden vom Team der Umwelthygiene begangen. Die Aufgabe der Hygieneinspektoren ist es dabei, die Begehungen durchzuführen, zu kontrollieren, ob vorgeschriebene Standards eingehalten werden, sie nehmen die Ergebnisse von Kontrolluntersuchungen entgegen und beraten die Leitungen der Einrichtungen zu Fragen der Hygiene. Die Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin kommen dann ins Spiel, wenn es um Gefahrenabwehr geht, wenn also zum Beispiel Richtwerte überschritten werden oder es darum geht, einzuschätzen, welchen Einfluss eine Umweltschadstoff auf die menschliche Gesundheit hat. Meldet sich zum Beispiel eine Schule beim Gesundheitsamt wegen eines plötzlich auftretenden „komischen Geruchs“, vielleicht noch in Verbindung mit Kopfschmerzen bei den Kindern, so kümmert sich der Hygieneinspektor um die hygienischen Gegebenheiten vor Ort während der Arzt eine Einschätzung der Umstände auf die menschliche Gesundheit vornimmt.



Reise- und Impfberatung sind klassische ärztliche Tätigkeiten des Gesundheitsamtes

### Interprofessionelles Arbeiten – Chancen und Herausforderungen

Das Tätigkeitsprofil in der Hygiene erfordert also ein enges Zusammenarbeiten der Berufsgruppen. Diese Art zu arbeiten ist gewinnbringend, weil ein gut funktionierendes, sich unterstützendes Team entsteht. Reibungsverluste entstehen dort, wo nicht ganz klar ist, welche Aufgabe der Hygieneinspektor nicht (mehr) übernehmen kann und wo ärztliches Wissen (schon) gefragt ist. Das erfordert eine gute Absprache, ständigen Austausch und gute Kommunikation zwischen den Berufsgruppen.

#### Fazit

Das Tätigkeitsprofil im Gesundheitsamt erfordert ein sehr selbständiges Arbeiten der nicht-ärztlichen Berufsgruppen: Medizinische Fachangestellte beziehungsweise Pflegepersonal organisieren selbständig die Abläufe in Impfstelle und Beratungsstelle für Lebensmittelbelehrungen und führen letztere auch selbst durch. Hygieneinspektorinnen und -inspektoren führen das Gros der Ermittlungen zu meldepflichtigen Krankheitserregern und Krankheiten durch, beraten Bürgerinnen und Bürger

und treffen selbständige Entscheidungen. Sozialarbeitende sind ebenfalls unverzichtbar in der Beratungstätigkeit und auch zum Beispiel beim Streetwork für Sexarbeitende. Ärztinnen und Ärzte werden immer dann hinzugezogen, wenn es „schwierig“ wird: Wenn Betroffene schwer erkrankt sind und Gespräche mit Krankenhäusern oder Angehörigen durchgeführt werden müssen, wenn medizinische Befunde bezüglich ihrer medizinischen Relevanz und ihres Gefahrenpotenzials eingeschätzt werden müssen, bei der Entscheidungsfindung zu und Organisation von Maßnahmen, beim Priorisieren von Aufgaben, bei der Kommunikation nach außen, mit übergeordneten Behörden und bei Pressekonferenzen.

„Klassische“ ärztliche Tätigkeit findet sich in der Abteilung Hygiene im Rahmen der Sprechstundentätigkeit, zum Beispiel in der Beratungsstelle für sexuell übertragbare Infektionen (STI), der Tuberkulosefürsorge und den Impfsprechstunden: Bei der medizinischen Beratung zu STI, der Anamnese, Untersuchung, bei der Reise- und Impfberatung mit Auswahl geeigneter Impfstoffe, bei der Beratung zur Diagnose

und Therapie der Tuberkulose, der Befundung von Röntgenbildern ebenso wie in der Rücksprache mit behandelnden ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sind ärztliches Wissen und Fähigkeiten gefragt. Zudem bilden Ärztinnen und Ärzte die Entscheidungsebene der medizinischen Abteilungen des Gesundheitsamtes: Die Sachgebietsleitungen, Abteilungsleitungen und die Amtsleitung sind mit Ärztinnen und Ärzten besetzt. Die Tätigkeit als Sachgebietsleitung ist vergleichbar mit einer Oberarztstätigkeit: Die Sachgebietsleitung leitet ein multiprofessionelles Team von circa zehn Personen, mit mindestens einer weiteren Arztstelle. Die Sachgebietsleitung führt regelmäßige Dienstberatungen durch und supervidiert die Abläufe innerhalb des Teams. Die Sachgebietsleitungen wie-

derum kommen zu regelmäßigen Dienstberatungen mit der Abteilungsleitung zusammen.

Im Gesundheitsamt Leipzig wird auch Fachpersonal ausgebildet: Für Ärztinnen und Ärzte ist es möglich, sowohl die Facharztweiterbildung Öffentliches Gesundheitswesen als auch die Facharztweiterbildung Hygiene und Umweltmedizin zu absolvieren. Zusätzlich werden im Gesundheitsamt Leipzig aktuell mehrere Hygieneinspektorinnen und -inspektoren ausgebildet. Studierende können im Gesundheitsamt Leipzig Hospitationen und Famulaturen absolvieren und bald auch das PJ-Tertial. Auch in der Lehre im Rahmen des Humanmedizinstudiums an der Universität Leipzig ist das Gesundheitsamt mit Lehrveranstaltungen präsent, mit dem Ziel, die Sichtbarkeit des Öffentli-

chen Gesundheitsdienstes zu erhöhen. Die Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst zeichnet sich nicht nur durch multiprofessionelle Teams aus. Die SARS-CoV-2-Pandemie hat den Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgerüttelt und mittels des Paktes für den ÖGD wurden viele neue Stellen geschaffen. Es befinden sich neue Strukturen im Aufbau. Wer Interesse an multiprofessionellen Teams, einem vielfältigen Aufgabengebiet, dem Fokus auf Prävention und an der Mitgestaltung moderner Strukturen hat, ist im Öffentlichen Gesundheitsdienst sehr gut aufgehoben! ■

Korrespondierende Autorin  
Dr. med. Birte Pantenburg  
Gesundheitsamt  
Abteilung Hygiene  
Rohrteichstraße 16 – 20, 04347 Leipzig  
E-Mail: gesundheitsamt@leipzig.de

## Interprofessionelle Teamarbeit in Reha-Kliniken

### Bedeutung, Herausforderungen und Best Practices in Deutschland

G. Waldmann, J. Friedrich

Die medizinische Rehabilitation ist ein integraler Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems und zielt darauf ab, die Funktion und Lebensqualität von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen zu verbessern.

Interprofessionelle Teamarbeit in der Rehabilitation wird verstanden als Zusammenarbeit von mindestens zwei Berufsgruppen zur Erreichung eines gemeinsam definierten Rehabilitationsziels. Im idealen, „transprofessionellen“ Team kennen sämtliche Mitglieder die Möglichkeiten und Limitationen der eigenen und der anderen Professionen, sodass sie sich je nach Fort-

schritten und Stagnationen selbstständig anhand gegebener Ressourcen, den Zielsetzungen und Prioritäten organisieren. Die Kommunikation erfolgt auf der Basis des Biopsychosozialen Modells, das auch der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO) zugrunde liegt (Abb. 1). Die gegenwärtigen Entwicklungen der Rehabilitationsmedizin, die zunehmende Akademisierung der Therapieberufe, die Fortschritte in Technologien zur Informationssammlung und -auswertung sowie in der Hilfsmittelbranche, nähren die Zuversicht, mindestens mittelfristig einem großen Teil derer, die dank der modernen Intensivmedizin schwere Krankheiten und Unfälle überlebt haben, ein Höchstmaß an selbst-

bestimmter, das heißt autonomer Teilhabe am Ende einer erfolgreichen Rehabilitation zu ermöglichen. Im Idealfall wird im Rahmen regelmäßiger, meist wöchentlicher Teamsitzungen die Zielerreichung überprüft, bei Bedarf angepasst und neu zugeordnet. Sind die Reha-Ziele noch nicht vollständig erreicht, werden insbesondere im Bereich der Neurologie und Geriatrie auf Basis der Team- und Therapieberichte Anträge auf eine Verlängerung der Kostenzusagen verfasst. Sollte die funktionale Wiederherstellung an ihre Grenzen geraten, können ein Training zur Förderung der kompensatorischen Fähigkeiten beziehungsweise entsprechende Hilfsmittelversorgungen sinnvoll sein. Wenn die Ziele sukzessive erreicht oder keine weiteren Verbesse-

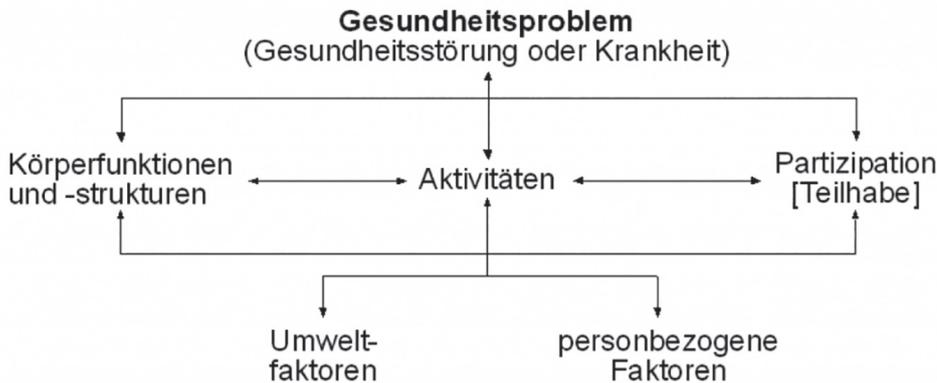


Abb. 1: Biopsychosoziales Modell der ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO

rungen erreichbar sind, wird durch das interprofessionelle Team in strukturierter und routinierter Art die Entlassung eingeleitet: Mit entsprechendem Vorlauf werden je nach Indikation und Rehabilitationsphase Hilfsmittel beantragt und organisiert, die Versicherten oder Angehörigen bei der Suche nach Nachbehandlern unterstützt sowie standardisierte Berichte verfasst, die die Schnittstelle zwischen Reha, Kostenträgern und ambulanter Nachbehandlung möglichst (informations-)verlustarm gestalten sollen.

Der Grundsatz der frühzeitigen Einleitung rehabilitativer Maßnahmen (nach § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V) bedeutet, dass Rehabilitation als Behandlungsauftrag bereits während der Akutbehandlung einsetzen muss. Nach einer schweren Erkrankung trägt die medizinische Rehabilitation dazu bei, die begonnene medizinische Behandlung fortzusetzen und stellt sicher, dass der Patient die erforderliche Nachsorge erhält, die im Rahmen kurzer Akut-Verweildauern nicht immer abgeschlossen werden kann. Dies kann beispielsweise die Optimierung medikamentöser Therapien, physiotherapeutische Übungen oder andere therapeutische und sozialmedizinische Maßnahmen umfassen. Frührehabilitative Komplexbehandlungen

(geriatrisch, neurologisch, fachübergreifend) werden dabei als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erbracht, während in Abhängigkeit vom Alter, der Schwere der Funktionseinschränkung und der Grunderkrankung weitergehende stationäre Rehabilitationen meist über die Krankenkassen nach § 40 SGB V, die gesetzliche Rentenversicherung oder die Berufsgenossenschaften beziehungsweise Unfallkassen getragen werden.

Mehr noch als in Akutkliniken und Praxen spielt in Reha-Kliniken die Arbeit in interprofessionellen Teams eine entscheidende Rolle bei der ganzheitlichen Betreuung der Patienten (Abb. 2). Die enge Zusammenarbeit und die Nutzung gemeinsamen Wissens und einheitlicher Strategien verschiedener Berufsgruppen tragen dazu bei, dass die Patienten von einer umfassenden Versorgung profitieren. Ein Krankenhausaufenthalt kann emotional belastend sein und damit auch die Funktion des Immunsystems beeinflussen. Die medizinische Rehabilitation bietet psychosoziale Unterstützung und psychologische Betreuung, um den Patienten bei der Bewältigung von Stress, Angst oder Depressionen sowie im Umgang mit der Erkrankung zu helfen.

Ein gesunder Lebensstil, der regelmäßige körperliche Aktivität, eine ausgewogene Ernährung, Gewichtsmanagement, Raucherentwöhnung und den Umgang mit Stress umfasst, ist oft ein wichtiger Bestandteil der Behandlung und Prävention vieler Erkrankungen.

### I. Bedeutung der interprofessionellen Teamarbeit in Reha-Kliniken

- **Ganzheitliche Versorgung:** Durch die Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte, wie Ärzte, Physiotherapeuten, Ergo- und Sporttherapeuten, Pflegekräfte, Logopäden, Sozialarbeiter, Ernährungsberater und Psychologen, können Patienten mit sehr komplexen Erkrankungen umfassend betreut werden. Oft gehören noch weitere Spezialisten zum interprofessionellen Reha-Team.
- **Synergieeffekte:** Die Integration verschiedener Kompetenzen und Perspektiven ermöglicht eine effektive und effiziente Behandlung der Patienten.
- **Patientenzentrierter Ansatz:** Interprofessionelle Teams stellen sicher, dass die Bedürfnisse und Ziele der Patienten im Mittelpunkt stehen und kurzfristig kommuniziert werden können.

### II. Grundsätzliche Herausforderungen der interprofessionellen Teamarbeit

- **Kommunikation und Informationsaustausch:** Unterschiedliche Fachsprachen und Kommunikationsstile können zu Missverständnissen führen und die Zusammenarbeit erschweren.
- **Rollenklarheit und Hierarchien:** Die Aufgabenverteilung und Rollenklärung innerhalb des Teams können zu Konflikten und Unsicherheiten führen.
- **Zeit- und Ressourcenmanagement:** Effektive Teamarbeit erfordert eine gute Organisation, um Zeit- und Ressourcenengpässe zu vermeiden.

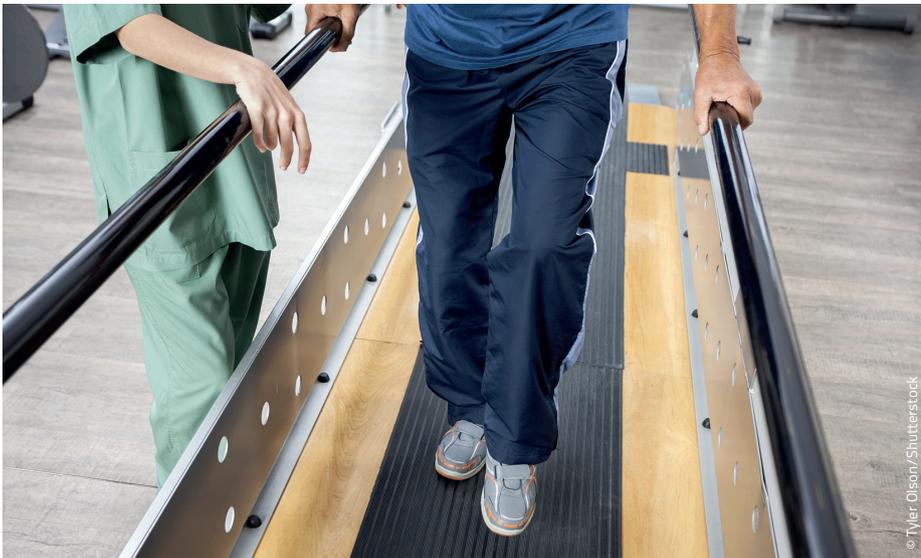


Abb. 2: Die ganzheitliche Betreuung hat in einer Reha-Klinik eine besondere Bedeutung.

Medizinische Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland greifen auf eine jahrzehntelange Reha-Tradition zurück, in der sich die interprofessionelle Teamarbeit entwickeln und optimieren konnte. Auch mit Hilfe der Deutschen Rentenversicherung entstanden Konzepte, die die Kommunikationsformen, die Aufgabenverteilung, die Hierarchie und die Rehabilitationsorganisation klar definieren.

### III. Best Practices für effektive interprofessionelle Teamarbeit

- Klare Kommunikationsstrukturen: Die Etablierung klarer Kommunikationswege und regelmäßiger, wenigstens wöchentlicher Team-Meetings sind für den offenen Informationsaustausch unabdingbar.
- Interprofessionelle Schulungen: Gemeinsame Fortbildungen und Schulungen unterstützen das Verständnis für die jeweiligen Aufgaben und Kompetenzen der Teammitglieder.
- Koordinationsmechanismen: Die Implementierung von koordinierten Behandlungsplänen und regelmäßiger Überprüfung des Therapiefortschritts stellt sicher, dass die Behandlung effektiv abgestimmt wird.

- Teamkultur und Wertschätzung: Eine Kommunikations-Kultur, in der die Beiträge aller Mitglieder wertgeschätzt werden, fördert die Zusammenarbeit und das Wohlbefinden im Team.

Die interprofessionelle Teamarbeit spielt in Reha-Kliniken in Deutschland eine wesentliche Rolle für die optimale Versorgung der Patienten. Obwohl es verschiedene, insbesondere ressourcenbezogene Herausforderungen geben kann, können durch die Implementierung bewährter Praktiken und Organisationsformen effektive Teamarbeit und Zusammenarbeit gefördert werden. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der interprofessionellen Teamarbeit und konsequente Digitalisierung der Organisationsprozesse sind entscheidend, um die Qualität der Versorgung in Reha-Kliniken stabil aufrecht zu erhalten und weiter zu verbessern. Die interprofessionelle Teamarbeit in Reha-Kliniken in Deutschland steht vor großen Herausforderungen, sowohl in der Gegenwart als auch in der Zukunft. Hier sind einige der wichtigsten Herausforderungen:

1. **Kommunikation und Informationsaustausch:** Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufs-

gruppen sowie vor- und nachbehandelnden Einrichtungen erfordert ein entsprechend definiertes Zeitfenster für eine effektive Kommunikation und einen reibungslosen Informationsaustausch auf der Basis gemeinsamen Wissens und Vokabulars. Die Integration digitaler Technologien und elektronischer Patientenakten kann den Informationsfluss verbessern.

2. **Rollenklarheit und Hierarchien:** In interprofessionellen Teams müssen die Rollen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Teammitglieder klar definiert sein. Eine klare Aufgabenverteilung und die Förderung einer gemeinsamen Verantwortung sind entscheidend, um Konflikte zu vermeiden und die Teamdynamik zu verbessern. In vielen Rehabilitationseinrichtungen gehören Pflege- und Therapieleitung mittlerweile fest zur Klinikleitung.
3. **Interprofessionelle Aus- und Weiterbildung:** Es ist wichtig, dass die Ausbildungsinstitutionen die Bedeutung der interprofessionellen Teamarbeit erkennen und entsprechende Lehrinhalte und Schulungen anbieten. Für einzelne Themenkomplexe existieren spezielle anerkannte berufsgruppenübergreifende Fortbildungs-Curricula. Auch die kontinuierliche Weiterbildung der Teammitglieder in Bezug auf die Zusammenarbeit und das Verständnis der jeweiligen Fachbereiche ist entscheidend, um effektive Teamarbeit zu gewährleisten. In den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern ist das Erlangen von Handlungskompetenzen in multiprofessionellen Teams und Rehabilitationskenntnissen in beinahe allen Facharztkompetenzen verpflichtend.
4. **Zeit- und Ressourcenmanagement:** Die effektive Nutzung von Zeit und Ressourcen ist eine besonders



Abb. 3: Die Zusammenarbeit von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen und Werten kann eine Bereicherung sein, birgt aber auch Potenzial für Missverständnisse.

große Herausforderung in der interprofessionellen Teamarbeit. Die verschiedenen Berufsgruppen haben oft unterschiedliche Dienstpläne und Prioritäten, was die Koordination von Terminen und Behandlungsplänen erschweren kann. Eine gute Organisation, klare Prioritäten, zeitnahes, modernes Controlling und eine angemessene Ressourcenallokation sind erforderlich, um Engpässe zu vermeiden und eine effektive Teamarbeit zu ermöglichen.

##### 5. Kulturelle Unterschiede und

**Diversität:** In interprofessionellen Teams arbeiten zunehmend Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, Werten und Arbeitsweisen zusammen (Abb. 3). Diese Vielfalt kann eine Bereicherung sein, birgt jedoch auch das Potenzial für Missverständnisse und Konflikte. Eine offene und respektvolle Teamkultur, die die Vielfalt schätzt und als Stärke betrachtet, ist entscheidend, um eine effektive Zusammenarbeit zu gewährleisten.

In der Zukunft könnten zusätzliche Herausforderungen auftreten, da sich die Reha-Landschaft weiterentwickelt, Akutbehandlung voraussichtlich neu strukturiert werden wird und neue Technologien und Behandlungsansätze eingeführt werden. Die Integration digitaler Lösungen, Telemedizin, Therapieindividualisierung, neue Techniken für das Wissensmanagement und die Verwendung von künstlicher Intelligenz werden neue Anforderungen an die interprofessionelle Teamarbeit stellen und erfordern eine kontinuierliche Anpassung und Weiterentwicklung von Arbeitsweisen und Kompetenzen.

