

änd-Mini-Serie zur Teampraxis

„Ein hierarchisches System ist nicht mehr zeitgemäß“

Eine Arbeit auf Augenhöhe – das hält Prof. Nadja Mayer-Wingert für ein wesentliches Element einer Teampraxis. Die Ärztin und Professorin für Gesundheit und Soziales leitet den Studiengang Primärmedizinisches Versorgungs- und Praxismanagement an der FOM Hochschule, bei dem sie VERAH und NÄPa weiterqualifiziert. Was sie ihnen dabei beibringt und warum das wichtig ist für eine Tätigkeit in einer Teampraxis, erzählt Mayer-Wingert dem änd im Interview.



Mayer-Wingert: „Wir Ärztinnen und Ärzte müssen unsere Rolle ein Stück weit neu definieren.“

©FOM

Frau Mayer-Wingert, Ihre Studierenden sind schon fertig ausgebildete Versorgungsassistentinnen (VERAH) oder nicht-ärztliche Praxisassistentinnen (NäPa). Was genau lernen sie jetzt noch bei Ihnen im Studium?

Die Ausbildung zur VERAH oder NäPa haben sie schon hinter sich und dadurch bringen sie eine Menge fachliches Wissen mit. In dem Bachelor-Studiengang erfolgt nun noch ihre Akademisierung. Sie lernen zum Beispiel, wie man Studien mit neuen medizinischen Erkenntnissen interpretiert und wie man diese in den Praxisalltag einbringen kann. Weiterhin bilden wir die Studierenden zum Beispiel auch in psychologischer Gesprächsführung aus, die in ihrer VERAH- und NäPa-Ausbildung schon begonnen wurde. Ziel ist es, die Frauen und Männer mit Blick auf ihre Arbeit in der Arztpraxis auf einen Austausch auf Augenhöhe mit ihren ärztlichen Chefinnen und Chefs vorzubereiten – eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit in einer Teampraxis.

Was genau ist denn nach Ihrer Definition eine Teampraxis?

Häufig ist in einer Teamstruktur eine gewisse Heterogenität vorhanden. Es gibt zum Beispiel die Medizinische Fachangestellte (MFA), die gerade eine VERAH-Ausbildung beginnt, dann sind da vielleicht noch erfahrene VERAH und solche, die sogar einen akademischen Grad erlangt haben. Hinzu kommen natürlich eine Ärztin oder ein Arzt als Chefin oder Chef. Das heißt, die Teamstruktur zeichnet sich durch unterschiedliche Kompetenzen und unterschiedliche Fachlichkeit aus. Wie ich eben schon erwähnt habe, sollten sich die Mitarbeitenden in einer Teampraxis meiner Meinung nach und soweit es möglich ist auf Augenhöhe begegnen, die Chefin und der Chef eingeschlossen. Die Kommunikation und der Umgang miteinander sollten darauf ausgelegt sein. Das Team sollte sich gemeinsam für das Patientenwohl verantwortlich fühlen. Jeder sollte wissen, wie und in welchem Maße er zur Patientenbehandlung beizutragen hat. Es sollte also nicht mehr diese alte, hierarchische Struktur herrschen: Über allen steht der Arzt oder die Ärztin und macht Ansagen, die die Übrigen ausführen müssen. In einer Teampraxis werden die Einflüsse der anderen Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter auch wahr- und aufgenommen.

Sie halten also Heterogenität und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe für wichtige Kennzeichen einer Teampraxis. Was braucht es denn noch, damit eine Teampraxis funktioniert?

Wichtig ist unter anderem eine klare Rollenzuweisung. Jeder im Team muss seine Rolle kennen. Ich selbst bin als Ärztin auch in einem eher hierarchischen System groß geworden. Das ist nicht mehr zeitgemäß. Wir Ärztinnen und Ärzte sollten die Weiter- und Fortbildung und das damit verbundene Wissen der anderen Teammitglieder akzeptieren und begrüßen und mit ihnen auf Augenhöhe arbeiten. Das kann natürlich nicht in jedem Punkt erfüllt werden, weil es medizinische Entscheidungen gibt, die nur allein die Ärztin oder der Arzt treffen kann. Aber wenn ich als Ärztin meinen Mitarbeitenden zum Beispiel die Betreuung der Heimpatientinnen und -patienten übergebe, dann muss ich auch voll dahinterstehen und ihnen das zutrauen. Ich denke, da müssen wir Ärztinnen und Ärzte unsere Rolle auch ein Stück weit neu definieren.