Die aktuelle Gesetzgebung in Deutschland spielt eine wichtige Rolle bei der Förderung und Regulierung der interprofessionellen Rehabilitationsmedizin. Relevante Gesetze und Regelungen finden Sie unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Der aktuelle Koalitionsvertrag und die derzeitige Gesetzgebung in Deutschland zielen darauf ab, die interprofessionelle Rehabilitation zu fördern, um

eine qualitativ hochwertige und umfassende Versorgung der Patienten in Reha-Kliniken sicherzustellen. Das wird grundsätzlich auch durch die Gesundheitsziele der Bundesländer unterstützt. Sie bieten einen rechtlichen Rahmen und Richtlinien, die die Zusammenarbeit regeln und die Bedeutung einer koordinierten, interdisziplinären Behandlung betonen. Es bedarf jedoch noch der Neuordnung von Regeln zur rehabilitativen Behandlung besonders schwer betroffener Menschen in den unterschiedlichen Indikationen, zur weiteren Entlastung des Akutsektors, zur klaren Abgrenzung beziehungsweise Definition der Schnittstellen zwischen den Formen ambulanter und stationärer Rehabilitation sowie Regeln zur einheitlichen Finanzierung und Sicherung professionellen Nachwuchses. Noch ist die Behandlung besonders schwer betroffener Menschen, die aus der Akutbehandlung kommen, auf wenige Fachgebiete limitiert. Patienten, die noch nicht alltagskompetent sind, erhalten vielerorts nur ein Rehabilitationsangebot innerhalb neurologischer und geriatrischer Indikationen. Fachübergreifende (früh-)rehabilitative Abteilungen, Kliniken oder auch mobile Rehabilitationsangebote sind längst nicht flächendeckend verfügbar. Das sollte sich ändern. Der Trend geht zur fachübergreifenden Rehabilitation, zu Campusmodellen (Reha in unmittelbarer Nähe zum Akutkrankenhaus) und zu einem zunehmenden Angebot ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen, das einer Neuordnung hinsichtlich der Fähigkeiten der Betroffenen bedarf. Es wird aufgrund ansteigenden Alters und verbesserter Intensiv- und Akut-Therapie ein zunehmender Bedarf an aufsuchender mobiler Rehabilitation entstehen. ■

Dr. med. Guido Waldmann  
Dr. med. Jochen Friedrich  
Ausschuss Prävention und Rehabilitation  
E-Mail: [ausschuesse@slaek.de](mailto:ausschuesse@slaek.de)

# Betreuungsmodell Hebammenkreißsaal

## Chance und Herausforderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Geburtshilfe

T. Andraczek<sup>1</sup>, S. Magister<sup>1</sup>, H. Todorow<sup>1</sup>, H. Stepan<sup>1</sup>

Die Schwangerschaft und die Geburt sind zweifelsfrei einschneidende Ereignisse im Leben einer Frau, deren Kind und Familie. Wo einst der Fokus vor allem auf der Senkung der Morbidität und Mortalität von Mutter und Kind und der Optimierung des Geburtsprozesses lag, wird der Zeitraum rund um die Schwangerschaft und die Geburt wieder zunehmend als vordergründig physiologischer Prozess wahrgenommen, den es zu schützen und zu unterstützen gilt [1, 2]. Interventionelle Eingriffe in diesen sollten nur in begründeten Fällen erfolgen. Aufgrund der differierenden und teilweise unvollständigen Datenerhebungen der Perinatalergebnisse im außerklinischen Bereich durch die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) und im klinischen Bereich durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) ist ein direkter Vergleich zwischen den einzelnen Versorgungsmodellen nur unzureichend möglich [3]. Dies führt dazu, dass eine neutrale und realistische vorgeburtliche Beratung in Bezug auf die Wahl des Geburtsortes und die verschiedenen zur Verfügung stehenden Betreuungsmodelle nicht ohne weiteres, auf Basis der derzeit existierenden Daten, erfolgen kann.

### Der Hebammenkreißsaal

Dass hebammengeleitete Betreuungsmodelle für Frauen mit einem Niedrig-

risikoprofil, bei etwa gleichem maternalen und neonatalen Outcome, hinsichtlich der Interventionsrate unter der Geburt deutlich besser abschneiden, als primär ärztlich geleitete Betreuungsmodelle, konnte bereits in zahlreichen nationalen und internationalen Studien gezeigt werden [4–9]. Allerdings fehlt es derzeit noch an ausreichend Daten, welche die hebammengeleiteten Geburtsmodelle hinsichtlich ihres Outcomes untereinander ver-



Eine enge Beziehung zwischen Hebamme und Mutter prägt den Geburtsprozess.

gleichbar machen. Der Hebammenkreißsaal als eine Art „Hybrid“ zwischen der außerklinischen, ausschließlich hebammengeleiteten und der konventionellen, ärztlich geleiteten, klinischen Geburtshilfe, stellt eine Erweiterung der geburtshilflichen Landschaft und eine attraktive Wahloption für Schwangere in Kliniken dar. Bereits 1990 erfolgte in Großbritannien und nachfolgend im skandinavischen Raum, sowie in Österreich die Etablierung der ersten hebammengeleiteten Kreißsäle. Dies erfolgte nicht zuletzt aufgrund der Kritik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an der erheblichen Zunahme von Interventionen in den meist phy-

siologischen Geburtsprozess und der dadurch wachsenden Medikalisierung der Geburt, welche die eigene Gebärfähigkeit der Frauen beeinflussen. Hauptkritikpunkt sei das Fehlen universeller, standardisierter Konzepte für die „Normalität“ bei Wehen und Geburt [10].

Laut Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Hochschule Osnabrück, Pflege- und Hebammenwissenschaft, stellt der Wunsch nach einer natürlichen Geburt in einer Klinik, wie die Ergebnisse der deutschen Studie „Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte“ zum Thema „Hebammengeburtshilfe in der Klinik“ gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung [11] zeigen konnten, keinen Gegensatz dar.

Der Hebammenkreißsaal ist ein hebammengeleitetes Betreuungsmodell in einer Klinik, in dem gesunde Frauen teilweise schon in der Schwangerschaft und auch im Wochenbett, vor allem aber während und nach der Geburt eigenverantwortlich und selbstständig von Hebammen betreut werden. Das ärztlich und das hebammengeleitete Betreuungsmodell in einer Abteilung kooperieren hierbei eng miteinander, sodass im Falle einer Komplikation eine sofortige Überleitung in die ärztliche Betreuung des konventionellen Kreißsaals möglich ist [12]. In Deutschland wurde die Konzeptidee des Hebammenkreißsaals erstmals 1998 vom Bund Deutscher Hebammen e. V. aufgegriffen und in einer Arbeitsgruppe von Hebammen weiterverfolgt. Auf Basis dieser Arbeiten basierte die Gründung des ersten Hebammenkreißsaals im Klinikum Bremerhaven Rein-

<sup>1</sup> Abteilung für Geburtsmedizin, Universitätsklinikum Leipzig und Studiengang Hebammenkunde, Medizinische Fakultät Leipzig

kenheide 2003 [13]. 2021 wurden deutschlandweit 25 Hebammenkreißsäle verzeichnet, wovon sich die Mehrzahl in Nordrhein-Westfalen (NRW) befindet. Durch das Förderprogramm „Implementierung von Hebammenkreißsälen“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, welche jede Einrichtung mit einem neuen Hebammenkreißsaal in NRW mit 25.000 Euro fördert, konnten weitere 20 neue Hebammenkreißsäle bis Ende 2022 eröffneten [14]. In Mitteldeutschland ist die klinische Landschaft, mit insgesamt lediglich fünf Hebammenkreißsälen, von denen sich jeweils zwei in Halle (Saale) und Leipzig befinden, noch deutlich ausbaufähig [13].

Der Implementierung neuer Hebammenkreißsäle wird teilweise mit Skepsis begegnet. Und dies wider Erwarten oft von Hebammenseite. So stellt die gemeinsame Geburtsbegleitung mit anderen Hebammenkolleginnen und -kollegen laut Andrea Ramsell, Deutscher Hebammenverband e. V., meist erstmal eine Hürde dar, die es zu überwinden gilt, bis diese enge Zusammenarbeit im Team mit der Zeit als Bereicherung empfunden wird und dadurch bessere Kommunikations- und Feedbackmechanismen und eine verstärkte Reflexion der betreuten Geburten untereinander entwickelt werden können [15]. Um die sichere Implementierung eines Hebammenkreißsaals zu ermöglichen, bedarf es klarer Standards und regelmäßiger Fortbildungen des gesamten geburtshilflichen Teams. So dienen diese, nach Ramsell, nicht nur der Erweiterung der individuellen Fähigkeiten der Hebammen (Versorgung von Geburtsverletzungen, alternative, vielfältigere Gebärpositionen und Förderung der Kommunikation in der Beratung), sondern sie kommen, mit der klaren Abgrenzung und Benennung von Physiologie und Pathologie, dem gesamten interprofessionellen,

geburtshilflichen Team zugute. Der Kriterienkatalog, zum Beispiel auf Grundlage des Handbuchs für den Hebammenkreißsaal von Bauer et al. [12], welchen jede Klinik mit einem Hebammenkreißsaal im Team gemeinsam erarbeiten und regelmäßig überarbeiten sollte, dient dabei der „strukturierten Kommunikation über Betreuungsansätze und Therapien [und] trägt zu einer hohen Qualität und erhöhten Sicherheit bei“ [15].

Kliniken, die ein solches Betreuungsmodell anbieten, sind somit auch insgesamt attraktiver für berufseinsteigende Hebammen, da dies eine individuelle, selbstständige und eigenverantwortliche Arbeit ermöglicht, die gleichzeitig aber auch von der engen Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen im Team profitiert. Somit ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Berufsständen der Hebammen und der Ärztinnen und Ärzte bei diesem Betreuungsmodell, anders als oft gedacht, einer der Grundpfeiler für einen funktionierenden Hebammenkreißsaal.

### Geschichtlicher Rückblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit

Bei einem Blick auf die Historie zeigt sich, dass genau diese Zusammenarbeit allerdings ein großes Konfliktpotenzial birgt und von vielen Vorhaltungen und Missverständnissen geprägt ist. Ab dem 18. Jahrhundert setzte nach und nach die Ablösung der traditionellen Entbindungskunst der Hebammen durch die männlich dominierte, akademisch verankerte Geburtshilfe und deren wissenschaftliche Methoden ein [16]. Diese wurde zu Beginn vordergründig durch alleinstehende, bedürftige Frauen in Anspruch genommen, welche in „Entbindungsanstalten“ zu Lehrzwecken kostenfrei betreut wurden, verdrängte aber mit der Zeit zunehmend die hebammengeleitete

Hausgeburtshilfe. Hierbei wurden die Kompetenzen der Hebammen ab dem 18. Jahrhundert immer stärker beschnitten, bis sich das Geburtsgeschehen im 20. Jahrhundert vordergründig auf die Krankenhäuser unter der „Verantwortungshoheit“ der Ärztinnen und Ärzte verlagerte [17].

In einer ergänzenden Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (HebRefG) [1] vom April 2019 heißt es, dass die Geburtsleitung in Geburtskliniken „durch eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen gekennzeichnet“ sei. Charakteristisch sei vor allem, „dass eine Hebamme eine Geburt während der gesamten Zeit, in der sich die gebärende Frau im Kreißsaal befindet, begleitet. [...] Demzufolge heißt es in dem geltenden Hebammengesetz vom 22.11.2019 [18], dass die Hebamme eine normale (physiologische) Geburt ebenso gut leiten kann wie ein Arzt, und damit Arzt und Hebamme bei ihrem Zusammenwirken gemeinsam den gebotenen fachärztlichen Standard einhalten können und müssen. Die Hebamme muss aufgrund ihrer Ausbildung befähigt sein, [...] regelwidrige Vorgänge zu erkennen. In einem solchen Falle endet ihre Alleinkompetenz; sie ist verpflichtet, einen Arzt herbeizurufen“ [19].

Da aber die Verantwortungshoheit im Kreißsaal häufig dem ärztlichen Personal obliegt, birgt das Ungleichgewicht der eigenverantwortlichen selbstständig tätigen Kompetenzbereiche der beiden beteiligten Professionen Potenzial für Unzufriedenheit und Frustration auf beiden Seiten. So wird die zurückhaltende, jedoch kompetente Anwesenheit der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen von den Hebammen häufig als angenehm und beruhigend, eine vorschnelle, übervorsichtige und pathologisierende

Einmischung hingehen als belastend und frustrierend empfunden.

### Entwicklung des maternalen und neonatalen Outcomes

Bei einem Blick auf das kindliche Outcome zeigt sich, laut dem Bericht „Das aktuelle kindliche Risiko“ des Springer-Verlags von Künzel [20], aufgrund vielfältiger organisatorischer Veränderungen (wie der Verlagerung der Geburtshilfe aus der Hausgeburts- hilfe in die Kliniken, die Entwicklung neuer perinataler kindlicher Überwachungsmethoden und die Verbesserung der neonatologischen Intensivversorgung) eine Senkung der perinatalen Morbidität von 25 Prozent (1954) auf etwa sieben Prozent (1989). Schaut man in Bezug auf das maternale Outcome zum Beispiel auf die Rate der Sectio caesarea, zeigte sich in einer bundesweiten Auswertung des Statistischen Bundesamts von 2021, dass in Deutschland 30,9 Prozent und somit doppelt so viele Frauen wie im Jahr 1991 (15,3 Prozent) per Sectio caesarea entbunden haben [21]. Doch die Senkung der Sectorate sollte nicht allein das Ziel sein. Eine große Querschnittsstudie aller US-Bundesstaaten von Clapp et al. von 2022 ergab, dass bei Schwangeren mit einem Niedrigrisikoprofil, eine Steigerung der Sectorate um ein Prozent die Morbidität der Neonaten senke (0,6 Prozent bei den schwerwiegenden und 2,3 Prozent bei den moderaten Schädigungen) [22]. Dies verdeutlicht, dass das richtige Maß an Interventionen für ein gutes kindliches und maternales Outcome entscheidend ist.

In einem Review von Betràn et al. kamen die Autoren zu dem Schluss, dass Maßnahmen, die positive menschliche Beziehungen in den Vordergrund stellen, eine respektvolle und kooperative multidisziplinäre Teamarbeit fördern. Und Maßnahmen, die sich mit den Überzeugungen und Einstellungen von Klinikern sowie mit der Angst der

Frauen vor Wehenschmerzen und schlechter Betreuungsqualität befassen, könnten wirksam dazu beitragen, unnötige Sectio caesareae zu reduzieren und physiologische Wehen und Geburten zu fördern. Die Autoren konnten zeigen, dass vor allem die Wehenbegleitung, die Kontinuität in der Betreuung durch die Hebammen, hebammengeleitete Betreuungsmodelle, eine gute präpartale Aufklärung der Schwangeren sowie eine regelmäßige Schulung des Personals und die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien kombiniert mit einer obligatorischen Zweitmeinung und rechtzeitigem Feedback an das weitere Personal [23], hierfür von entscheidender Bedeutung sind.

## „Eine interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation sollten zwischen den geburtshilflichen Professionen beiderseits auf Augenhöhe stattfinden.“

### Die Akademisierung des Hebammenberufes

Mit der Akademisierung des Hebammenberufes, welche seit 1. Januar 2020 nun auch in Deutschland gesetzlich verbindlich ist, wird auch die interprofessionelle Zusammenarbeit der einzelnen geburtshilflichen Professionen neu sortiert. Seitdem wird die praxisnahe, bedürfnisorientierte Arbeit mit den Schwangeren und Müttern vermehrt auf einem wissenschaftlich begründeten Fundament vermittelt. Hierdurch wird die Anerkennung des Berufes, aber auch die finanzielle Vergütung an die der anderen geburtshilflichen Professionen angepasst. Nicht zuletzt geht es, nach dem Hebammengesetz § 9 zum Hebammenstudium

und Vertrag zur akademischen Hebammenausbildung, aber auch um die zunehmende Vermittlung, „hochkomplexe Betreuungsprozesse einschließlich Maßnahmen zur Prävention, Gesundheitsförderung im Bereich der Hebammentätigkeit auf der Grundlage wissenschaftsbasierter und wissenschaftsorientierter Entscheidungen zu planen, zu steuern und zu gestalten“. Des Weiteren sollen die Studierenden befähigt werden, „sich kritisch-reflexiv und analytisch sowohl mit theoretischem als auch praktischem Wissen [auseinander zu setzen] und wissenschaftsbasiert innovative Lösungsansätze zur Verbesserung im eigenen beruflichen Handlungsfeld entwickeln und implementieren zu können“. Dazu gehört auch das Mitwirken an der Entwicklung von Qualitäts- und Risikomanagementkonzepten, sowie Leitlinien und Expertenstandards [24].

### Fazit

Nach und nach findet somit eine Umstrukturierung der Kompetenzbereiche der geburtshilflichen Professionen vor allem im Niedrigrisikokollektiv statt, sodass die Hebammen auch in den Kliniken zunehmend die Möglichkeit bekommen, eigenverantwortlich und selbstständig zu arbeiten. Allerdings sollte diese gleichberechtigte, auf wissenschaftlichen Grundlagen basierende, interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den geburtshilflichen Professionen beiderseits auf Augenhöhe stattfinden, sodass letztendlich das gesamte geburtshilfliche Team und die betreuten Frauen und Familien davon profitieren können. ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Korrespondierender Autor  
Prof. Dr. med. habil. Holger Stepan  
Universitätsklinikum Leipzig  
Abteilung Geburtsmedizin  
Liebigstraße 20a, 04103 Leipzig  
E-Mail: [holger.stepan@medizin.uni-leipzig](mailto:holger.stepan@medizin.uni-leipzig)

# Physician Assistant – Alternative zum Arzt?

E. Weiß<sup>1</sup>, J. Reinhold<sup>1</sup>

Ärztemangel – über dieses Problem wird in der Gesellschaft intensiv diskutiert. Nach Lösungsmöglichkeiten wird gesucht, sie werden in unterschiedlicher Weise präsentiert. Eine Variante besteht darin, mehr Ärzte auszubilden und diese in das System zu entsenden. Dabei gilt es, die Kosten von circa 200.000 Euro pro Medizinstudium zu bedenken. Ein völlig anderer Denkansatz ist, ob all das, was die Ärztinnen und Ärzte derzeit jeden Tag tun, sie auch wirklich selbst tun müssen. Diese Frage hatte zum Beispiel Dr. jur. Jörg Heberer, Justiziar des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie e. V. (BDC), im Jahr 2008 aufgeworfen, was zu niederschmetternder Kritik führte. Dabei kennen wir im Osten Deutschlands aus der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg den Arzthelfer und den Feldscher. In den USA führte man zur Lösung der medizinischen Versorgungskrise in den 1960er Jahren an der Duke University, Durham, North Carolina, die Ausbildung zum Physician Assistant ein. 1965 begannen vier Studenten mit ihrer Ausbildung. Andere Länder, wie Großbritannien oder die Niederlande, folgten diesem Beispiel.

Schon 2012 entstand im Vogtlandkreis die Idee, an der Staatlichen Berufsakademie in Plauen Physician Assistants auszubilden. 2015 startete dieser Studiengang. Gerade in den ländlichen Regionen Sachsens war früh absehbar, dass uns die Kombination von negativer Bevölkerungsentwicklung und Fachkräftemangel in ein Versorgungsdefizit bringt, dem wir neue Konzepte entgegensetzen müssen.

<sup>1</sup> Staatliche Studienakademie Plauen



Die Delegation von Aufgaben an nichtärztliches Personal kann Ärztinnen und Ärzte entlasten.

Ärztinnen und Ärzte haben in den letzten 20 Jahren auch Aufgaben übernommen, für die nicht zwingend ein Medizinstudium notwendig ist. Dazu kommt, dass die überbordende Bürokratie und eine zunehmende Misstrauenskultur der Krankenkassen zu einer extremen zeitlichen Belastung durch patientenferne Aufgaben führen. Beantwortet man die eingangs gestellte Frage, ob Ärztinnen und Ärzte wirklich all das tun müssen, was sie jeden Tag so tun, folgerichtig mit „Nein“, kommt man zwangsläufig dazu, zu überlegen, von welchen Tätigkeiten der Arzt und die Ärztin entlastet werden können. Und damit ist man beim Tätigkeitsprofil des Physician Assistant.

Die Ausübung von Heilkunde ist dem approbierten Arzt vorbehalten. Im Krankenhaus gilt dabei der sogenannte Facharztstandard, in der ambulanten Versorgung der Facharztstatus.

Der Gesetzgeber hat den Heilkundebegriff bisher nicht näher definiert. Grundsätzlich gilt für die Leistungserbringung der Arztvorbehalt, dabei können Aufgaben auch an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben seit vielen Jahren versucht, Kriterien für die Delegation ärztlicher Leistung zu definieren und die ärztlichen Kernkompetenzen zu beschreiben. Dies zuletzt in den „Positionen der Bundesärztekammer zu einer interdisziplinären und teamorientierten Patientenversorgung“ vom August 2021.

Außerhalb der Kernkompetenzen besteht jedoch prinzipiell die Möglichkeit, nichtärztlichem Personal Aufgaben zu übertragen, die bisher von Ärzten erledigt worden sind. Um welche es sich im Detail handelt, darum wird seit Jahren gerungen. Dabei gibt es Eckpfeiler, die juristisch festgelegt sind. Es besteht

eine Auswahlpflicht des Arztes: Er muss das Personal, an das er Aufgaben abgibt, sorgfältig auswählen und die Kenntnisse und Fertigkeiten überprüft haben. Diese sind selbstverständlich auch von der zugrundeliegenden Aus- und Weiterbildung abhängig, womit wir wieder beim Physician Assistant sind. Anschließend obliegt dem Arzt eine Anleitungspflicht und im Weiteren dann auch die Überwachungspflicht. Es besteht weitgehend Konsens darin, dass, wenn die Gefährdung des Patienten gering ist und die Tätigkeit ein hohes Maß an Routine aufweist, eine Übernahme durch zum Beispiel Physician Assistants möglich ist. Je größer die Komplexität der medizinischen Situation ist, die gelöst werden muss, umso mehr handelt es sich um eine Arztaufgabe.

Wenig bedeutsam ist dabei die Frage, ob übertragbare Leistungen in der Regelarbeitszeit oder im Bereitschaftsdienst erbracht werden. Entscheidend ist hierfür die Frage der Übertragbarkeit und nicht die Frage der Tageszeit ihrer Erbringung. Sicher ist es möglich, Dienstgruppen im Bereitschaftsdienst zu organisieren, in denen Physician Assistants tätig sind, also eine „Physician-Assistent-Dienstgruppe“.

Sinnvoll ist es, dass ein entsprechender Handlungsrahmen in der jeweiligen Einrichtung, sei es nun eine Praxis oder eine Klinik oder eine andere, sich neu entwickelnde Struktur, im Sinne einer Standardvorgehensweise (SOP = Standard Operating Procedure) erarbeitet und vorgegeben wird.

Im Alltag wird natürlich schon jetzt von der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten durchaus Gebrauch gemacht.

Bei der Auswahlpflicht kann der delegierende Arzt beziehungsweise die Ärztin auf die Kompetenzen, die während der Ausbildung als Physician Assistant erworben wurden, zurückgreifen.

Hier gibt es Parallelen zur Weiterbildungsordnung der Ärztekammern. Einfach gesagt bedeutet das, man darf als Facharzt das tun, was in der Weiterbildungsordnung steht, sofern man es kann. Bei den Physician Assistants gibt es ein ähnliches Dokument, das Modulhandbuch. In diesem Modulhandbuch ist festgelegt, welche Inhalte auf welchem Kompetenzniveau gelehrt und erlernt werden.

Es handelt sich dabei am Beispiel der Staatlichen Berufsakademie Plauen um medizinische Inhalte im Sinne der theoretischen Ausbildung einerseits, andererseits wird in Praxismodulen das

---

### „Leider gibt es bisher bundesweit keine Standards für eine Ausbildung als Physician Assistant.“

---

theoretisch Gelernte vervollkommen und geübt. Die Praxismodule sind Stationseinsatz, elektive Patientenaufnahme, Endoskopie und Funktionsdiagnostik, Notaufnahme und Operationsaal. Zusätzlich zu den medizinischen Inhalten werden noch ethische und juristische Grundlagen ärztlichen Handelns sowie betriebswirtschaftliche Inhalte vermittelt. Zu diesen gehören auch Ausbildungen im Projektmanagement, Casemanagement, Sozialkompetenz, Arbeitsorganisation und wissenschaftliches Arbeiten. Neu hinzugekommen ist die Beschäftigung mit neuen medizinischen Organisationsformen. Hier kommt es besonders darauf an, die Interessenslagen der im Gesundheitswesen Beteiligten zu sichten, zu bewerten und daraus Schlüsse zu ziehen, in welche Richtung sich das Gesundheitswesen entwickeln wird und welche Maßnahmen im Rahmen

dieser Entwicklung auf Gesundheitseinrichtungen zukommen. Gleichzeitig sollen dadurch neue Tätigkeitsfelder für Physician Assistants erarbeitet werden. Darin sehen wir ein erhebliches Potenzial für Physician Assistants, sich den ändernden strukturellen Verhältnissen im Gesundheitswesen anzupassen.

Sofern klar ist, dass die Ausbildungsinhalte vermittelt worden sind, muss noch der Einzelfall in Betracht gezogen werden. Hier ist es erforderlich, dass der individuelle Ausbildungsstand der Einzelperson, hier des Physician Assistant, die Übernahme dieser ärztlich übertragenen Tätigkeit zulässt. Andererseits muss der Patient ebenso dafür geeignet sein. Auch dieser Grundsatz ist für uns Ärzte nicht neu.

Wichtig ist dabei, dass die Qualität der Behandlung bei der Übertragung von Leistungen gesichert sein muss. Ein Risiko für den Patienten darf sich daraus nicht ergeben.

Bezüglich der Ausbildung vertritt die Bundesärztekammer eine klare Meinung. Der 120. Deutsche Ärztetag fasste 2017 den Beschluss, dass das Delegationsmodell „Physician Assistant“ unterstützt wird. Bezüglich der Ausbildung wurde im weiteren Verlauf präzisiert, dass der Deutsche Ärztetag ein grundständiges Studium, wo die zukünftigen Physician Assistants sofort nach Erwerb des Abiturs mit ihrem Studium beginnen, ablehnt, gefordert wird eine abgeschlossene Ausbildung in einem medizinischen Fachberuf und Berufserfahrung. Dieser Forderung wird zum Beispiel in der Berufsakademie Plauen Rechnung getragen.

Leider gibt es bisher bundesweit keine Standards für eine Ausbildung als Physician Assistant. Die derzeitige sehr unterschiedliche Ausbildung führt zu verschiedenen qualifizierten Physician Assistants, das Niveau ist deshalb sehr

unterschiedlich. Dabei muss die Forderung aufgestellt werden, dass dort, wo Physician Assistant „drauf steht“, auch Physician Assistant „drin ist“, und zwar in vorhersehbarer und nachvollziehbarer Art und Weise. Die herausgebildeten Kompetenzen, die sich aus Ausbildung-, Studien- und Prüfungsinhalten ergeben, müssen also demjenigen, der eine Aufgabe überträgt, bekannt sein.

Dieser Grundüberzeugung folgend stellt die Sächsische Weiterbildungsverordnung Arztassistent vom 11. August 2018 fest: „Die staatlich anerkannte Weiterbildungsbezeichnung zur Arztassistent (Physician Assistant) kann durch Abschluss eines akkreditierten und durch das Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst anerkannten Studiengangs an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule oder Berufsakademie erworben werden.“ Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen auf Physician Assistants übertragen, die in Sachsen ausgebildet wurden, können sich somit auf einen Basisstandard verlassen. Trotzdem sollten sie die vermittelten Ausbildungsinhalte kennen, um ihrer Auswahlpflicht nachzukommen und um einschätzen zu können, ob Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten eine Delegation von Leistungen unter den spezifischen Umständen des Patientenfalls möglich beziehungsweise welche Anleitung des jeweiligen Physician Assistants notwendig ist.

Interessant ist die Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte, die bereits mit Physician Assistants zusammenarbeiten, ein relativ breites Betätigungsfeld sehen. Bei manchen dieser Tätigkeitsfelder werden Zusatzausbildungen als sinnvoll angesehen. Auch dieser Problembereich ist bereits erkannt worden. Entsprechende Maßnahmen stehen vor der Realisierung.

Interessante Tätigkeitsfelder ergeben sich in den Notaufnahmen. Einige

Krankenhäuser haben hier Physician Assistants in größerem Stil eingesetzt. Aber auch andere Bereiche, in denen Krankheitsbilder in ähnlicher Weise und großer Zahl behandelt werden, eignen sich gut dafür. Einsatzgebiete könnten beispielsweise die Sonografie, die Wundbehandlung und vielleicht auch die Endoskopie sein. Hier wird auch gleich klar, dass die Sektorengrenzen nicht als Grenzen für den Einsatz von Physician Assistants angesehen werden müssen. Auf Krankenhaus-Stationen können Physician Assistants stabilisierend wirken, in der Regel, in dem sie die Visiten organisatorisch begleiten. Das erhöht nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Ärzte, sondern verbessert nachgewiesenermaßen die Patientenzufriedenheit. Und nicht zuletzt profitieren davon das Controlling und die Abrechnungsabteilung. Nicht nur deshalb textete die Ärzte Zeitung online am 4. Januar 2019 über Assistenzberufe die Schlagzeile: „Physician Assistant unter den Trendberufen 2019.“ Aber auch im Management sind aufgrund der Verbindungen zwischen Medizin und Betriebswirtschaft Physician Assistants besonders geeignet, Aufgaben zu übernehmen. Aufgrund der sehr weitgefächerten Ausbildung eignet sich der Physician Assistant ganz besonders als „Brückenbauer“. Die zunehmende Spezialisierung auf der Basis einer ständigen Wissenszunahme führt dazu, dass es immer schwerer werden wird, dass medizinische Experten die betriebswirtschaftlichen Eckdaten im Auge behalten können. Hier ist der Physician Assistant in der Lage, als „Übersetzer“ zu dienen. Darüber hinaus kann er am besten den Patientenpfad ressourcenschonend und patientenorientiert gemeinsam mit den behandelnden medizinischen Experten festlegen und begleiten.

Der Physician Assistant kann also viel mehr, als nur Helfer des Arztes bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu sein. Er

kann die notwendige enge Kooperation zwischen Ärzten, Gesundheitseinrichtungen, unterschiedlicher Aufgabenstellung und unterschiedlicher Spezialisierungsgrade prinzipiell organisieren und im Einzelfall herstellen. Außerdem ist er in der Lage, als Bindeglied zwischen betriebswirtschaftlicher Führung und Management der Gesundheitseinrichtungen und den Leistungserbringern zu fungieren und diese aufgrund seiner breit gefächerten Sachkenntnis nach außen zu vertreten. Enge Kooperation, intensiver Informationsaustausch und zielgerichtete Abstimmung basierend auf allseits verständlicher Kommunikation zwischen Spezialisten der Fachgebiete, der Krankenhausführung und dem Patienten mit seinen Angehörigen werden für ein funktionierendes Gesundheitswesen zwangsläufig an Bedeutung gewinnen. Für dieses Betätigungsfeld besitzt der Physician Assistant beste Voraussetzungen.

Grundlage dafür ist eine aktive Begleitung durch die Ärzteschaft, weshalb im Studiengang Physician Assistant in Plauen von Anfang an die Sächsische Landesärztekammer mit involviert war. Sowohl bei der Erstellung der Modulhandbücher als auch bei der Gestaltung und Durchführung der Prüfungen stand der Berufsakademie Plauen ärztlicher Sachverstand von Seiten der Landesärztekammer zur Verfügung. An dieser Stelle herzlichen Dank an Dr. med. Thomas Brockow, der uns gerade in den Jahren des Aufbaus mit seiner Expertise und vor allem seinem Engagement für die Sache sehr geholfen hat. ■

Korrespondierender Autor  
Prof. Dr. med. Ehrhardt Weiß  
Staatliche Studienakademie Plauen  
Schloßberg 1, 08523 Plauen

**BA** BERUFSAKADEMIE SACHSEN  
UNIVERSITY OF COOPERATIVE EDUCATION



# Die Stärkung interprofessioneller Kompetenzen an der Hochschulmedizin Dresden

## Carus Lehrzentrum „CarL“

D. Pretze

### Gesetzliche Grundlage

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte im Jahr 2021 einen globalen Aktionsplan für die Patientensicherheit 2021 – 2030, um Programme, Strategien und Maßnahmen voranzutreiben, die alle Ursachen vermeidbarer Risiken und Schäden für Patientinnen und Patienten und Beschäftigte im Gesundheitswesen beseitigen sollen. Darin zeigt sich, dass neue innovative Ansätze, einschließlich interprofessioneller und multidisziplinärer Ansätze, erforderlich sind, damit Aus-, Fort- und Weiterbildung die Rolle spielen können, die sie bei der Verbesserung der Patientensicherheit haben sollten. Organisationen und Regierungen werden unter anderem in einem Ziel dazu aufgefordert, die Patientensicherheit in die Aus-, Fort- und Weiterbildungs-Curricula der Gesundheitsfach- und Heilberufe mit Schwerpunktsetzung auf interprofessionellem Lernen einzubeziehen [1].

Mit dem aktuellen Referentenentwurf der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) wurde dem Rechnung getragen [2]. Es sollen wissenschaftlich und praktisch ausgebildete Ärztinnen und Ärzte zur interprofessionellen Zusammenarbeit befähigt werden, indem die dazu notwendigen Kompetenzen im Studium und Ausbildung gestärkt werden. Neben ärztlicher Gesprächsführung und medizinisch-wissenschaftlichen Kompetenzen stellen die interprofessionellen Kompetenzen eine der wichtigsten Säulen dar, die longitudinal über das gesamte Curriculum integriert werden sollen. Themen wie Teamarbeit

in unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen auf der Grundlage gegenseitigen Respekts und gemeinsamer Werte, Rolle der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen für die Gesundheit der Bevölkerung und die Patientenversorgung, Auswirkung der Teamarbeit auf Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation, Kommunikation in einem Team mit unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen zur Optimierung der Versorgungsqualität, strukturierte Übergaben und Beitrag der interprofessionellen Zusammenarbeit zur Patientensicherheit sollen Grundlage der Prüfungen sein.

### Was bisher geschah

2019 wurde an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus das Carus Lehrzentrum („CarL“) gegründet, welches unmittelbar die Studiendekane bezüglich der Entwicklung und Ausgestaltung der Lehre unterstützt. Es versteht sich als gemeinsame Struktur der

Hochschulmedizin Dresden in dem Sinne, als dass Ziele und Aktivitäten eng zwischen der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsklinikum abgestimmt werden. Dazu wird ein enger Austausch mit der Medizinischen Berufsfachschule und dem Fort- und Weiterbildungszentrum „Carus Akademie“ gelebt und gemeinsame Lehrprojekte initiiert.

Im von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Projekt „Carus Interprofessionell“ konnten im Förderzeitraum von September 2018 bis September 2021 an der Medizinischen Fakultät Dresden, koordiniert durch das Medizinische Interprofessionelle Trainingszentrum (MITZ), zwei interprofessionelle Lernstränge implementiert werden, die sich longitudinal durch Studium und Ausbildung ziehen (Abb. 1).

Bereits 2021 veröffentlichte die Hochschulmedizin Dresden einen Artikel

## Interprofessionelle Lernstränge im Medizinstudium Dresden

Lernstrang: Interprofessionelle Skills

(Teilnehmende: Medizinstudierende & Auszubildende der Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege)

Lernstrang: Arthrose

(Teilnehmende: Medizinstudierende & Auszubildende der Physiotherapie)

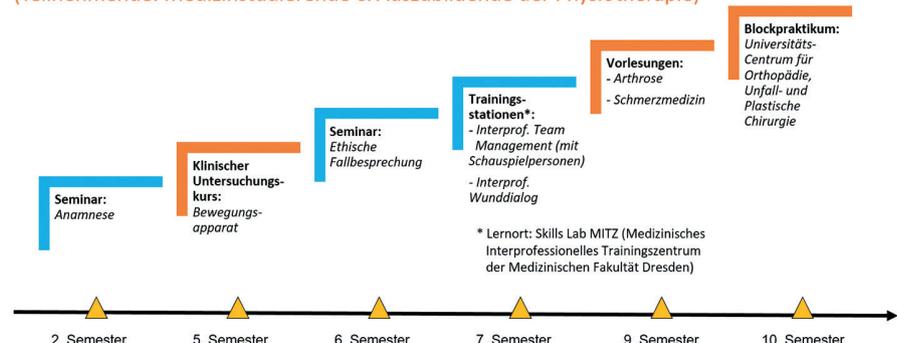


Abb. 1: Lernstränge des interprofessionellen Lehrkonzeptes „Carus Interprofessionell“



Abb. 2: Interprofessionelle Zusammenarbeit an einer Trainingsstation

über die bisher etablierte interprofessionelle Ausbildung an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus und dem Universitätsklinikum in Dresden. Als Fazit wünschten sich die meisten Studierenden und Auszubildenden mehr interprofessionelle Lehrveranstaltungen und schätzten den Austausch mit der anderen Profession. Allerdings fehlte es bis dato trotz der perspektivischen Verbindlichkeit an einer curricularen Einbindung interprofessioneller Lehre, was ab 2027, gemäß dem jetzigen Referentenentwurf der neuen ÄApprO verbindlicher Teil des Curriculums sein wird.

Im Wintersemester 2020/2021 startete erstmals der Modellstudiengang MEDiC „Ärztinnen und Ärzte für den Freistaat Sachsen“, welcher durch das Bundesministerium für Gesundheit und den Freistaat Sachsen gefördert wird. Der Modellstudiengang setzt klare Schwerpunkte unter anderem in der Ausbildung versorgungsorientierter Forschung, in der frühzeitigen Verzahnung von Vorklinik und Klinik sowie in der Kompetenzentwicklung in der ländlichen vernetzten Versorgung. Dabei werden Lehr- und Lernmethoden angewandt, die gezielt das kritische und kreative Denken fördern, Grenzen zwischen Fachdisziplinen aufbrechen und interprofessionelle Ansätze stärken. Bereits zu Beginn des Studiums arbeiten die Studierenden mit den unter-

schiedlichen Akteuren des Gesundheitssystems zusammen und erwerben Kompetenzen des interprofessionellen Arbeitens. Ein integratives teambasiertes Lernen soll ein effektives Studium ermöglichen und eine Plattform für Kooperationen in der Lehre und in der Medizin sowie die Etablierung interprofessioneller Versorgungsnetzwerke schaffen. Um die longitudinale Kompetenzbildung unter Anwendung innovativer teambasierter kollaborativer Lernformen zu fördern und damit die medizinische Lehre am

**„Ein integratives teambasiertes Lernen soll ein effektives Studium ermöglichen und eine Plattform für Kooperationen in der Lehre und in der Medizin sowie die Etablierung interprofessioneller Versorgungsnetzwerke schaffen.“**

Campus Chemnitz didaktisch zu stärken, wurde bereits in der Konzeptionierung eine Professur für Medizindidaktik gefordert [3].

#### Ausblick

Um sowohl die Lehrenden im Modellstudiengang MEDiC in der interprofessionellen, longitudinalen Kompetenzvermittlung zu unterstützen als auch die Ergebnisse auf den Regelstudiengang zur Umsetzung der neuen ÄApprO 2027 zu transferieren, wird dieses Jahr eine W2-Professur (mit Tenure Track auf W3) für Medizindidaktik mit Schwerpunkt interprofessionelle/interdisziplinäre Ausbildung und Kommunikation besetzt sowie in Kürze ein Institut für Didaktik und Lehrforschung in der Medizin gegründet.

Die Professur verfolgt den Ansatz, die Studiengänge Medizin/Humanmedizin und Zahnmedizin mit anderen an unserer Fakultät etablierten oder geplanten Studiengängen im Sinne interprofessioneller und interdisziplinärer Lehrkonzepte zu verbinden. In diesen Kontext sollen auch die mit der Medizinischen Fakultät beziehungsweise dem Universitätsklinikum Dresden verknüpften medizinischen Ausbildungsgänge eingebunden werden. Von besonderer Bedeutung ist dabei die nachhaltige Weiterentwicklung des Modellstudienganges MEDiC. Alle Studiengänge der Medizinischen Fakultät sollen didaktisch-wissenschaftlich begleitet werden, wobei der Modellstudiengang MEDiC eine besondere Rolle spielt. Des Weiteren soll die Fakultät bei der (Weiter-)Entwicklung und Implementierung neuer Lehr- und Prüfungsformate, unter anderem im Hinblick auf die Umsetzung neuer Approbationsordnungen unterstützt werden. Eine enge Verzahnung der Professur mit dem Carus Lehrzentrum ist geplant, vor allem in der Konzeption, Durchführung und Leitung von Projekten unter anderem mit dem Fokus interprofessioneller/interdisziplinärer Themen.

Dies ermöglicht der Hochschulmedizin Dresden, eine strukturierte, curricular verankerte interprofessionelle Ausbildung der Studierenden mit Beginn des Studiums, sowohl im Regel- als auch im Modellstudiengang zeitnah umzusetzen. ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Dr. Doreen Pretze  
Wissenschaftliche Koordinatorin  
Carus Lehrzentrum „Carl“  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus  
Technische Universität Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
E-Mail: [carl@tu-dresden.de](mailto:carl@tu-dresden.de)

# 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 Überweisungsdiagnose 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 Pflgetheorien 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 Pflgetheoretikerin 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?**

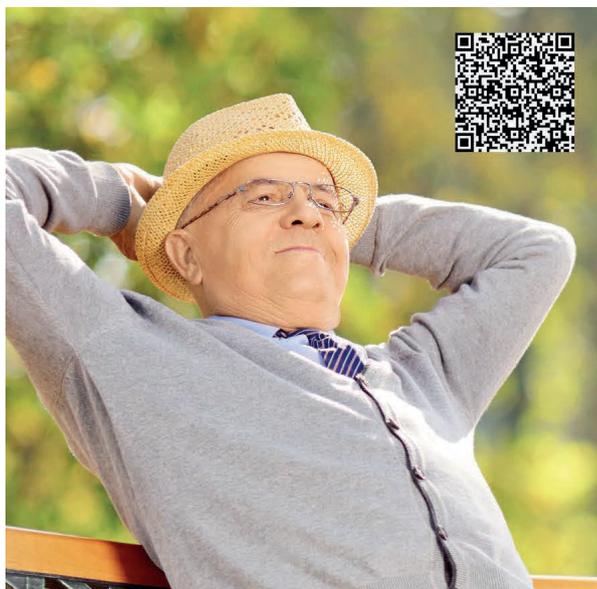
Wie bereits erwähnt, halte ich gemeinsame Fortbildungen für sehr wichtig, um den Blick für die jeweils andere Pro-

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

# Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Politik

„Interprofessionelle Zusammenarbeit muss Teil der Ausbildung werden“



Susanne Schaper, MdL, Vorsitzende des Ausschusses für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt

## Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit?

Für mich besteht interprofessionelle Zusammenarbeit in einer engen Kooperation und Kommunikation zwischen den Fachkräften der verschiedenen Berufsgruppen – also zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal, therapeutischem Personal oder auch der Sozialarbeit. Multidisziplinäre Teams sind ein wichtiges Beispiel, weil alle ihre spezifische Fachkenntnis einbringen. Durch regelmäßige Fallbesprechungen und Teammeetings können ganzheitliche Behandlungspläne erstellt werden, von denen die Patientinnen und Patienten profitieren. Das Ziel lautet an erster Stelle, bestmöglich zu versorgen. Aus diesem Grund ist eine umfassende und koordinierte Versorgung ein wichtiger Faktor für die schnelle Genesung.

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

Die Hauptaufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist das Stellen von Diagnosen

und die damit verbundene Entscheidung über Behandlung, Therapiepläne und Medikamentengabe. Auch wenn heute immer mehr künstliche Intelligenz im Bereich der Medizin eingesetzt wird, kann diese die Diagnosestellung zwar unterstützen, aber nicht ersetzen. Die Entscheidung muss immer in der Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes liegen.

## Wie stehen Sie zur Akademisierung der verschiedenen Berufsstände?

Ich sehe die Akademisierung geeigneter medizinischer Tätigkeiten und im Bereich von Management und Forschung durchaus positiv, schon um die wachsende Komplexität der Aufgaben in den Griff zu bekommen. Jedoch müssen die Rahmenbedingungen vorher geklärt werden: Gibt es ausreichend viele Studienplätze und genug Lehrpersonal? Ist ein Studium auch berufsbegleitend möglich? Viele Beschäftigte haben schließlich schon eine erfolgreiche Berufsausbildung absolviert. Außerdem ist es wichtig, die Einsatzgebiete und die Aufstiegschancen ordentlich zu regeln. Das gilt auch für die Finanzierung und Vergütung.

## Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit von Ärzten und den anderen Gesundheitsfachberufen zukünftig vor?

Wir müssen noch sehr viel tun, um die ambulante und die stationäre Versorgung weiter zu verzahnen. Hier ist auch die Politik in der Pflicht. Sie muss über Strukturen neu diskutieren, alle Säulen des Gesundheitssystems als Ganzes sehen und bewerten, um richtige Schlussfolgerungen ziehen zu können. Der Prozess muss transparent und unter Einbeziehung aller Beteiligten stattfinden.

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

Es ist wichtig, die gesellschaftlichen Voraussetzungen für interprofessionelle Zusammenarbeit zu schaffen. Die Abwanderung aus dem ländlichen Raum betrifft auch das medizinische Personal, gleichzeitig wächst dort wegen der Alterung der Beratungs- und Behandlungsbedarf. Es müssen also flächendeckend gute Lebensbedingungen her. Zusätzlich muss interprofessionelle Zusammenarbeit auch Teil der Ausbildung werden, um ein Verständnis für die unterschiedlichen Rollen und Fachge-

### Zur Person:

- geboren 1978 in Karl-Marx-Stadt
- verheiratet, 3 Kinder
- Examierte Krankenschwester, Diplom-Pflegewirtin (FH)
- seit 2014 Mitglied des Sächsischen Landtages, Fraktion DIE LINKE, Vorsitzende des Ausschusses für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt

### Ehrenämter u.a.:

- Stadträtin Chemnitz seit 2009 (seit 2014 Fraktionsvorsitzende)
- Seit 1994 Mitglied der PDS, jetzt DIE LINKE, seit 2019 Landesvorsitzende DIE LINKE.Sachsen
- Vorstandsmitglied Deutsch-vietnamesische Medizingesellschaft DEVIEMED
- Vorsitz des ambulanten Hospizdienstes DOMUS e.V.

biere zu schaffen. Außerdem ist ein genauer Rahmen für die Zusammenarbeit wichtig. Dazu gehören klare Verantwortlichkeiten für die Berufsgruppen, eine offene und respektvolle Kommu-

nikationskultur sowie regelmäßige Evaluierung. Natürlich sind auch die Finanzierung und die rechtlichen Rahmenbedingungen zu klären. Für den Erfolg einer interprofessionellen Zusammen-

arbeit müssen zudem Bürokratie abgebaut und klare unterstützende Organisationsstrukturen aufgebaut werden. ■

## Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Patientensicht

„Die Gesundheitsversorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“



Horst Wehner, Landesverbandsvorsitzender Sozialverband VdK Sachsen e. V., Koordinator Patientenbeteiligung (§140 f SGB V) im Freistaat Sachsen

Im Sozialverband VdK Sachsen e. V., dem ich als Landesvorsitzender ehrenamtlich vorstehen darf, sind wir uns einig in der Auffassung, dass wir in Deutschland ein Gesundheitssystem brauchen, das sich am Bedarf der Menschen an Behandlungen orientiert und nicht am auszuschüttenden Gewinn. Wir brauchen regelmäßig eine gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auf hohem medizinischen Niveau sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Insofern müssen alle Patientinnen und Patienten Zugang zu einer sicheren und qualitativ hochwertigen gesund-

heitlichen Versorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich haben.

Ich finde es großartig, dass alle in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten, wie Psychologen, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und selbstverständlich natürlich auch Ärzte schon geraume Zeit und bis jetzt hervorragende Arbeit leisten.

Allerdings verlief die gesundheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten nicht immer effektiv und unter den gesundheitlichen Professionen abgestimmt, was manchmal zu Lasten der gesundheitlichen Betreuung einerseits und zu höheren Kosten in der gesundheitlichen Versorgung führte.

Seit vielen Jahren wird in Deutschland immer wieder über die Optimierung der Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitssystem gesprochen. Auch jetzt wieder. Es braucht Veränderungen, gerade mit Blick auf den bestehenden Fachkräftemangel und der demografischen Entwicklung.

Zum Wohle der Patientinnen und Patienten braucht es ein noch besseres Miteinander unter den gesundheitlichen Berufen. Ganz klar möchte ich aber als Vertreter der Interessen der

Patientinnen und Patienten die Einlassung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, unterstützen, dass Tätigkeiten, für die spezifische ärztliche Fachkenntnisse und Erfahrungen erforderlich seien, auch weiterhin den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleiben müssen.

Der größte Nutzen für die Patientinnen und Patienten ist, dass sie eine umfassende persönliche Betreuung erhalten und diese auch so wahrnehmen.

Es erscheint mir hierbei wichtig, dass die Patientinnen und Patienten regelmäßig in die Erfordernisse und Maßnahmen zu ihrer gesundheitlichen Betreuung eingebunden sind und sie über die einzelnen Schritte informiert werden.

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die beteiligten Leistungserbringer und Leistungsträger erfolgt noch zu unkoordiniert, nicht ausreichend genug mit dem Leistungsberechtigten abgestimmt.

Wir müssen weg kommen von der Entscheidung über sie/ihn zur abgestimmten Entscheidung mit allen Beteiligten.

Also ich halte es für elementar, wenn die Patientensicht in den Versorgungsprozess stärker einbezogen wird, für

Patientinnen und Patienten mit körperlichen, geistigen, seelischen und/oder Sinnesbeeinträchtigungen ist dies von besonderer Bedeutung. Hierzu hat es entsprechende Ausführungen im Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gegeben.

Nicht nur aus der Vereinsarbeit oder der Selbsthilfegruppentätigkeit oder der Arbeit als Koordinator der Patientenbeteiligung im Sinne des § 140 f SGB V ist mir bekannt: die Grundlage für eine gute Compliance ist die Information. Nur wer seine Risiken kennt, nur wer die Zusammenhänge versteht, ist motiviert, seinen Therapieplan auch einzuhalten.

Und auch hier ist elementar: Erster Ansprechpartner ist und bleibt für die Patientin, für den Patienten das ärztliche Fachpersonal (und bei Medikamenten ganz bestimmt auch die Apotheke des Vertrauens).

In der gesundheitlichen Versorgung der Menschen ist es im 21. Jahrhundert auch endlich an der Zeit, dass alle Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind, dass es also insoweit keine Benachteiligungen mehr für Menschen mit körperlichen, geistigen, seelischen oder/und Sinnesbeeinträchtigungen gibt.

So finden Frauen mit körperlichen Einschränkungen kaum für sie geeignete Praxen, wenn empfohlene Untersuchungen zu absolvieren sind.

Auch stationäre Einrichtungen geben vor, barrierefrei zu sein, was für die öffentlich zugänglichen Räume insoweit auch zutrifft, ab bei Patientenzimmern eben oftmals nicht. Selbst wenn auf Stationen Bäder vorhanden sind, die quasi von in der Bewegung eingeschränkten Personen oder Rollstuhlfahrern genutzt werden könnten, ist dies nur schwerlich möglich, weil diese zu Lagern oder Abstellräumen „umfunktioniert“ sind.

Hörbehinderte, vor allem gehörlose Menschen, haben es besonders schwer, da es in den Einrichtungen kaum jemanden gibt, der die Gebärdensprache beherrscht – und es fehlt an finanziellen Mitteln für Gebärdensprachdolmetscher, weswegen sie nicht ausreichend kommunizieren können. Menschen mit

geistigen Einschränkungen oder Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sehen sich in der Behandlung gleichermaßen oftmals missverstanden.

Würde es ein besseres Miteinander zwischen den Vertretern der Gesundheitsberufe, dem Verwaltungspersonal und den Patientinnen und Patienten geben, könnte hier wahrscheinlich schnell eine Verbesserung erreicht werden.

Abschließend möchte ich dem Redaktionsteam des „Ärzteblatt Sachsen“, auch im Namen meines Verbandes und im Namen des Koordinierungsausschusses Patientenbeteiligung im Freistaat Sachsen, für die Gelegenheit danken, mich zu diesem aktuellen Thema in der Gesundheitsversorgung äußern zu dürfen. ■

#### Zur Person:

- geboren 1952 in Pulsnitz
- verheiratet, 1 Kind
- Geschäftsführer des Sozialverbands VdK Sachsen e. V. von 2003 bis 2011
- 2004 – 2019 Mitglied des Sächsischen Landtages, hierbei von 2004 bis 2009 Vorsitzender des Landtags-Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Familie, Frauen und Jugend sowie von 2009 bis 2019 Vizepräsident des Sächsischen Landtages
- 2021 erhielt er die Sächsische Verfassungsmedaille für sein langjähriges und herausragendes Engagement für Menschen mit Behinderungen

#### Ehrenamt:

- seit 2011 Landesverbandsvorsitzender des Sozialverbands VdK Sachsen e. V. sowie auch Vorsitzender des VdK-Kreisverbands Chemnitz und für den Verband auch als Vorsitzender des Koordinierungsausschusses für die Patientenbeteiligung im Freistaat Sachsen gemäß § 140 f SGB V tätig
- 2002 – 2018 Mitglied des Landesvorstandes im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Sachsen, und von 2014 bis 2018 dessen Landesvorsitzender
- Ehrenmitglied des Sächsischen Chorverbandes e. V.

# Interprofessionelles Arbeiten in verschiedenen Systemen

## Erfahrungen auf dem Weg zum Fachphysiotherapeuten für psychosoziale Medizin

### Der Weg zum staatlichen Fachschulabschluss als Physiotherapeutin 1970

Das Abi-Zeugnis erhielt ich 1961 in Stollberg/Erzgebirge. Das schon geplante Praktikum in einer Arztpraxis begann wenige Wochen später in einer neuen Realität mit einer Mauer durch Deutschland! Ich gab nach dem Praktikum meinen Medizinstudienplatz in Leipzig zugunsten einer Berufsausbildung ab. 1963 erhielt ich das Abschlusszeugnis als ärztlich geprüfte Kosmetikerin in der Charlotte Meentzen-Schule Dresden. Durch diese Ausbildungsgrundlagen zur Körper- und Gesichtspflege mit wissenschaftlichem Blick auf Ernährung und Produktqualität der Cremes und Essenzen und eine Spezial-Meentzen-Gesichtsmassage gewann ich viel Erfahrung. Auch lernte

ich von den vorwiegend weiblichen Kunden manches über Zufriedenheit oder Ablehnung des eigenen Aussehens und des Körpers, was mich von Anfang an sensibilisierte für Körperlich-Seelisches im Ganzen.

Ein Lehramtsstudium Deutsch/Musik in Zwickau musste ich nach einer OP abbrechen – die pädagogisch-didaktischen Grundlagen professioneller Rhetorik nahm ich gern mit! Von 1967 bis 1970 absolvierte ich in Zwickau an der Medizinischen Berufsfachschule des Heinrich-Braun-Krankenhauses das Fachschulstudium Physiotherapie.

In meinem nicht geradlinigen Berufsweg hatte ich das Glück, außerordentlich vielseitige berufliche Begegnungen mit Fachpersönlichkeiten zu erleben,

welche auf physiotherapeutische Entwicklungen oft maßgeblichen Einfluss hatten, schon in der Zwickauer Ausbildung durch interessante Anatomie- und Physiologievorlesungen. Unsere freiberufliche Lehrerin in Grundgymnastik, Edith Schulz-Fickert, kam von ihrer Ausbildung als Tanzpädagogin aus der Hellerauer Tanzszene der Menzler-Marsmann-Schule und hatte auch Kurse bei Mary Wigman erlebt. Wir Physiotherapie-Studenten profitierten von ihren Lehrinhalten zwischen Tanz- und Bewegungskultur und orthopädisch korrekten Gelenk- und Wirbelsäulenbewegungen. Mit der Erarbeitung von Kinderturnstunden waren wir bei ihr hoch gefordert und haben in der Reflexion darüber grundlegendes Wissen zur ganzheitlichen Körperarbeit erworben.

## Erste praktische Tätigkeitsfelder im stationären und Poliklinik-Bereich

Im Krankenhaus St. Joseph-Stift in Dresden durfte ich ab 1970 dort als erste Physiotherapeutin die Abteilung aufbauen. Bei der operativen Nachsorge in der Chirurgie und Gynäkologie hatte ich im ärztlichen Team unter Dr. med. Winfried Klug und mit den Ordensschwestern die gemeinsame dienende Fürsorge für den kranken Menschen als beispielhafte Anleitung dazu täglich vor mir.

Und ich übte mich in der physiotherapeutischen Basistechnik der Atemstoffwechsellungsgymnastik: täglich bei den Frischoperierten die Antithromboseprophylaxe durch Schnellkraftübungen der kleinen Gelenke und Atmung: „und hopp und hopp und kreisen.....!“ Dieses klare „Übungskommando“ darf in der Physiotherapie – anders als in der Psychotherapie – gern sein. Einfühlungsvermögen und professionelle Fachlichkeit im stationären Setting lagen in dieser ersten Arbeitsstelle dicht nebeneinander.

Seit 1972 in der Poliklinik der Medizinischen Akademie Dresden konnte ich Physiotherapie im besten Zusammenwirken zwischen dem Lehrstuhl für Physiotherapie unter Leitung von Prof. Dr. med. Herbert Edel und der kreativen Physiotherapeutin Katharina Knauth als meine Leiterin kennenlernen. Interessiert an wissenschaftlicher Arbeit zwischen Knauth und Edel profitierten wir als Mitarbeiterinnen von den Standardwerken der Physiotherapie, wie auch von den gemeinsamen Arbeitsbesprechungen mit den Teams der Medizinischen Klinik und Poliklinik. Auch Katharina Knauths besonderes Lieblingsfach, die Ausdrucksgymnastik, ist uns sehr vermittelt worden. Sie empfahl mich 1972 zur Delegation für die Fachphysiotherapeutenausbildung zur Prophylaxe und Physiotherapie bei



Abschluss und Zeugnisübergabe des Ausbildungsganges „Fachphysiotherapeut für psychosoziale Medizin“, April 2010 in Dresden

funktionellen Störungen und psychischen Erkrankungen.

## Das Zentralinstitut zur Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte der DDR in Potsdam

1964 wurde in Potsdam das Zentralinstitut zur Weiterbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte gegründet. Den Physiotherapiebereich leitete die Physiotherapeutin und Diplom-Medizinpädagogin Brigitte Zeibig. Bis dahin galt Krankengymnastik als „bürgerlicher Beruf“ und wurde mit ideologischer Reserviertheit gegenüber der Berufsbildung im Westen behandelt. Mit der Institutsgründung und der Umbenennung des Berufsbildes „Physiotherapie“ entwickelte sich ein wissenschaftlich anerkanntes Niveau. Im Ministerium für Gesundheit in direkter Unterordnung verbunden waren die Physiotherapeuten in Arbeitsgemeinschaften der Ärztlichen Fachgesellschaften integriert und als außerordentliche Mitglieder auch in den Vorständen vertreten, zum Beispiel in den Ärztlichen Gesellschaften für Orthopädie, Physiotherapie und Psychotherapie. 1986 gründeten wir in der Sektion Autogenes Training und Hypnose unter Vorsitz von Dr. med. Gerhard di Pol eine eigenständige Arbeitsgemeinschaft Konzentrierte Entspannung (KoE).

Die dritte und letzte Arbeitstagung dieser Arbeitsgemeinschaft fand in der Physiotherapieabteilung des Volkseilbades Bad Berka vom 9. bis 11. November 1989 statt. Nachts öffnete sich dann so ganz unerwartet in der Nähe die Grenze!

Ein gemeinsames Konzept für den Einsatz der KoE in der Prävention war schon erarbeitet, aber die Ärztlichen Fachgesellschaften lösten sich nun langsam auf. Die fachliche Nähe und die Ausgestaltung gemeinsamer Kongresse waren jedoch durch die Fachgesellschaften auch über die Wende hinweg selbstverständlich.

## Ausbildungsinhalte des Fachphysiotherapeuten zur Prophylaxe und Physiotherapie funktioneller Störungen und Neurosen

Dem fachtheoretischen Unterricht zu Psychotherapie, Spezieller Psychologie, Einzel- und Gruppenverfahren und so weiter schlossen sich die Praxisfächer der Bewegungstherapie, Musiktherapie und Gestaltung sowie Entspannung an, insgesamt etwa 500 Stunden. An der Abteilung für Psychotherapie und Neurosenforschung der Leipziger Universität entstand unter Leitung der Psychiaterin Prof. Dr. med. Christa Kohler im Team mit dem Psychologen Dr. Hermann F. Böttcher und dem Musikthe-

rapeuten Dr. phil. Christoph Schwabe das Konzept der Kommunikativen Psychotherapie. Folgende körperorientierte Methoden wurden von der Physiotherapeutin Anita Kiesel im Rahmen dieses Gesamtkonzeptes entwickelt:

- die Konzentrierte Entspannung (KoE) als übendes Relaxationsverfahren, was es bisher für Physiotherapeuten nicht gab und mit dem autogenen Training nur von Psychologen beziehungsweise Ärzten durchgeführt wurde,
- die Schwunggymnastik als Wirbelsäulengymnastik mit Musik zum Anleiten für Patienten und deren selbstständige Durchführung,
- die Kommunikative Bewegungstherapie als Gruppenarbeit mit vertrauensbildenden oder konfliktlösenden Übungselementen und -zielen

Selbstreflexion und Gruppengespräche der Psychotherapeuten griffen das von den Patienten in der Körperarbeit Erlebte auf. Damit blieb die fachliche Verantwortung beim Psychotherapeuten. Das Konzept für die Fachphysiotherapeutenausbildung wurde am Zentralinstitut übernommen und als staatlich anerkannte handlungsorientierte Physio-Brücke in dieser Form bis zur Wende umgesetzt. In den Bezirksakademien für Gesundheits- und Sozialwesen wurden die begrenzten Plätze innerhalb der DDR verteilt. Die Ausbildung war kostenfrei. Nach bestandener Prüfung gab es einen kleinen Gehaltszuschlag.

### Die Weiterverbreitung der Konzentrierten Entspannung (KoE) als Autodidaktin in der Lehre

Um 1980 bestand großes Interesse der Radebeuler Kinderpsychologen, gemeinsam die Konzentrierte Entspannung zu erlernen. Anita Kiesel übergab mir diese Aufgabe, und ich mühte mich autodidaktisch, Lehrtätigkeit für die

Vermittlung der KoE zu übernehmen und das Ganze zu verstehen, wobei mir die Fortbildung in intendierter dynamischer Gruppenpsychotherapie sehr half. Das Interesse an Konzentrierter Entspannung wuchs schnell, bald waren jährlich mindestens zwei Kurse ausgebucht.

Die Grundkurse zum Selbsterleben der Methode waren getrennt für Physiotherapeuten und Ärzte/Psychologen. Berufsübergreifend fanden dann die Aufbaukurse mit kollegialer Reflexion statt.

Mit Gründung des Sächsischen Weiterbildungskreises (SWK) unter Prof. Dr. med. Michael Geyer bin ich nach der Wende von Anfang an als Dozentin für die KoE tätig geworden. Er setzte sich dafür ein, dass dieses Relaxationsverfahren in der sächsischen Weiterbildungsordnung der Ärzte Anerkennung fand. Mit Gründung des Dresdner Instituts für Psychodynamische Psychotherapie (DIPP) gibt es diese Fortbildung bis heute.

### Übergänge 1989 – 1992 und hoffnungsvoller Wandel

Der Tod von Brigitte Zeibig 1988, unserer hochanerkannten und diplomatisch sensiblen Fachvertretung, erschütterte unsere Berufsgruppe. Ab April 1989 konnte ich meine Erfahrungen einbringen, zum Beispiel die Selbsterfahrung in psychodynamischer Gruppenpsychotherapie und klientenzentrierter Gesprächsführung, und als Ausbildungsinhalte aufnehmen. Durch die nachfolgenden Auflösungserscheinungen der DDR gab es dazu dann keine ergebnisorientierten Handlungen mehr. Sowohl vom Fachbereich Physiotherapie im Zentralinstitut Potsdam als auch von der Ärztlichen Akademie für Fortbildung Berlin erhielt ich 1990 die Lehrbefähigung „Konzentrierte Entspannung“.

Im Einigungsvertrag war der Bestandschutz des Fachphysiotherapeuten zur Prophylaxe und Physiotherapie bei

funktionellen Störungen und psychischen Erkrankungen festgeschrieben. Der Übergang fühlte sich hoffnungsvoll und ganz selbstverständlich an. Mit Louise Schumann, erste Vorsitzende im Landesverband Sachsen (ZVK) gab es auch bald gemeinsame Gespräche mit dem AOK-Landesverband, um eine neue Position im Heilmittelkatalog vorzubereiten, was für die Physiotherapie als Verordnung leider nicht gelang. Die Wertschätzung der Methode KoE wurde immerhin bestätigt.

Im März 1991 wurde auf der ersten Mitgliederversammlung in Leipzig der weitere Bestand der AG KoE bestätigt. Es fanden damit weitere Kurse in den östlichen Bundesländern bis 2008 statt.

Besonders dankbar war ich für den Kontakt zur Zeitschrift „Krankengymnastik“, R. Pflaum-Verlag, München. Chefredakteurin und Physiotherapeutin Antje Hüter-Becker unterstützte seit 1991 die beidseits verbindende Thematik: Hier die Fachphysiotherapeutin mit Veröffentlichungen zur Methode der Konzentrierten Entspannung, dort „das neue Denkmodell“ und die Vorstellung von der integrativen Physiotherapie. Unterschiedlich war die Sichtweise auf die Verbindung zur Psychotherapie als Therapieverfahren. Da blieb für mich aus dem Osten immer diese selbst erfahrene, fachliche Verbundenheit aufgrund des gemeinsamen Rahmens.

### Eigene Tätigkeitsfelder

Die Grundlagen der Fachphysiotherapeutenausbildung waren für mich in sehr unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern in stationären, ambulanten und freien Konzepten nutzbar.

Als Leiterin der Physiotherapie im Landambulatorium Cossebaude (seit 1974) kann ich dieser Einrichtung rückwirkend nur Bewunderung aussprechen! Mit dem ärztlichen Leiter Dr. med. Manfred Otto und der Abteilungs-

leiterin für die Physiotherapie Dr. med. Christel Kieß hatten wir große ganzheitliche Pläne: Sauna für Kindergärten, Konzentrierte Entspannung als Gruppenangebot für Erzieher, Lehrer und Bürger, alles das in wöchentlicher Absprache und erfolgreich umgesetzt!

Durch die Berufstätigkeit meines Ehemannes Dr. H. F. Böttcher an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Dresden Weißer Hirsch unter Leitung von Chefarzt Dr. med. Helmut Born ging es zurück nach Dresden. In Verbindung zur „Ausdrucksgymnastik“ von Katharina Knauth war besonders in dieser Klinik die körperorientierte Brücke deutlich.

Wir wohnten nun im Neubaugebiet Prohlis. Dort nahm ich zunächst bei einer ABM-Stelle im Heim für geistig behinderte Erwachsene meine Vorerfahrungen für Körperwahrnehmung und Bewegungskommunikation mit. In dieser Arbeit des vergleichenden Spürens von Gegenständen, wie Steinen und Naturmaterial, ließ sich die Methode der KoE sehr förderlich für die Klienten anwenden.

Später in der mehrjährigen Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Dresden waren Körperwahrnehmung, Entspannung und kommunikative Bewegungsarbeit das geeignete Handwerkszeug bei unterschiedlichen Krankheitsbildern, besonders auch bei Anorexiepatientinnen und -patienten; sehr konkret umsetzbar auch in der Psychosomatischen Ambulanz für schwangere Patientinnen mit psychosomatisch bedingten Konflikten, die konsiliarisch betreut wurden.

Im Jahre 2002 fand am Universitätsklinikum Dresden, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik mit dem Leiter Prof. Dr. med. habil. Peter Joraschky eine große berufsübergreifende Tagung statt: „Sand im Getriebe – Befindlichkeiten von Therapeuten im Grenzbereich zwischen Psychotherapie und

Physiotherapie“. Eine enge Zusammenarbeit gab es auch im Physiotherapeutisch-Psychosomatischen Problemfallseminar (PPP) mit dem Arzt und Psychotherapeuten Dr. med. Volker Köllner. All diese Projekte wurden publiziert. Kontakte zur Professorin und Physiotherapeutin Heidi Höppner an der Hochschule für Arbeit und Soziales in Kiel entstanden seit 2004 als West-Ost-Erfahrungsaustausch.

2005 gründeten wir einen Verein Physiotherapeuteninitiative zur Gesundheitsförderung in öffentlichen Einrichtungen mit Gemeinschaftscharakter (Physio-In e. V.) und waren am Schulprojekt „Gesundes Pausenbrot“ in Kooperation mit dem Gesundheitsamt Dresden beteiligt und fachübergreifend, schulintern, präventiv wirksam.

### Der sächsische Fachphysiotherapeut für psychosoziale Medizin als sächsisches Gesetz (SächsGfbWBVO 8/2007 und 7/2013)

Träger des ersten Ausbildungsganges Fachphysiotherapie nach dem neuen, als „Durchbruch“ gefühlten Gesetz war die Heimerer-Akademie, organisiert von Karla Krämer, wissenschaftlich begleitet durch Dr. med. Helmut Röhrborn, in dessen Klinik für Psychotherapie in Erlabrunn diese Zusammenarbeit zwischen Psychotherapie und Physiotherapie Usus war. Neue Inhalte, ärztlich vermittelt, waren Grundlagen zum spezifischen Therapeutenverhalten, wie Gruppenselbsterfahrung in dynamisch fundierter Gruppenpsychotherapie, Balintarbeit und klientenzentrierte Gesprächsführung. Ich war für die Koordination der Weiterbildung verantwortlich, die frühere Fachphysiotherapeuten einbezog. Wir nahmen aktiv an den DGPPN-Kongressen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) 2010 und danach teil.

Leider zeigte sich eine direkte Umsetzung der erworbenen Inhalte für Phy-

siotherapeuten als nicht machbar, weil sich Landesgesetze nicht mit dem Bundesgesetz vereinbaren ließen. Ein weiterer Ausbildungsgang musste 2013 abgesagt werden. Verordnungen fanden im Heilmittelkatalog keine passende Positionsbeschreibung – bis heute nicht. Mein Versuch einer eigenen Praxis auf der Basis des neuen sächsischen Fachphysiotherapeuten scheiterte. Ohne die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Ärzten und ohne Verordnungsfähigkeit war diese Art der Physiotherapie nicht möglich und auch nicht mein Wunsch.

Eine Petition im Bundestag zur Anerkennung des Fachphysiotherapeuten blieb ohne Erfolg. Auch die Veränderungen der Heilmittelrichtlinien 2022 brachten für die Fachphysiotherapie für psychosoziale Medizin keinen nächsten Schritt. Mittlerweile sind Ergotherapeuten in die Stellvertreterrolle hineingewünscht und haben zum Beispiel in der Gerontopsychiatrie den angepassteren Rahmen in der ambulanten Arbeit.

### „Wer seine Wurzeln kennt, kann wachsen“

Der Fachphysiotherapeut für psychosoziale Medizin in Sachsen hat eine Spur hinterlassen.

Was bleibt, wenn wir Physiotherapie als handlungsorientierte Bezugswissenschaft zum Arztvorbehalt und zur Psychotherapie erhalten möchten? Was wäre ein angemessener Freiraum für Veränderungen im Gesundheitssystem und der sich gegenseitig unterstützenden, staatlich anerkannten Heilberufe? Aus meiner physiotherapeutischen Betrachtungsperspektive und Erfahrung in zwei unterschiedlich strukturierten Gesundheitssystemen sind Chancen für Neues mit den Flügelbewegungen von Schmetterlingen zu vergleichen. ■

Brigitte Böttcher, Bannewitz  
Fachphysiotherapeutin für psychosoziale Medizin

# Physiotherapie in Dresden von 1945 bis 1990

„Darum geht es: die Entfaltung gesunder und den Lebensanforderungen im rechten Maß gewachsener Persönlichkeiten zu fördern.“ [1]

M. Lienert<sup>1</sup>, R. Lammert<sup>2</sup>

„Die Therapeutin demonstriert, für alle gut sichtbar, die Übung. Nun setzt die Pianistin mit angepassten Melodien ein, die inhaltlich dem Bewegungs- und Atemablauf der Übung entsprechen, und alle versuchen, sich in ähnlicher Weise in Bewegungen zu äußern. Es soll kein Nachahmen sein, sondern eher ein Sich-Einfühlen und Sich-Ausdrücken.“ [2]

So beschreiben Barbara Reiners und Katharina Knauth den Beginn eines Ausdruckstanzes (Abb. 1). Katharina Knauth, bis 1978 leitende Krankengymnastin an der Zentralen Poliklinik der Medizinischen Akademie Dresden (MAD), hatte diese besondere Form physiotherapeutischer Übungen gemeinsam mit dem Arzt Dr. med. Helmut Born (1914 – 2013) aus Hellerauer Traditionen weiterentwickelt und wurde dabei vom Lehrstuhlinhaber für Physiotherapie an der MAD, Prof. Dr. med. habil. Herbert Edel (1914 – 2005), besonders gefördert. Damit sind bereits drei Protagonisten der Physiotherapie in Dresden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts genannt. Aber wer waren sie, wer hat sie geprägt? Welche Ideen verfochten, welche Ziele verfolgten sie? Und schließlich: Was bleibt von ihrem Wirken?

<sup>1</sup> Institut für Geschichte der Medizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden

<sup>2</sup> Assistenzärztin der Allgemeinmedizin, Nürnberg

Die Bezeichnung „Physiotherapie“ wurde seit den 1960er Jahren in der DDR unterschiedlich genutzt. Die ärztlichen Vertreter und Vertreterinnen der physikalisch-diätetischen Therapie – seit 1955 in der DDR eine gesetzlich eingeführte Fachrichtung – änderten 1961 den Namen ihrer Fachgesellschaft in Gesellschaft für Physiotherapie. Sie begründeten dies unter anderem damit, dass Physiotherapie eine wörtliche Übersetzung des Begriffs „natürliche Heilweisen“ sei [3]. Das medizinische Fach Physiotherapie erreichte in der DDR eine relativ große Eigenständigkeit und Akzeptanz, die es im wiedervereinigten Deutschland nach 1990 jedoch wieder verlor. Auch die Krankengymnasten und Krankengymnastinnen nannten sich ab 1964, wie international üblich, „Physiotherapeuten“. Der stetig steigenden Zahl von Fachärzten für Phy-

siotherapie wurde im Gesundheitswesen der DDR die Leitung von Lehre, Praxis und Forschung übertragen und damit die Physiotherapie vollständig als ärztliches Teilgebiet etabliert. Physiotherapeuten übernahmen die ausführenden Aufgaben und wirkten beispielsweise im Rahmen der Sektionen der Gesellschaft für Physiotherapie an der Entwicklung und der Forschung des Fachbereiches aktiv mit.

Wie umfassend die Ärzte für Physiotherapie ihr Fachgebiet verstanden, zeigt die Struktur der Gesellschaft für Physiotherapie. Sie gliederte sich in sechs Sektionen, die sich mit den wichtigsten therapeutischen Verfahren befassten: Elektrotherapie, Hydrotherapie und Balneologie, Klimatologie, Massage, Bewegungstherapie sowie Diätetik. Auch die Prophylaxe zählte sie zu ihren



Abb. 1: Ausdrucksgymnastik mit Katharina Knauth 1978  
Quelle: privat Physio-in e. V. B. Böttcher

Kernaufgaben, insbesondere die Aufklärung der Bevölkerung über gesunde Lebensführung.

Sowohl die ärztlichen Vertreter der klassischen Naturheilkunde – und als solche verstanden sich viele Fachärzte für Physiotherapie in den 1950er und 1960er Jahren – als auch die den Heilhilfsberufen zugeordneten Physiotherapeuten konnten auf eine lange Tradition in Dresden verweisen. Der Kurbezirk Weißer Hirsch galt im Vorkriegsdeutschland als der wohl mondänste Kurort mit naturheilkundlicher Ausrichtung und internationaler Ausstrahlung [4]. Die 1919 in Dresden gegründete Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage und die Tradition des Ausdruckstanzes, verkörpert von Mary Wigman (1886 – 1973) und Gret Palucca (1902 – 1993), waren auf ihre Art innovativ und erfolgreich. Aber auch die schulmedizinisch ausgerichtete sogenannte physikalische Therapie, wie sie an den großen Krankenhäusern geübt wurde, war hier fest verwurzelt. So nutzte das 1901 eröffnete Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt in einem Küchen- und Bädergebäude neben Bädern verschiedenster Art auch Dampfbäder und Massageräume und einen Gymnastiksaal mit Zander-Apparaten, Vorläufer der heutigen Fitnessgeräte (Abb. 2).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs konnte in Dresden nicht nahtlos an diese Traditionen angeknüpft werden. Die Sanatorien auf dem Weißer Hirsch und in Oberloschwitz dienten noch als Lazarette oder Hilfskrankenhäuser. Die Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage war 1940 an die Leipziger Universität verlagert worden. Die wohl bedeutendste Einrichtung zur Erforschung naturheilkundlicher Verfahren in der NS-Zeit, die Klinik für Naturheilkunde am Johannstädter Klinikum (1934 – 1941 Rudolf-Heß-Krankenhaus, 1941 – 1945 Gerhard-Wagner-



Abb. 2: Lahmann Herrenmassage: Massage und Bewegungstherapie an Zander-Apparaten in Lahmann's Sanatorium auf dem Weißer Hirsch, Postkarte um 1900.

Krankenhaus), hatte bereits mit dem Ausscheiden ihres Leiters, Prof. Dr. med. habil. Alfred Brauchle (1898 – 1964), zum Jahreswechsel 1943/1944 de facto aufgehört zu existieren. Aufgrund ihrer hochproblematischen Einbindung in die von den Nationalsozialisten propagierte Neue Deutsche Heilkunde wurden die hier erarbeiteten und praktizierten Forschungskonzepte nach 1945 nicht weiterverfolgt, sondern im Gegenteil geradezu totgeschwiegen.

Als 1954 die Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden gegründet wurde, mussten laut zentral vorgegebenem Studienplan auch eine Vorlesung „Physikalische Therapie“ mit zwei Semesterwochenstunden und eine Semesterwochenstunde Seminar beziehungsweise praktische Übungen angeboten und durchgeführt werden [5]. Damit betraut wurde zunächst der Chirurg und Orthopäde Prof. Dr. med. Hans Tichy (1888 – 1970), der über langjährige Erfahrungen und wissenschaftliche Expertise auf dem Gebiet der Rheumaforschung und -behandlung verfügte. Er baute in Dresden-Klotzsche das Rheuma-Institut auf, an dem Internisten, Chirurgen, Orthopä-

den, Pädiater, Stomatologen und Physiotherapeuten effektiv zusammenarbeiteten [6]. Die ganzheitliche Betreuung der Rheumakranken schloss die Bandbreite der physikalischen Anwendungen mit ein – Saunabäder ebenso wie Teil- und Wechselbäder, Fangopackungen, Unterwasserdruckmassagen, Lichtbäder und Vierzellenbäder, Kurzwellen und Ultraschallbehandlungen, Massagen und Bindegewebsmassagen sowie Heilgymnastik [7]. 1956 wurde Tichy der Lehrauftrag für physikalische Therapie an der MAD erteilt [8]. Hier vermittelte er sowohl den Studierenden als auch den Assistenzärzten die Methoden der Physiotherapie als echte Therapieoptionen.

Zu den von Tichy beeinflussten Ärzten der Medizinischen Klinik zählte auch Herbert Edel (Abb. 3). Er hatte bereits zu Studienzeiten 1935/1936 am „Rudolf-Heß-Krankenhaus“ hospitiert und beschrieb seine Erfahrungen später so: „Die wissenschaftliche Sachlichkeit, mit der die therapeutischen Ergebnisse der Naturheilkunde überprüft wurden, und die zahlreichen Anregungen, die dabei die Schulmedizin für ihr relativ enges therapeutisches, meist rein medika-

mentös ausgerichtetes Therapiespektrum erhielt, haben mich nachhaltig beeindruckt und mein physikalisch-diätetisches Interesse geweckt.“ [9] Ganz unideologisch knüpfte Edel hier an. Seit 1954 am Johannstädter Klinikum tätig, wurde er 1955 zum ärztlichen Ansprechpartner der Diätküche und der Medizinischen Fachschule bestimmt. Damit begann seine intensive Beschäftigung mit der Physiotherapie, die Edel auf alle Aspekte des Faches ausdehnte. 1961 übernahm er die Leitung der Abteilung für Physiotherapie der MAD. 1969 erfolgte seine Berufung auf den neuerrichteten Lehrstuhl für Physiotherapie. Damit gehörte er zur ersten Generation der Fachvertreter der Physiotherapie in der DDR. Sie betrachteten Physiotherapie als die Anwendung physikalischer Mittel zur Unterstützung und Wiederherstellung physiologischer Prozesse im menschlichen Körper. Methodisch folgten sie der schulmedizinischen Prämisse der wissenschaftlichen Fundierung. Aus der Naturheilkunde übernahmen sie das Gebot der individuellen Anpassung der Therapie und ganzheitlichen Betrachtungsweise des Patienten. Die physiotherapeutische Behandlung sollte nicht neben, sondern in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen durchgeführt werden. Daher forderte Edel die „Teilnahme der Bereichsärzte [für Physiotherapie] an Visiten, Konsultationen, an Klinikbesprechungen“ [10]. 1973 wurden in der DDR die bislang an den Universitäten und Medizinischen Akademien auf fakultativer Ebene angebotenen physiotherapeutischen Lehrinhalte in das Pflichtlehrprogramm überführt, sodass Medizinstudierende sich damit vertraut machen mussten.

Seit ihrer Gründung 1961 war die Abteilung für Physiotherapie im Bäderhaus untergebracht, ausgestattet unter anderem mit Wannen für Unterwas-

sermassagen, Unterwasser-Druckstrahlmassagen und CO<sub>2</sub>-Bäder sowie Vierzellen-Bäder. In den Massage- und Gymnastikzimmern sowie einem großen Turnsaal wurden unterschiedlichste Massagetechniken angewandt sowie Bewegungsübungen in Einzel- und Gruppenform durchgeführt. Auch Ultraschall- und Kurzwellengeräte kamen zum Einsatz. 1964 wurde im Haus 4 zusätzlich eine Ambulanz für Physiotherapie eingerichtet, die elektrodiagnostische und -therapeutische Anwendungen anbot. Insgesamt wurden 1964 in der physiotherapeutischen Abteilung täglich etwa 28 stationäre und 50 ambulante Behandlungen durchgeführt [11]. Edel leitete auch die Station 4b der Inneren Klinik mit 30 Betten für pulmonologisch, kardiologisch und angiologisch Kranke. Wie Mitarbeiter berichteten, wurden diese Patienten vornehmlich physiotherapeutisch versorgt [12]. Auch die Ernährung wurde einbezogen. Die Diätküche konnte 16 unterschiedliche Formen der Standardkost sowie 17 verschiedene Sonderkostformen anbieten [13].

Edels Bestreben nach exakter wissenschaftlicher Erforschung seines Fachgebietes ist besonders augenfällig beim Aufbau eines Zentrums für Elektrotherapie in Dresden. Er knüpfte an die Arbeit des Dresdener Neurologen Dr. med. Ernst Henßge (1895 – 1960) an, der bereits seit den 1930er Jahren an der Entwicklung eines Myografen gearbeitet hatte. 1952 begann Henßge, gemeinsam mit dem Transformatoren- und Röntgenwerk Dresden (VEB TuR, ehemals Koch & Sterzel AG) weitere Reizstromgeräte zur Produktionsreife zu bringen, die nach Edel „damals zu den modernsten Reizstromgeräten der Welt“ gehörten [14]. Edel und sein Team entwickelten in Zusammenarbeit mit dem VEB TuR elektrodiagnostische und -therapeutische Geräte. Deren Anwendung wiederum begleitete Edel mit kli-

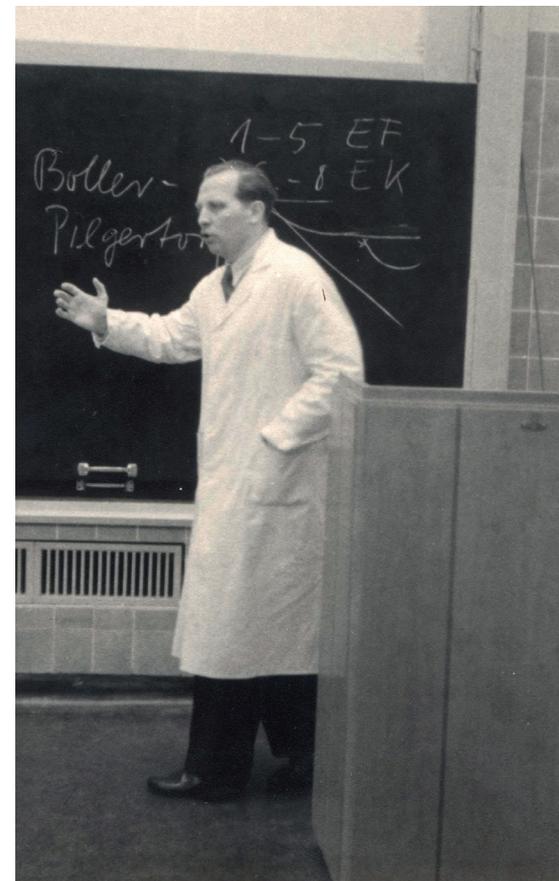


Abb. 3: Herbert Edel während einer Vorlesung, Foto um 1960.  
Quelle: Institut für Geschichte der Medizin der Technischen Universität Dresden

nischen Studien. Er schuf die Voraussetzungen dafür und setzte durch, dass die elektrotherapeutische Schmerzbehandlung mittels Transkutaneer Elektrischer Nervenstimulation (TENS) in der DDR zur selben Zeit eingeführt wurde wie in den USA, dem Mutterland dieser Methode. Sein umfangreiches Fachwissen fasste er in einem Lehrbuch zusammen, das bis in die 1990er Jahre als Standardwerk der Elektrotherapie galt und noch heute zitiert wird [15].

Edel schätzte und nutzte die interdisziplinäre und die Berufsgruppen überschreitende Zusammenarbeit, die sich während seiner Lehrtätigkeit an der Medizinischen Berufsfachschule ergab. Diese war aus der bereits 1946 wieder eingerichteten Krankenpflegeschule des Johannstädter Klinikums hervorgegangen und bot 1954 auch die Ausbil-

derung in der Fachrichtung Diätassistentinnen an [16]. Ihre Leiterin, Ilse-Hertha Rosemann, hatte bereits an der „Staatlich anerkannten Diätschule“ des Rudolf-Heß-Krankenhauses als stellvertretende Leiterin in der Zusammenarbeit mit Alfred Brauchle Erfahrungen gesammelt. Sie veröffentlichte gemeinsam mit Edel mehrere Publikationen, so über „Die praktische Durchführung der Öldiät“ (1959) [17] und über „Nierenkrankheiten und ihre diätetische Behandlung“ (1964) [18]. Edel übernahm auch den Unterricht in der Ausbildungsrichtung Krankengymnastik (ab 1964 Physiotherapie).

Prägend für viele Generationen Physiotherapeuten an der MAD wurde unter anderen die bereits oben erwähnte Katharina Knauth, die seit 1954 an der MAD tätig war. Sie hatte eine Ausbildung an der Dresdener Staatsanstalt für Krankengymnastik und Massage absolviert und später Ausdruckstanz bei Mary Wigman in Leipzig studiert. Sie befasste sich mit funktionsbezogener Physiotherapie, Bindegewebsmassage, Atemtherapie und Ausdrucksgymnastik. Ausweis ihrer wissenschaftlichen Arbeit ist das gemeinsam mit Edel 1969 verfasste Lehrbuch „Die Grundzüge der Atemtherapie“, das bis 1993 viermal in Dresden, Berlin und München wiederaufgelegt wurde, also ein Vierteljahrhundert in überarbeiteter Form ein Standardwerk darstellte. Mit der Einbeziehung von Ausdrucksgymnastik und Ausdruckstanz fanden die psychischen und psychosomatischen Komponenten der Gesundheit Berücksichtigung in der Therapie. Knauth konnte in den Fortbildungskursen der Fachphysiotherapeuten zur Prophylaxe und Physiotherapie funktioneller Störungen und Neurosen ihr Wissen einem breiteren Fachpublikum vermitteln. Sie hatte den Ausdruckstanz als Therapieform gemeinsam mit Helmut Born erarbeitet, seit 1956 Leiter der Inneren Klinik des Krankenhauses Dresden-

Neustadt im ehemaligen Sanatorium Dr. Möller. Die Klinik wurde schon 1957 wieder aus dem Klinikverbund herausgelöst und agierte eigenständig als „Klinik Oberloschwitz“ auf der Alpenstraße 1. Hier hatte Siegfried Möller

(1871 – 1943) 1907 ein Sanatorium errichtet und geführt, das vor allem aufgrund seiner Diät- und Fastenkuren bekannt geworden war. Susanne Dombois (1897 – 1969), Primaballerina der Dresdner Staatsoper von 1918/1919 bis

## ENTWICKLUNG DER PHYSIOTHERAPEUTEN

Bereits seit 1952 führte die Medizinische Berufsfachschule am Johannstädter Klinikum Aufbaukurse für Masseur und Masseurinnen mit dem Ziel der Qualifizierung zu Krankengymnasten und -gymnastinnen durch. Zwei Jahre später wurde eine grundständige Ausbildung für Krankengymnasten eingerichtet, die auch in den verschiedenen Massagetechniken, den physikalischen Therapieformen und in den medizinischen Fachgebieten unterrichtet wurden. Dafür hatte das Ministerium für Gesundheitswesen Richtlinien erlassen, um einen einheitlichen Ausbildungsstandard zu erreichen. Nach der zweijährigen schulischen Ausbildung, einem anschließenden dritten praktischen Ausbildungsjahr und einer staatlichen Abschlussprüfung sollten die Absolventen in der Lage sein, entsprechend der ärztlichen Anweisung eigenständig individuelle Behandlungspläne für Patienten zu erstellen. 1961 wurde auch die Hydrotherapie in die Ausbildung einbezogen und damit der Beruf des umfassend ausgebildeten Physiotherapeuten mit einem verbesserten Theorie-Praxis-Transfer bereits ab dem 3. Ausbildungshalbjahr generiert. Seit 1974 die medizinischen Schulen als Berufsfachschulen geführt und an Institutionen des staatlichen Gesundheitswesens angegliedert worden waren, lag die Verantwortung für die Berufsausbildung und pädagogische Koordinierung bei den ärztlichen Direktoren der Gesundheitseinrichtung. Jetzt erfolgte das Direktstudium der Physiotherapie innerhalb von drei Jahren mit insgesamt 6.312 Unterrichtsstunden. Neue berufstheoretische Fächer, wie Ernährungslehre, Pädagogik und Psychologie, wurden eingeführt. Die Lehrerinnen und Lehrer der Medizinischen Berufsfachschule an der MAD entwickelten in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hygiene-Museum Dresden neue, lehrplanorientierte Lehrbücher und Lehrmittel. Parallel zur fachlichen Entwicklung wechselte ab 1961 die Bezeichnung der pädagogischen Qualifikation von Fachschullehrer zum Berufsfachschullehrer und ab 1969 zum Medizinpädagogen. Eine Innovation war seit Anfang der 1970er Jahre die Möglichkeit der zweijährigen Weiterbildungen zu Fachphysiotherapeutinnen in den Fachrichtungen: Infantile Zerebralpareesen (1967), Funktionelle Störungen und psychische Erkrankungen (1971), spinale Lähmung und Extremitätendefekte (1974), Amputationen und Sportmedizin (1982). Zu diesen ebenfalls zentral geplanten und kostenlos angebotenen Kursen konnten die Bezirke jährlich pro Kurs jeweils zwei Interessenten delegieren.

1932, bescheinigte diesem Haus 1962, dass es „auch heute noch den Charakter eines gepflegten Sanatoriums“ besäße. Zu dieser Einrichtung gehörte eine physikalische Abteilung, in der auch Kneipp-Bäder verabreicht wurden. Die Behandlung beschrieb sie als „absolut individuell“, man hätte „das Gefühl des absoluten Geborgenseins“ [19]. 1963 zog die Klinik in das vordem für die Beschäftigten des Uranbergbaus auf dem Weißen Hirsch errichtete Nachtsanatorium, das mehr Platz bot und nach modernen Standards gebaut worden war (Abb. 4). Hier nutzte Born auch die vielfältigen „Möglichkeiten für Psychotherapie, Bewegungs-, Ausdrucks- und Musiktherapie“, um seinen ganzheitlichen Begriff von innerer Medizin zu verwirklichen [20]. Mit der Gründung einer psychotherapeutischen Abteilung 1969 und einer psychosomatischen Station 1974 (an der 1972 wieder dem Krankenhaus Dresden-Neustadt zugeordneten Einrichtung) gehörte die Born'sche Klinik zu den „psychotherapeutischen Kristallisationskernen“ [21] in der DDR.

Bei allen Bemühungen zur Aus- und Weiterbildung blieb doch die Versorgung der Bevölkerung mit fachärztlichen und physiotherapeutischen Leistungen ungenügend. In den Jahren 1976 und 1977 waren beispielsweise im Bezirk Dresden insgesamt lediglich 35 Fachärzte für Physiotherapie tätig [22]. Auch die von zentraler Stelle vorgegebenen Betreuungsschlüssel für Physiotherapeuten wurden weit verfehlt. Sollte ein Physiotherapeut in den operativen Fächern für 20 Patienten und für 30 Patienten bei kurativen Therapieregimen zuständig sein, so betreute er im Bezirk Dresden etwa 66 Betten im stationären Bereich [23].

In den 1970/1980er Jahren fand ein Generationswechsel unter den Fachvertretern der Physiotherapie in der

## INTERPROFESSIONALITÄT

Die Zusammenarbeit von Medizinern, speziell den vierjährig ausgebildeten Fachärzten für Physiotherapie, und praktisch tätigen Physiotherapeuten war vielfältig und eng. Die Fachärzte steuerten den Einsatz und die Bedarfsentwicklung der therapeutisch tätigen Fachkräfte und standen an der Spitze der physiotherapeutischen Abteilungen im ambulanten und stationären Bereich sowie in den Kureinrichtungen. Sie leiteten zur fachgerechten Anwendung der physiotherapeutischen Maßnahmen an und überwachten die Einhaltung der Therapiepläne. Auch die Beratung von Ärzten anderer Fachrichtungen, um einen indikations- und zeitgerechten Einsatz von physiotherapeutischen Maßnahmen zu gewährleisten, gehörte zu ihren Aufgaben. Die Polikliniken ermöglichten im besten Fall eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem verkürzten Diagnostik-Therapie-Prozess für Patienten. Die Physiotherapie wurde immer stärker als wichtiger Bestandteil eines ganzheitlichen Therapieplanes angesehen.

Die gemeinsame wissenschaftliche Arbeit von Fachärzten für Physiotherapie und ausgebildeten praktisch tätigen Physiotherapeuten zielte auf die Erforschung der physiologischen Wirkprinzipien von physiotherapeutischen Behandlungsmethoden und Präzisierung ihrer Indikationskriterien sowie Applikationsformen mit abstufbarer Dosierung ab. Dies bildete die Grundlage für physiotherapeutische Handlungsempfehlungen und die Physiotherapie konnte sich auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau professionalisieren. Der intensive fachliche Austausch wurde in der gemeinsamen Gesellschaft für Physiotherapie und in fachbezogenen Arbeitsgemeinschaften, speziell in den Fachbereichen Sportmedizin, Orthopädie und Rehabilitation fortgesetzt. Die Forschungsergebnisse wurden in der „Zeitschrift für Physiotherapie“ publiziert.

Leider wurden die aufgebaute Struktur und das eigenständige Fachgebiet Physiotherapie in der Medizin bei der deutschen Wiedervereinigung und dem Berufsgesetz von 1994 nicht ausreichend berücksichtigt. Die gewonnenen Erfahrungen aus der interprofessionellen Zusammenarbeit von Medizinern und praktisch tätigen Physiotherapeuten gingen verloren. Der Anwendung von klinisch-experimentellen Forschungsmethoden, den aus den Studien gewonnenen Forschungsergebnissen zur Entwicklung effektiver und effizienter Behandlungsstrategien sowie dem Verständnis ganzheitlich ausgerichteter Therapieprogramme sollte wieder mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

DDR statt: Prof. Dr. med. habil. Herbert Krauß in Berlin wurde 1972 emeritiert. Sein Nachfolger, Prof. Dr. med. Eberhard Conradi (1931 – 2021), sowie Prof. Dr. sc. med. Dieter Reinhold (1932 – 2021), ärztlicher Direktor des Kliniksanatori-

ums Bad Gottleuba, und Dr. sc. med. Christoph Johannes Cordes (1918 – 2014), Vorsitzender der Gesellschaft für Physiotherapie, gliederten ihr Fach vollständig in die Schulmedizin ein und fassten es eher als eine Methodenlehre auf.

Ausdruck dessen war beispielsweise die Herausgabe der „Methodischen Hinweise für die indikationsgerechte Verordnung und Anwendung physiotherapeutischer Verfahren und für die effiziente Nutzung der vorhandenen personellen und materiellen Kapazitäten der Physiotherapie“ im Jahr 1984.

Ziel war es, den ärztlichen Kollegen und Kolleginnen anderer Fachgebiete einen Indikationskatalog physiotherapeutischer Methoden an die Hand zu geben [24]. Die ganzheitliche Sicht auf den Patienten und die individuelle Anpassung der Therapie wurden nun nachrangig betrachtet. Als Edel 1979 emeritiert wurde, erfolgte keine Neubesetzung des Dresdener Lehrstuhls. Stattdessen wurde dem Leiter der Abteilung Physiotherapie der Orthopädischen Klinik, Prof. Dr. sc. med. Jürgen Kleditzsch (geb. 1944), die Lehrbefähigung für Orthopädie und Physiotherapie verliehen. Er ist der einzige ärztliche Mitarbeiter der Abteilung, an der zudem 14 Physiotherapeutinnen tätig sind [25]. Es wurden Gymnastik und Sport sowie passive Bewegungstherapie eingesetzt, außerdem Elektrotherapie. Andere Subdisziplinen des physiotherapeutischen Spektrums spielten eine untergeordnete Rolle [26]. Kleditzsch habilitierte sich 1981. 1990 wurde er in der Regierung de Maizière zum Minister für das Gesundheitswesen ernannt und im September 1990 zum ordentlichen Professor für Physiotherapie an der MAD berufen. 1992 schied er auf eigenen Wunsch aus der MAD aus.

Die Leitung der physiotherapeutischen Abteilung der Medizinischen Klinik übernahm Edels langjähriger Mitarbeiter Dr. sc. med. Armin Lange, seit 1976 Dozent für Physiotherapie. Er führte die Abteilung dann auch durch die politische Wende 1990. Das Zentrum für Elektrotherapie hatte seine Zusammenarbeit mit dem VEB TuR zunächst



Abb. 4: Das Krankenhaus Weißer Hirsch, Postkarte um 1965.  
Quelle: Institut für Geschichte der Medizin der Technischen Universität Dresden

fortgesetzt. 1982 stellte der Betrieb auf der Leipziger Herbstmesse erstmals den Analgesie-Stimulator RS 40 als TENS-Gerät zur Schmerzbehandlung, den RS 41 als Kleinstimulator zur Anregung des Stoffwechsels und den USR 2, der als erstes Gerät Reizstrom und Ultraschall zur Schmerzbehandlung kombiniert, vor [27]. Doch seit 1987 musste der VEB TuR die Produktion dieser Geräte wegen Materialmangels und veralteter Technologie auf ein Drittel der erforderlichen Menge reduzieren [28].

Was bleibt von der Entwicklung der Physiotherapie in der DDR? Tichy, Knauth, Edel, Born und ihre Mitstreiter waren noch geprägt vom naturheilkundlichen Gedankengut aus der Dresdener Tradition. Ausgehend von einer ganzheitlichen Sicht auf die Patienten betraten sie neue Wege und entwickelten therapeutische Verfahren, wie den Ausdruckstanz und die elektrotherapeutische Schmerzbehandlung mittels TENS, weiter. Gemeinsam mit den Physiotherapeutinnen gelang ihnen die Einbindung der Physiotherapie in die Schulmedizin. Das Ziel war eine bestmögliche Versorgung der Patienten,

gleichberechtigt und gemeinsam mit den anderen medizinischen Fachgebieten. Mit der zeitweiligen Etablierung des Faches Physiotherapie in der DDR gelang eine in vielen Belangen erfolgreiche Verbindung von Schulmedizin und Naturheilverfahren; ein sinnvolles Zusammenarbeiten, dessen Potenzial auch heute noch nicht ausgeschöpft ist [29].

### Danksagung

Die Autorinnen danken Dr. Andrea Conrad für viele wertvolle Hinweise. ■

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Über Uns →  
Presse → Ärzteblatt

Korrespondierende Autorin  
Dr. phil. Marina Lienert  
Institut für Geschichte der Medizin  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus  
Technische Universität Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
E-Mail: [marina.lienert@tu-dresden.de](mailto:marina.lienert@tu-dresden.de)

# Geregelte Gesundheitsfachberufe

Eine Übersicht

## Was sind Gesundheitsberufe?

Eine Definition des Begriffs der Gesundheitsberufe gibt es nicht. Allgemein werden darunter alle die Berufe zusammengefasst, die im weitesten Sinne mit der Gesundheit zu tun haben. Nur für einen Teil der Gesundheitsberufe ist der Staat zuständig; viele entwickeln sich auch ohne Reglementierung, das heißt, ohne dass es eine staatliche Ausbildungsregelung gibt.

Die Gesundheitsberufe können in folgende Kategorien eingeteilt werden:

- geregelte Berufe
- nicht geregelte Berufe.

### Durch Bundesgesetz geregelte Heilberufe sind:

- Anästhesietechnischer Assistent
- Altenpfleger
- Apotheker
- Arzt
- Diätassistent
- Ergotherapeut
- Gesundheits- und Kinderkrankenschwester
- Gesundheits- und Krankenpfleger
- Hebamme/ Entbindungshelfer
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Logopäde
- Masseur und medizinischer Bademeister
- Medizinischer Technologie für Laboratoriumsanalytik
- Medizinischer Technologie für Funktionsdiagnostik
- Medizinischer Technologie Veterinärmedizin

- Medizinischer Technologie Radiologie
- Notfallsanitäter
- Operationstechnischer Assistent
- Orthoptist
- Pflegefachmann (früher GKP)
- Pharmazeutisch-technischer Assistent
- Physiotherapeut
- Podologe
- Psychotherapeut
- Psychologischer Psychotherapeut
- Tierarzt (zuständig: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft)
- Zahnarzt

### Durch das Berufsbildungsgesetz des Bundes geregelte Ausbildungsberufe sind:

- Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellten
- Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellten

### Gesundheitshandwerke unterfallen der Handwerksordnung (HwO):

- Augenoptiker
- Hörgeräteakustiker

- Orthopädieschuhtechniker
- Orthopädiemechaniker
- Bandagist
- Zahntechniker

(Die Zuständigkeit für diese Berufe liegt beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz)

Das Berufsbild des Physician Assistant ist zwar nicht gesetzlich geregelt, wird aber nach einem entsprechenden Studium, meist Bachelor, erworben und gehört zu den Assistenzberufen.

Nicht geregelte Berufe hingegen sind alle Berufe, deren Ausbildung nicht bundes- oder landesrechtlich geregelt ist. Beim Heilpraktiker handelt es sich beispielsweise um einen gänzlich unregelmäßig regulierten Beruf, für den gerade keine Ausbildung vorgeschrieben ist und der nach einer Gefahrenabwehrprüfung kraft staatlicher Erlaubnis Heilkunde ausübt.

Quelle:  
Bundesgesundheitsministerium (2023):  
Gesundheitsberufe-Allgemein.  
URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html>  
(25.10.2023)

# „Deutschland ist ein stolzes Schiff“

Handwerk und Freie Berufe aus Sachsen diskutierten mit Abgeordneten in Berlin

Der Sächsische Handwerkstag und der Landesverband der Freien Berufe Sachsen hatten am 27. September 2023 in die Landesvertretung des Freistaates beim Bund geladen. Der Abend mit rund 20 Bundestagsabgeordneten widmete sich dem Schwerpunkt Fachkräftemangel. Auch die Sächsische Landesärztekammer diskutierte mit.

Jörg Dittrich, Präsident des Sächsischen Handwerkstages, ging in seiner Begrüßung gleich in die Vollen. Deutschland sei ein stolzes Schiff, modern ausgestattet, mit einer tollen Mannschaft, aber derzeit sitzen zu viele am Pool. Die Folge: Das Schiff kommt nicht mehr so richtig vorwärts. Deutschland wächst als einziges Industrieland aktuell nicht. Nun könnte man zwar den Motor reparieren oder das Schiff neu anmalen, bevor es sinkt. Aber helfen würde das nicht, so Dittrich. Es fehle an der richtigen Mannschaft, also Fachkräften, in allen Bereichen.

Oliver Schenk, Chef der Sächsischen Staatskanzlei, übernahm das Stichwort und betonte, der Fachkräftemangel sei ein zentrales Thema in der Regierung. Vor allem müssten zugewanderte Menschen schneller einen Beruf ausüben können. Die Anerkennung, zum Beispiel von Pflegekräften, dauere viel zu lang. Erschwerend hinzu käme die demografische Entwicklung im Freistaat. Hier müsse es erleichterte Regelungen geben. Zugleich müssten junge zugewanderte Menschen verstärkt eine Berufsausbildung anstreben, statt sich mit Hilfsjobs durchzuschlagen. Über einen soliden Berufsabschluss seien die Arbeitsmarktchancen wesentlich größer.



Jörg Dittrich, Präsident des Sächsischen Handwerkstages, Rechtsanwältin Cornelia Süß, Präsidentin des Landesverbandes Freie Berufe (LFB) Sachsen e.V. und Oliver Schenk, Chef der Sächsischen Staatskanzlei (l.)

Auch Michael Kellner, Parlamentarischer Staatssekretär und Beauftragter der Bundesregierung für den Mittel-

schaft und Klimaschutz, sieht großen Handlungsbedarf bei der Anerkennung für ausländische Fachkräfte. Ein Baustein dabei sei die Digitalisierung von



Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer

Visaverfahren in deutschen Botschaften. Nur ein Viertel bietet diese Verfahren derzeit an. Und es brauche eine Willkommenskultur, auch von Verbänden, um ausländische Fachkräfte für Sachsen zu gewinnen.

Eine größere Unterstützung selbständiger Frauen ist für Rechtsanwältin Cornelia Süß, Präsidentin des Landesverbandes Freie Berufe (LFB) Sachsen e.V., ein wichtiger Baustein, um mehr Frauen im Handwerk oder in den freien Berufen zu etablieren. Derzeit ist der Spagat zwischen Selbstständigkeit sowie Kindern und Familie kaum zu meistern.

In der anschließenden Diskussion mit Vertretern aus dem Handwerk sowie Rechtsanwälten, Steuerberatern und Ärzten wurde heftige Kritik an den bisherigen Maßnahmen der Bundes- und Landesregierung geübt. Es fehle an einem richtigen Zuwanderungsgesetz, am Willen zum Bürokratieabbau und an einer echten Bereitschaft zur Veränderung. Es gäbe zwar viele Studenten aus dem Ausland in Sachsen, die auch hierbleiben würden. Aber sie bekommen nach dem Studium meist keinen Aufenthaltstitel.

Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, sieht eine zusätzliche Herausforderung in der Fachkräftesicherung. Durch zu viele staatliche Vorgaben und Bürokratie wandern zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte aus der Praxis lieber in angestellte Positionen ab. Dadurch wird es immer schwieriger, Praxen nach zu besetzen. Dr. med. Stefan Windau, Vorstandsmitglied der Sächsischen Landesärztekammer, kritisierte die „Sonntagsreden“ von Politikern, denen keine Taten folgen würden.

Dr. Ellen John-Weißer, Vorstandsmitglied der Landeszahnärztekammer Sachsen, sieht einen rückläufigen Trend, Werte schaffen zu wollen. Man ziehe heute eine 4-Tage Woche mit Work-Live-Balance einer herausfordernden leistungsorientierten Erwerbsarbeit vor. Um eine Zahnärztin zu ersetzen, die in Rente geht, brauche es heute entweder zwei „mittelalte“ oder drei junge Ärzte.

Als Fazit wurden den Bundestagsabgeordneten drei Schwerpunkte mitgegeben. Erstens muss der Mittelstand stärker gefördert werden. Zweitens

dürfen neue Gesetze nicht zu noch mehr Bürokratie führen. Und Drittens dienen alle Handwerker, wie Bäcker, Fleischer, Klempner sowie die freien Berufe der Daseinsfürsorge. Ohne Brot, Dach oder Heizung sowie Medizin bricht die Gesellschaft auseinander. Dies müsse sich im politischen Handeln widerspiegeln.

Roland Ermer, Ehrenpräsident des Sächsischen Handwerkstages und Bäcker, ergänzte mit einem eigenen Beispiel. Nachdem er einen jungen Flüchtling aus Afghanistan eingestellt und eine Berufsausbildung ermöglicht hatte, erhielt dieser keine Aufenthaltsgenehmigung. Kritisiert wurde auch, dass es keine Fast-Track-Verfahren für Behörden gibt, um Abläufe beschleunigen zu können. Denn wenn ausländische Arbeitskräfte erst ein oder zwei Jahre warten müssen, bevor sie in Deutschland arbeiten können, dann resignieren sie und ziehen Bürgergeld dem Arbeitslohn vor. ■

Knut Köhler M.A.  
Leiter Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

## „Ärzte für Sachsen“ trifft Nachwuchsmediziner

Neben den beiden traditionell fest im Frühjahr verankerten Infoveranstaltungen für Medizinstudierende im klinischen Abschnitt „Von Studierenden zu Fachärztinnen und Fachärzten“ in Leipzig und „STEX in der Tasche“ in Dresden nutzte das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ dieses Jahr wieder eine Reihe weiterer Gelegenheiten, um mit dem ärztlichen Nachwuchs in Kontakt zu kommen und so früh über die vielschichti-

gen Perspektiven im Freistaat zu informieren.

Neu in diesem Jahr war im April eine Veranstaltung von Carus Campus, der Kontakt- und Schnittstelle von Medizinischer Fakultät und Uniklinikum Dresden, achtsam ausgerichtet für die Dresdner Medizinstudierenden. Beim Aktionstag „Stressfrei durchs Studium“ konnte „Ärzte für Sachsen“ ganz entspannt beim Herstellen der persönli-

chen Teemischung und beim Origamifalten mit den Studierenden ins Gespräch kommen.

Im Sommer waren es dann wieder engagierte Projekte wie die Summerschools, die Medizinstudierende in ihrer vorlesungsfreien Zeit für eine bestimmte Region in Sachsen oder für eine bestimmte Fachrichtung begeistern wollen. Die Summer School Psy-

chosomatische Medizin und Psychotherapie tat dies Ende August in Dresden und Pulsnitz das erste Mal mit praxisnahen Fachthemen wie „Bedeutung des Bindungssystems“, „Achtsamkeit“ oder „Behandlung von Traumafolgestörungen“.

Das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ war hier mit vor Ort und im Gespräch mit den Teilnehmenden genauso wie bei der Summer School Allgemeinmedizin in Dresden. Die bereits seit vielen Jahren etablierte Veranstaltung des Bereichs Allgemeinmedizin stand in diesem Jahr unter dem Motto „Praxis Skills in der Hausarztpraxis“. Neben Workshops zu Taping, Wundversorgung, Sonographie sowie EKG gab es Vorträge von erfahrenen Hausärzten zu den Themen Urologie und Kinder in der Hausarztpraxis. „Ärzte für Sachsen“ beantwortete in der Pause zahlreiche Fragen zur Weiterbildung und zu Förderungen auf dem Weg zum Facharzt.

Am 6. September 2023 waren in Leipzig Fachärztinnen, Ärzte in Weiterbildung und das Praxispersonal zum „Tag der Allgemeinmedizin“ eingeladen, um einzeln oder als Team praxisnahe Seminare, Workshops oder Vorträge zu besuchen. In der Pause lud ein Begegnungsboulevard ein, ins Gespräch zu kommen und wichtige Projekte – unter anderem „Ärzte für Sachsen“ – besser kennenzulernen.

Mitte Oktober präsentierte dann noch der ZEIT Campus Verlag seinen ersten Karrieretag „ZEIT für neue Ärzt:innen“ in Leipzig. Hier war „Ärzte für Sachsen“ als Kooperationspartner und mit einem eigenen Stand vertreten. Die Vizepräsidentin der Sächsischen Landesärztekammer, Dipl.-Med. Petra Albrecht, die auch Moderatorin der Lenkungsgruppe des Netzwerks ist, übernahm die Eröffnung der Veranstaltung mit einem Grußwort. Außerdem vertrat Dr. med.



Besucherinnen am Stand des Netzwerkes „Ärzte für Sachsen“ beim Tag der Allgemeinmedizin in Leipzig



Dr. med. Anne-Kathrin Geier vertrat das Forum Junge Ärzte der Sächsischen Landesärztekammer auf dem ersten Karrieretag „ZEIT für neue Ärzt:innen“ in Leipzig.

Anne-Kathrin Geier das „Forum Junge Ärzte“ an der Sächsischen Landesärztekammer im Panel-Talk zum Thema „New Work in der Medizin – Chance oder Herausforderung für Ärzt:innen von morgen“.

Unter dem Dach der Sächsischen Landesärztekammer macht das Netzwerk „Ärzte für Sachsen“ seit 14 Jahren auf die ärztliche Tätigkeit in Sachsen neu-

gierig und sich besonders für die Nachwuchsgewinnung von Ärzten und Ärztinnen für den Freistaat stark. Dies geschieht vor allem durch die Bündelung und gezielte Kommunikation sächsischer Fördermaßnahmen für Medizinstudierende und junge Ärzte. ■

Martin Kandzia M.A.  
Koordinierungsstelle „Ärzte für Sachsen“

# Einladung Kreisärztekammer Mittelsachsen

## Vorweihnachtliches Konzert

Das inzwischen zur Tradition gewordene vorweihnachtliche Konzert für die Mitglieder und Angehörigen der Kreisärztekammer Mittelsachsen findet in diesem Jahr am **Samstag, dem 2. Dezember 2023**, im Theater in Döbeln statt. Einlass ist 18.30 Uhr.



Das vorweihnachtliche Konzert der Kreisärztekammer Döbeln findet im Theater in Döbeln statt.

Wir freuen uns gemeinsam mit Ihnen, das vergangene medizinisch wieder sehr ereignisreiche Jahr 2023 bei ange-

nehmen Kontakten und Gesprächen kulturell niveauvoll ausklingen zu las-

sen und hoffen auf eine rege Teilnahme. Anmeldungen über  
E-Mail: [petra.pabst@hotmail.com](mailto:petra.pabst@hotmail.com),  
Tel. 034362 32278 oder  
E-Mail: [info@knuepfer-seiss.de](mailto:info@knuepfer-seiss.de),  
Tel. 037206 2500. ■

Dr. med. Brigitte Knüpfner  
Vorsitzende Kreisärztekammer Mittelsachsen  
Im Namen des Vorstandes

# Einladung Kreisärztekammer Erzgebirgskreis

## Seniorenweihnachtsfeier 2023 auf Schloss Schlettau

Der Vorstand der Kreisärztekammer Erzgebirgskreis lädt die Senioren sehr herzlich zu einer musikalischen Matinee in der Adventszeit auf Schloss Schlettau ein.

Diese findet **am Mittwoch, dem 6. Dezember 2023, mit Beginn um 11.00 Uhr** statt.

Lassen Sie sich einfangen von „Felix Mendelssohn Bartholdy (1809 – 1847). Liebling der Götter, sein kurzes Leben und rätselhafter Tod“.

Bei Felix Mendelssohn Bartholdy trafen in seltener Vollkommenheit musikalische Hochbegabung, glückliche Familienkonstitution und großbürgerlicher Wohlstand zusammen, die ihm ein intensives künstlerisches Schaffen ermöglichten. Sein früher Tod mit 38 Jahren wirft noch heute Rätsel auf und verführt zu Spekulationen. Hören Sie Interessantes und Kurzweiliges aus



Schloss Schlettau

seinem Leben, begleitet von seiner wundervollen und bis heute populären Musik.

Vortrag: Dr. Christine Wagner, Löbnitz  
Am Flügel: Ingrid Fischer und Detlev Küttler, beide Aue

Im Anschluss wird ein gemeinsamer Imbiss in lockerer Atmosphäre für das leibliche Wohl sorgen. Somit steht gleichfalls genügend Zeit für einen regen persönlichen Austausch zur Verfügung.

**Für die Planung der Teilnehmerzahl bitten wir bis 29. November 2023 um Anmeldung unter Tel. 03733 80-4015.**

Der Vorstand freut sich auf Ihre zahlreiche Teilnahme, auf die musikalischen Kostbarkeiten eingehüllt in einen interessanten Vortrag und dies im reizvollen Ambiente auf Schloss Schlettau.

Parkplätze sind ausreichend vorhanden (Parkplatzzufahrt über Elterleiner Straße) ■

Dr. med. Dirk Müller  
Vorsitzender Kreisärztekammer Erzgebirgskreis  
Im Namen des Vorstandes  
E-Mail: [erzgebirgskreis@slaek.de](mailto:erzgebirgskreis@slaek.de)  
[www.slaek.de/kaekerzgebirge](http://www.slaek.de/kaekerzgebirge)

# Einladung Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

## Vorweihnachtliches Seniorentreffen

Am **Dienstag, dem 5. Dezember 2023, um 15.00 Uhr** lädt die Kreisärztekammer Dresden (Stadt) ein zum vorweihnachtlichen Seniorentreffen in den Plenarsaal der Sächsischen Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden.

Prof. Dr.-Ing. Gunter Reppchen (ehem. HTW Dresden) wird über die „Faszination Antarktis“ sprechen. Seien Sie zu Kaffee und Stollen herzlich willkommen!

Der Organisationsausschuss Senioren trifft sich wie immer um 14.00 Uhr.

Interessierte Mitstreiter sind jederzeit herzlich eingeladen! ■

Dr. med. Uta Katharina Schmidt-Göhrich  
Vorsitzende Kreisärztekammer Dresden (Stadt)

# Einladung Kreisärztekammer Bautzen

## Mitgliederversammlung und Fachvortrag

Am **Mittwoch, dem 29. November 2023, 18.00 Uhr** findet die Mitgliederversammlung der Kreisärztekammer Bautzen im Best Western Plus Hotel Bautzen, Wendischer Graben 20, 02625 Bautzen statt.

Wir werden zunächst den Tätigkeitsbericht der Kreisärztekammer Bautzen vorstellen.

Anschließend stellt sich das Proktologische/Gastroenterologische MVZ Bautzen vor und Dr. med. Karl-Andreas Krebs gibt ein „Update 2023: Kolonkarzinom“.

Fortbildungspunkte werden beantragt. Anmeldungen werden unter Tel.-Nr.: 03591 3632757, E-Mail: [ausenstelle-bautzen@slaek.de](mailto:aussenstelle-bautzen@slaek.de) bis Freitag, 24. November 2023 erbeten. ■

Dr. med. Karl-Andreas Krebs  
Vorsitzender Kreisärztekammer Bautzen

# 24. Vogtländischer Ärztetag

Nach langer pandemiebedingter Pause hatte die Kreisärztekammer Vogtland wieder zum mittlerweile 24. Vogtländischen Ärztetag in das Helios Vogtlandklinikum Plauen eingeladen. Rund um den Themenschwerpunkt „Notfallmedizin“ wurden interessante Vorträge geboten, beginnend mit Empfehlungen zur Kinderreanimation und Darstellung der wichtigsten kardiologischen Notfälle. Weitere Referate widmeten sich den aktuellen Leitlinien zur Reanimation bei Erwachsenen und – als Highlight der Veranstaltung – den „Notfallsituationen an besonderen Orten“. Prof. Dr. med. Jochen Hinkelbein, Johannes Wesling Klinikum Minden, präsentierte



Dr. med. Johann Neuser referierte zum Thema „Notfallmedizin“ auf dem 24. Vogtländischen Ärztetag

spannende Aspekte zu Reanimationen im Flugzeug, in der Bahn, im OP-Saal und als Ausblick in die ferne Zukunft auch Notfallsituationen im Weltraum und auf dem Weg zum Mars. Alle übrigen Referate wurden von den Mitgliedern der Kreisärztekammer, Dr. med. Anja Rudolph, Dr. med. Johann Neuser und Alexander Runge, übernommen.

Mit mehr als 80 Teilnehmern konnten wir einen neuen „Besucherrekord“ aufstellen und sicher viele Zuhörer für die Notfallmedizin gewinnen. ■

Dr. med. Johann Neuser, M.A.  
Vorsitzender Kreisärztekammer Vogtland

# Delegation ärztlicher Leistungen an MFA

Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes, der Ärztin und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt.

Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nicht ärztlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen oder zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird.

Für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, mithin der Bereich wo die meisten MFA tätig sind, existiert eine Rechtsgrundlage, die „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013, Stand: 1. Januar 2015, siehe unter <https://www.kbv.de/html/delegation.php>.

In letzter Zeit erreichen uns häufig Anfragen, welche Tätigkeiten an eine Medizinische Fachangestellte oder eine Auszubildende in diesem Ausbildungsberuf delegiert werden können. Unter anderem ergaben sich Anfragen zur Delegation einer Echokardiografie an Auszubildende im 3. Ausbildungsjahr. Leistungen der Sonografie sind neben anderen Leistungen, die unter Arztvorbehalt stehen, in keinem Fall delegierbar.

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit dem GKV-Spit-



Die Delegation von Leistungen an MFA kann Ärzte entlasten.

zenverband getroffene Vereinbarung regelt die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 24 des Bundesmantelvertrags). Teil dieser Vereinbarung ist ein Katalog, der beispielhaft aufführt, welche einzelnen Leistungen delegierbar sind. Zudem werden die Anforderungen für die Delegation explizit beschrieben.

Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Art oder der mit ihnen verbundenen besonderen Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Umstände ihrer Erbringung, insbesondere der Schwere des Krankheitsfalls, nicht höchstpersönlich erbringen muss, darf er an nicht-ärztliche Mitarbeiter delegieren. Die Entscheidung, ob und an wen der Arzt eine Leistung delegiert, ob er den betreffenden Mitarbeiter gegebenenfalls besonders anzuleiten und wie er ihn zu überwachen hat, muss der Arzt

von der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters abhängig machen.

Will der Arzt eine Leistung an einen Mitarbeiter delegieren, der über eine abgeschlossene, ihn dazu befähigende Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen verfügt, kann er sich regelmäßig darauf beschränken, diese formale Qualifikation des Mitarbeiters festzustellen (Zeugnis), sich zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem betreffenden Mitarbeiter davon zu überzeugen, dass die Leistungen des Mitarbeiters auch tatsächlich eine seiner formalen Qualifikation entsprechende Qualität haben, und die Qualität der erbrachten Leistungen stichprobenartig zu überprüfen. Sofern die Qualität der Leistungen des Mitarbeiters nicht ausreichend ist, muss der Arzt den Mitarbeiter gegebenenfalls nachschulen, ihn eingehender überwachen und, wenn er die Anforderungen an eine Delegation nicht erfüllt, hierauf verzichten.

Verfügt der Mitarbeiter, an den der Arzt delegieren will, nicht über eine abgeschlossene Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen, die die zu delegierende Leistung einschließt, muss der Arzt zunächst prüfen, ob der Mitarbeiter aufgrund seiner allgemeinen Fähigkeiten für eine Delegation der betreffenden Leistung geeignet scheint (Auswahlpflicht). Sodann muss er ihn zur selbstständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anlernen (Anleitungspflicht). Auch nachdem er sich davon überzeugt hat, dass der Mitarbeiter die Durchführung der betreffenden Leistung beherrscht, muss der Arzt ihn dabei regelmäßig überwachen, bevor er sich mit der Zeit wie bei einem Fachberufsangehörigen auf Stichproben beschränken kann (Überwachungspflicht).

Erbringen nicht ärztliche Mitarbeiter delegierte Leistungen, ist der Arzt verpflichtet, sich grundsätzlich in unmittelbarer Nähe (Rufweite) aufzuhalten. Es ist daher unzulässig, in der Arztpraxis aufgrund genereller Anordnung an das Praxispersonal Leistungen durchführen zu lassen, wenn der Arzt persönlich nicht in der Praxis erscheinen kann oder für längere Zeit abwesend ist.

In jedem Fall handelt es sich bei einer Delegation nach diesen Vorgaben um Leistungen, die dem Arzt deshalb als eigene Leistungen zugerechnet werden, weil er sie in jedem Einzelfall anordnen und überwachen muss und weil er dafür die volle Verantwortung und Haf-

tung trägt, was eine gleichzeitige deliktische Verantwortlichkeit des Mitarbeiters gemäß § 823 BGB nicht ausschließt.

Eine Überarbeitung der Vereinbarung wird derzeit von der KBV angestrebt.

Auch das Papier „Persönliche Leistungserbringung Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen“ der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 2008 ist geeignet, sich allgemeine rechtliche und organisatorische Grundsätze zu erarbeiten ([www.baek.de](http://www.baek.de)).

Für alle Fragen rund um die Ausbildung stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen des Referats Medizinische Fachangestellte gern telefonisch unter 0351 8267-170/-171/-173 zur Verfügung. ■

Marina Hartmann  
Leiterin Referat Medizinische Fachangestellte

## Fortbildung für MFA

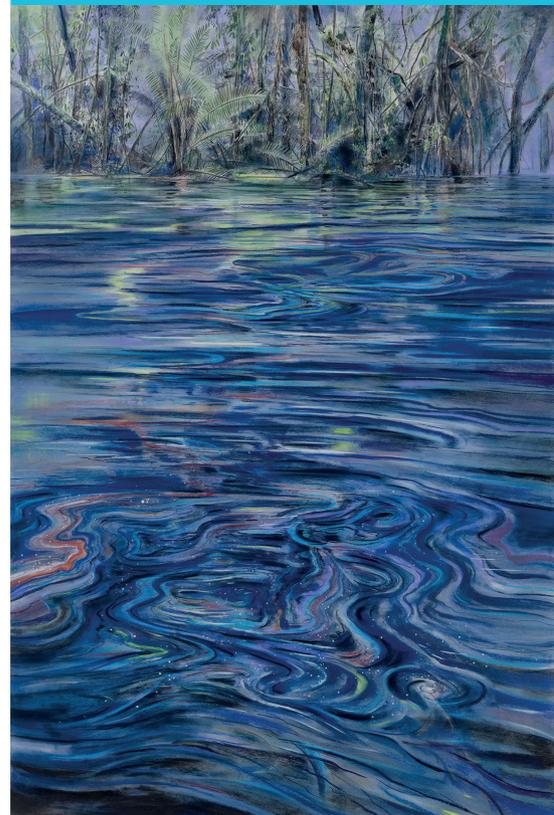
Unsere Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte finden Sie in den grünen Fortbildungsseiten in der Mitte des Heftes.

## Konzerte und Ausstellungen

Ausstellungen im Foyer und in der 4. Etage der Sächsischen Landesärztekammer

### HABITAT

Wieland Payer  
bis 12. Januar 2024



Aktuelle Ausstellung: Wieland Payer

### VORSCHAU

#### Junge Matinee

3. Dezember 2023, 11.00 Uhr  
Studierende verschiedener Fachrichtungen der Hochschule für Musik Carl Maria von Weber Dresden stellen sich vor.

Im Anschluss an die Konzerte wird ein Mittagsbuffet angeboten (kostenpflichtig). Bitte reservieren Sie vorab unter Tel. 0351 8267-110.

# Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgende Vertragsarztsitze in den Planungsbereichen zur Übernahme durch einen Nachfolger ausgeschrieben:

**Bitte beachten Sie folgende Hinweise:**

\*) Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin können sich auch Fachärzte für Innere Medizin bewerben, wenn sie als Hausarzt tätig sein wollen. Bei Ausschreibungen von Fachärzten für Innere Medizin (Hausärztlicher Ver-

sorgungsbereich) können sich auch Fachärzte für Allgemeinmedizin bewerben. Nähere Informationen hinsichtlich des räumlichen Zuschnitts sowie der arztgruppenbezogenen Zuordnung zu den einzelnen Planungsbereichen beziehungsweise Versorgungsebenen sind auf der Homepage der KV Sachsen abrufbar (Für Praxen → Zulassung und Niederlassung → Bedarfsplanung → Bedarfsplanung und Sächsischer Bedarfsplan).

Es können nur schriftliche und unterschriebene Bewerbungen berücksichtigt werden. Die Übergabe der Bewerbungen muss per Post, per Fax oder als eingescannte PDF-Datei per E-Mail erfolgen. Die Bewerbung muss die Registrierungs-Nummer (Reg.-Nr.) der betreffenden Ausschreibung nennen.

Es wird darauf hingewiesen, dass sich auch die in den Wartelisten eingetragenen Ärzte bei Interesse um den betreffenden Vertragsarztsitz bewerben müssen.

## Zulassungsbezirk Chemnitz

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
23/C064	Augenheilkunde	Annaberg	24.11.2023
23/C065	Augenheilkunde	Chemnitz, Stadt	24.11.2023
23/C066	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Freiberg	11.12.2023

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Zulassungsbezirk Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6703, -6704 oder -6705 | Fax 0371 2789 4305 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

## Zulassungsbezirk Leipzig

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
23/L081	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Torgau – Oschatz	11.12.2023
23/L082	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Muldentalkreis	11.12.2023
23/L083	Haut- und Geschlechtskrankheiten (häufiger Vertragsarztsitz)	Leipziger Land	11.12.2023
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
23L084	Radiologen (häufiger Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Leipzig, Stadt	24.11.2023

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Zulassungsbezirk Leipzig, Braunstraße 16, 04347 Leipzig (Tel. 0351 8290 6701 oder - 6702 | Fax 0341 2432 2305 | beratung@kvsachsen.de) zu richten.

## Zulassungsbezirk Dresden

Reg.-Nr.	Fachrichtung	Planungsbereich	Bewerbungsfrist
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
23/D095	Allgemeinmedizin <sup>1)</sup> (häftiger Vertragsarztsitz)	Radebeul	24.11.2023
23/D096	Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Dresden, Stadt	11.12.2023
23/D097	Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Dresden, Stadt	24.11.2023
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>			
23/D098	Kinder- und Jugendmedizin	Bautzen	11.12.2023
23/D099	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Bautzen	11.12.2023
23/D100	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.11.2023
23/D101	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (häftiger Vertragsarztsitz)	Dresden, Stadt	11.12.2023
23/D102	Psychologische Psychotherapie – Verhaltenstherapie (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Dresden, Stadt	24.11.2023
23/D103	Psychologische Psychotherapie (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) (häftiger Vertragspsychotherapeutensitz)	Görlitz, Stadt/ Niederschlesischer Oberlausitzkreis	11.12.2023
23/D104	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Hoyerswerda, Stadt/ Landkreis Kamenz	24.11.2023
23/D105	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Löbau-Zittau	24.11.2023
23/D106	Kinder- und Jugendmedizin	Meißen	11.12.2023
23/D107	Kinder- und Jugendmedizin	Riesa-Großenhain	11.12.2023
23/D108	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Riesa-Großenhain	11.12.2023
23/D109	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Sächsische Schweiz	11.12.2023
23/D110	Kinder- und Jugendmedizin (Vertragsarztsitz in einer Berufsausübungsgemeinschaft)	Sächsische Schweiz	24.11.2023

Die Bewerbungen sind unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise und innerhalb der jeweiligen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Zulassungsbezirk Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden (Tel. 0351 8290 6706, -6707 oder -6708 | Fax 0351 8290 7333 | [beratung@kvsachsen.de](mailto:beratung@kvsachsen.de)) zu richten.

<sup>1</sup> Ausschreibungen im Umfang von 0,25 einer Vollzeitstelle dienen der Aufstockung einer häftigen oder dreiviertel Zulassung bzw. der Anstellung eines Arztes/einer Ärztin.

## Anzeige



## FRAGEN & ANTWORTEN zum Thema Organspende

Warum ist es wichtig, sich zu entscheiden?  
Welche Voraussetzungen müssen bei einer Organspende erfüllt sein?  
Was bedeutet Hirntod?  
Was versteht man unter einer Lebendorganspende?



Broschüre kostenlos bestellen:  
[organspende@slaek.de](mailto:organspende@slaek.de) | 0351 8267 349

# Abgabe von Vertragsarztsitzen

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen werden folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger veröffentlicht:

## Zulassungsbezirk Chemnitz

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Praktische Ärztin (Kinderarztpraxis)	Freiberg	geplante Abgabe: 01.03.2024

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Zulassungsbezirk Chemnitz, Postfach 11 64, 09070 Chemnitz (Tel. 0351 8290 6703, -6704 oder -6705 | Fax 0371 2789 4305 | [beratung@kvsachsen.de](mailto:beratung@kvsachsen.de)).

## Zulassungsbezirk Dresden

Fachrichtung	Planungsbereich	Bemerkung
<b>HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Bautzen	Abgabe: ab sofort
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Meißen	Abgabe: ab sofort
Innere Medizin <sup>1)</sup>	Görlitz	Abgabe: ab sofort
Praktischer Arzt <sup>1)</sup> (Tätigkeitsschwerpunkt: kinderärztliche Versorgung)	Bautzen	Abgabe: 2023
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Bautzen	Abgabe: 2023
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Meißen	Abgabe: 10/2023
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Kamenz	Abgabe: 01/2024
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Löbau	Abgabe: 04/2024
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Bautzen	Abgabe: 04/2024
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Löbau	Abgabe: 12/2024
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Riesa	Abgabe: 04/2025
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Weißwasser	Abgabe: 01/2026
Allgemeinmedizin <sup>1)</sup>	Weißwasser	Abgabe: 01/2026
<b>ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Neurologie und Psychiatrie	Bautzen	Abgabe: 01/2025
Psychiatrie und Psychotherapie	Löbau-Zittau	Abgabe: 06/2024
<b>SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG</b>		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Oberlausitz-Niederschlesien	Abgabe: 4. Quartal 2024

Interessenten wenden sich bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, Ressort Vertragsärztliche Versorgung, Zulassungsbezirk Dresden, Schützenhöhe 12, 01099 Dresden (Tel. 0351 8290 6706, -6707 oder -6708 | Fax 0351 8290-7333 | [beratung@kvsachsen.de](mailto:beratung@kvsachsen.de)).

## Unsere Jubilare im Dezember 2023

## Wir gratulieren!

## 65 Jahre

- 01.12. Dipl.-Med. Rosemarie Giering  
04828 Bennewitz
- 02.12. Dr. med. Gerd Kalich  
01728 Bannewitz
- 03.12. Dr. med. Bärbel Frenzel  
01159 Dresden
- 04.12. Dipl.-Med. Birgit Thomas  
02977 Hoyerswerda
- 04.12. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Jochen Machetanz  
01277 Dresden
- 08.12. Alberto Villalobos Martinez  
14055 Berlin
- 11.12. Dipl.-Med. Monika Tränkner  
02991 Lauta
- 12.12. Dipl.-Med. Birgit Bollmann  
04157 Leipzig
- 13.12. Dipl.-Med. Kerstin Lange  
08239 Oberlauterbach
- 14.12. Dipl.-Med. Thomas Raue  
02692 Großpostwitz/O.L.
- 15.12. Dr. med. Constanze Junghans  
08645 Bad Elster
- 15.12. Dr. med. Ulrich Schindler  
09232 Hartmannsdorf
- 15.12. Sibylle Busse  
09633 Niederschöna
- 16.12. Dipl.-Med. Angelika Straube  
01594 Hirschstein
- 16.12. Dr. med. Annette Stein  
01454 Radeberg
- 17.12. Dr. med. Karla Rohrer  
08280 Aue-Bad Schlema
- 23.12. Dipl.-Med. Irina Herzfeld  
04249 Leipzig
- 24.12. Dipl.-Med. Gunar Baumann  
09456 Annaberg-Buchholz
- 24.12. Dipl.-Med. Wolfgang Ulbricht  
01814 Reinhardtsdorf-Schöna
- 25.12. Dr. med. Mathias Räthel  
09496 Marienberg
- 26.12. Dipl.-Med.  
Michaela Reißmann  
08412 Werdau
- 27.12. Dipl.-Med. Armin Nieber  
08223 Falkenstein/Vogtl.
- 27.12. Dr. med. Dorothea Frydetski  
04229 Leipzig
- 28.12. Dipl.-Med. Ute Beyer  
02999 Lohsa

## 70 Jahre

- 02.12. Ly Phan Thi  
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 03.12. Dr. med. Gerlinde Kuchta  
04178 Leipzig
- 03.12. Dr. med. Christine Wünsch  
04159 Leipzig
- 07.12. Dipl.-Med. Kay Kampfmeier  
04828 Pausitz
- 07.12. Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Ullrich Burkhardt  
04316 Leipzig
- 12.12. Dr. med. habil. Christian Diener  
09376 Oelsnitz/Erzgeb.
- 14.12. Dr. med. Susanna Drescher  
09577 Niederwiesa
- 17.12. Dr. med. Skadi Springer  
04277 Leipzig
- 22.12. Dr. med. Ute Nawroth  
01445 Radebeul
- 23.12. Dr. med. Claus Thomas  
08064 Zwickau
- 23.12. Dr. med. Peter Rothe  
04416 Markkleeberg
- 26.12. Dr. med. Carmen Arnhold  
04159 Leipzig
- 26.12. Dr. med. Ingrid Werner  
08645 Bad Elster
- 27.12. Dr. med. Isabella Vogel  
08412 Werdau
- 28.12. Dipl.-Med. Ute Dathe  
04808 Wurzen
- 30.12. Dr. med. Regina Schulze  
01257 Dresden

## 75 Jahre

- 01.12. Dr. med. Jürgen Renz  
08060 Zwickau
- 01.12. Dipl.-Med. Hannelore Fabian  
01324 Dresden
- 03.12. Dipl.-Med. Reinhard List  
09350 Lichtenstein/Sa.
- 05.12. Dipl.-Med. Manfred Graf  
09366 Stollberg/Erzgeb.
- 06.12. Dipl.-Med. Gudrun Müller  
04157 Leipzig
- 10.12. Dr. med. Ulrike Weise  
02699 Königswartha
- 19.12. Dr. med. Falk Kewitsch  
04299 Leipzig

- 20.12. Dr. med. Werner Wartenburger  
04849 Bad Düben
- 21.12. Dipl.-Med. Elvira Heerwald  
09366 Stollberg/Erzgeb.
- 24.12. Helga Böhm  
01219 Dresden
- 25.12. Prof. Dr. med. habil.  
Joachim Morgner  
01454 Ullersdorf

## 80 Jahre

- 01.12. Dr. med. Ulrich Schadeberg  
09599 Freiberg
- 01.12. Dr. med. Elke Weber  
01217 Dresden
- 01.12. Dr. med. Joachim Birke  
01445 Radebeul
- 03.12. Dr. med. Barbara Launer  
01328 Dresden
- 07.12. Dr. med. Bernd Pfeil  
04329 Leipzig
- 08.12. Hannelore Njoku-Röbller  
09434 Krumhermersdorf
- 08.12. Dr. med. Heidrun Gruner  
09116 Chemnitz
- 08.12. Dr. med.  
Eva-Maria Heidenreich-Franke  
01324 Dresden
- 09.12. Dr. med. Peter Steinert  
08294 Lößnitz
- 11.12. Doz. Dr. med. habil.  
Erhard Schier  
04416 Markkleeberg
- 12.12. Heidi Wittig  
01877 Rammenau
- 12.12. Dipl.-Med. Gisela Peter  
01217 Dresden
- 12.12. Dr. med. Gudrun Krostewitz  
04277 Leipzig
- 14.12. Dr. med. Wolfgang Höpner  
04356 Leipzig
- 17.12. Dr. med. Karin Schuhknecht  
08626 Adorf/Vogtl.
- 18.12. Christa Richter  
01309 Dresden
- 21.12. Dr. med. Bernd Pittner  
04420 Markranstädt
- 22.12. Dr. med. Barbara Hache  
08056 Zwickau
- 24.12. Dr. med. Angelika Schmidt  
09221 Neukirchen/Erzgeb.
- 25.12. Dr. med. Horst Heilmann  
01558 Großenhain
- 26.12. Dr. med. Frank Ostwaldt  
01217 Dresden
- 26.12. Dr. med. Just Meißner  
04155 Leipzig
- 27.12. Dipl.-Med. Katharina Bochmann  
09392 Auerbach
- 27.12. Dr. med. Barbara Zuber  
01326 Dresden

- 31.12.** Dr. med. Henrike Backhaus  
01277 Dresden
- 31.12.** Karla Kühn  
04288 Leipzig

## 85 Jahre

- 01.12.** Dr. med. Karin Freese  
09599 Freiberg
- 01.12.** Dr. med. Gisela Börner  
04288 Leipzig
- 03.12.** Dr. med. Hildegard Spiller  
04736 Waldheim
- 04.12.** Dr. med. Gerlind Door  
04103 Leipzig
- 05.12.** Priv.-Doz. Dr. med. habil.  
Peter Friedrich  
04769 Mügeln
- 09.12.** Dr. med. Gisela Muschter  
01257 Dresden
- 12.12.** Dr. med. Christel Ruhslund  
02827 Görlitz
- 13.12.** Dr. med. Hans-Dieter Heinicke  
01129 Dresden
- 16.12.** Dr. med. Leonore Zimmermann  
01326 Dresden
- 17.12.** Dr. med. Günter Vogelsang  
01689 Niederau
- 23.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Bernhard Kunath  
01259 Dresden
- 24.12.** Dr. med. Klaus Schiller  
08371 Glauchau
- 25.12.** Dr. med. Paul Felgentreu  
09127 Chemnitz
- 26.12.** Dr. med. Helga Sachse  
01067 Dresden
- 27.12.** Dr. med. Gisela Schweinitz  
08527 Plauen
- 28.12.** Dr. med. Ingrid Müller  
09127 Chemnitz
- 29.12.** Erhard Hoppe  
09648 Altmittweida

## 86 Jahre

- 04.12.** Dr. med. Dagmar Kirsten  
01744 Dippoldiswalde
- 04.12.** Dr. med. Christa Matzen  
04229 Leipzig
- 13.12.** Dr. med.  
Karin Schmidt-Crecelius  
01307 Dresden
- 13.12.** Dr. med. Hans-Joachim Hilger  
04229 Leipzig
- 18.12.** Dr. med. Dietmar Haufe  
02692 Großpostwitz/O.L.
- 19.12.** Dr. med. Manfred Kastl  
08236 Ellefeld
- 19.12.** Dr. med. Christa Hentschel  
01187 Dresden

- 22.12.** Dr. med. Christine Swaboda  
01129 Dresden
- 22.12.** Dr. med. Rotraut Schubert  
04155 Leipzig
- 24.12.** Dr. med. Sigrid Prager-Drechsel  
04157 Leipzig
- 24.12.** Dr. med. Roswitha Wappler  
02625 Bautzen
- 25.12.** Dr. med. Johanna Brandl  
08056 Zwickau
- 31.12.** Marga-Sylvia Thomas  
01219 Dresden

## 87 Jahre

- 03.12.** Anneliese Spilke  
01705 Freital
- 04.12.** Dr. med. Walter Günther  
01662 Meißen
- 06.12.** Ljudmila Bartz  
01097 Dresden
- 09.12.** Dr. med. Reiner Friedemann  
09575 Eppendorf
- 10.12.** Dr. med. Gerlinde Gneuß  
02625 Bautzen
- 14.12.** Dr. med. Edith Hartmann  
04316 Leipzig
- 19.12.** Dr. med. Walter Houda  
08525 Plauen
- 22.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Manfred Schönfelder  
04229 Leipzig
- 24.12.** Dr. med. Christian Göbel  
09599 Freiberg
- 24.12.** Dr. med. Karlheinz Wolf  
09337 Hohenstein-Ernstthal
- 29.12.** Dr. med. Brunhilde Rothenberger  
08056 Zwickau
- 30.12.** Dr. med. Gisela Voigt  
04720 Döbeln
- 31.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Klaus Hinkel  
01277 Dresden

## 88 Jahre

- 01.12.** Dr. med. Ernst-Rulo Welcker  
01477 Arnsdorf
- 02.12.** Dr. med. Ruth Capek  
01468 Moritzburg
- 05.12.** Dr. med. Nikolaus Wolffersdorff  
08371 Glauchau
- 06.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Joachim Dippold  
04289 Leipzig
- 24.12.** Annemarie Koban  
02782 Seifhennersdorf
- 25.12.** Dr. med. Ulrich Vehlow  
04668 Grimma
- 29.12.** Dr. med. Manfred Schulz  
01796 Pirna

## 89 Jahre

- 03.12.** Marie-Elisabeth Krutzsch  
04425 Taucha
- 04.12.** Dr. med. Heinrich Wessig  
02827 Görlitz
- 06.12.** Dr. med. Ute Thiel  
04109 Leipzig
- 07.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Wolfgang Wildführ  
04288 Leipzig
- 10.12.** Dr. med. Siegfried Rudolph  
01307 Dresden
- 13.12.** Dr. med. Ruth Rank  
08547 Jößnitz
- 15.12.** Irmtraud Schmidt-Brücken  
09212 Limbach-Oberfrohna
- 16.12.** Dr. med. Ingrid Beck  
01324 Dresden
- 20.12.** Dr. med. Hedda-Maria Otto  
04416 Markkleeberg
- 28.12.** Dr. med. Götz-Michael Richter  
01471 Radeburg

## 90 Jahre

- 08.12.** Dr. med. Christel Kieß  
01445 Radebeul
- 14.12.** Dr. med. habil. Werner Voigt  
09114 Chemnitz
- 26.12.** Dr. med. Eberhard Hempel  
09235 Burkhardtsdorf

## 91 Jahre

- 05.12.** Dr. med. Karl-Heinz Krämer  
04275 Leipzig
- 08.12.** Liane Sachse  
01159 Dresden
- 12.12.** Dr. med. Manfred Kötz  
09119 Chemnitz
- 19.12.** Dr. med. Christel Flämig  
01309 Dresden
- 24.12.** Dr. med. Rolf Lehnert  
02681 Crostau

## 92 Jahre

- 23.12.** Dr. med. Reiner Krumbiegel  
09366 Stollberg/Erzgeb.
- 30.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Ernst Schubert  
09112 Chemnitz

## 96 Jahre

- 06.12.** Prof. Dr. med. habil.  
Klaus Linde  
04107 Leipzig

## 97 Jahre

- 19.12.** Dr. med. Käte Herrmann  
01277 Dresden

# Nachruf für Dr. med. Helmut Röhrborn

\* 5. Mai 1942

† 21. Juli 2023

Am 21. Juli 2023 verstarb Dr. med. Helmut Röhrborn.

Bis 2007 war er Chefarzt einer der ältesten Psychotherapiekliniken Deutschlands – der Klinik für Psychosomatische Medizin im Verbund mit den Reha-Kliniken im erzgebirgischen Erlabrunn. Das breitangelegte Methodenspektrum von Gruppen- und Einzeltherapie seiner stationären Arbeit fußte auf vielseitiger Weiterbildung seiner Mitarbeiter, auch vor allem auf dem Gebiet der künstlerischen und körperorientierten Begleittherapien. Im Rückblick auf diese Zusammenarbeit ist es mir aus der Perspektive der Fachphysiotherapeutin eine Herzensangelegenheit, auf sein Wirken aufmerksam zu machen.

Die letzte gemeinsame Aufgabe schloss 2010 ab mit seiner wissenschaftlichen Begleitung der Umsetzung des sächsischen Gesetzes zum Fachphysiotherapeuten für psychosoziale Medizin. Aus der jahrzehntelang gewachsenen Verbindung lässt sich seine Vortragstätigkeit zur Dresdener Tagung „Sand im



Dr. med. Helmut Röhrborn

Getriebe – Befindlichkeiten von Therapeuten zwischen Physiotherapie und Psychotherapie“ rückerinnern und der Höhepunkt für uns als Physiotherapeuten beim 7. Erlabrunner Psychotherapeutentag 2003, bei welchem die Themen Kommunikative Bewegungstherapie und Konzentrierte Entspannung dem Fachpublikum vorgetragen werden konnten.

Lebendig bleibt Dr. Röhrborns interprofessioneller Ansatz im Sinne von Patienten mit psychischen und psychiatrisch mitbedingten Körperstörungen, was im praktischen Tun die wertschätzende, partnerschaftliche Kommunikation zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Fachtherapeuten, Ärzten und Psychotherapeuten ermöglichte.

Möge sein Andenken bewahrt bleiben. ■

Brigitte Böttcher, Bannewitz  
Fachphysiotherapeutin für  
psychosoziale Medizin

## Anzeige

### UNSERE GESCHENK-EMPFEHLUNG:



Zu bestellen über:

Sächsische Landesärztekammer | Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit  
Schützenhöhe 16 | 01099 Dresden | Fax: 0351 8267-162 | E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@slaek.de



### Erinnerungen sächsischer Ärzte 1949-1989

(Schutzgebühr 8.00 Euro)



### Sachsen – Wiege der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland

(Schutzgebühr 15.00 Euro)