Sie haben bei einer Podiumsdiskussion beim baden-württembergischen Hausärztetag vor kurzem gesagt: „Vielen meiner Studierenden fehlt die Verantwortungsübernahme und eine klare Regelung der Bereiche, die sie dann auch übernehmen dürfen.“ Ist das eine Kritik Richtung Ihrer ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, dass diese zu wenig abgeben?

Ich würde das nicht als Kritik verstehen, sondern als eine Aufgabe. Ideal wäre es, wenn ich als Chefin oder Chef meinen Angestellten eine gewisse Autonomie zugestehe und ihnen gleichzeitig ein zielführendes Feedback gebe. Ich sollte ganz klar sagen: „Das ist deine Rolle, dazu gehören folgende Aufgaben und folgender Verantwortungsbereich. In diesem Bereich kannst du eigenständig arbeiten.“ Wenn ich das im Vorfeld klar definiert habe, ist es mir auch möglich, ein Feedback zu geben. Ich glaube, dass sich eine solche Arbeitsweise im Gesundheitsbereich gerade entwickelt. Wir Ärztinnen und Ärzte sollten das wahrnehmen und auch in dem Sinne handeln und delegieren.

Was berichten denn Ihre Studierenden aus der Praxis? Wie klappt das dort mit der klaren Rollenzuteilung und der Verantwortungsübernahme?

Sie berichten Unterschiedliches. Viele werden von ihren Chefinnen und Chefs unterstützt, schon allein dadurch, dass diese ihnen ein Studium ermöglichen. Auch nehme ich wahr, dass viele Ärztinnen und Ärzte durchaus bereit sind, Verantwortungsbereiche abzugeben. Das funktioniert aber nur, wenn sie die Sicherheit haben, dass ihre Mitarbeitenden die an sie delegierten Aufgaben gut beherrschen. Ein Problem ist derzeit noch, dass die rechtliche Verantwortung ja beim Arzt oder bei der Ärztin bleibt. An dieser Stelle können und müssen wir als Hochschule ansetzen und den VERAH und NÄPa das Wissen vermitteln, das sie brauchen, um mehr Verantwortung in der Praxis übernehmen zu können. Die Studierenden berichten mir immer wieder davon, dass sie sich mit diesem zusätzlichen Wissen stetig sicherer fühlen und dann sogar von sich aus mehr Verantwortung einfordern nach dem Motto: „Ich kann das übernehmen!“ Und da sind wir wieder bei der Augenhöhe.

Was sind denn klassische Aufgaben, die delegiert werden können?

Zum Beispiel Haus- und Heimbefuche. Dann Aufgaben in der Betreuung von Chronikern wie Diabetes-Patientinnen oder -Patienten oder solchen mit Lungenerkrankungen – einfach alle, die regelmäßig einen Routine-Check-Up brauchen, bei denen jedoch gerade nichts Akutes vorliegt. Oder auch die Versorgung und Betreuung von Patienten und Patientinnen, die in Disease-Management-Programme eingeschrieben sind.

Außerdem können sich die Praxisassistentinnen und -assistenten um die Kommunikation mit den Krankenkassen, Pflegediensten und so weiter kümmern, um die Antragsstellung und ähnliches. Es sind also auch gewisse Managementaufgaben, die für die Patienten und Patientinnen übernommen werden können.

Halten Sie die Teampraxis für ein Zukunftsmodell?

Absolut. Ich glaube, das ist ein sehr guter Weg, um für alle Seiten Zufriedenheit zu schaffen. Eine gut ausgebildete, vielleicht sogar akademisierte MFA, die ihre Fähigkeiten einbringen will und in der Praxis ihren Autonomiebereich zugestanden bekommt – bei ihm oder ihr wird mit Sicherheit die Wahrscheinlichkeit für eine hohe Arbeitszufriedenheit und Motivation steigen und es könnte so unter anderem der Fluktuation begegnet werden. Auf der anderen Seite sehe ich auch eine Chance für ärztliche Kollegen und Kolleginnen, weil sie so nicht alles alleine stemmen müssen und sich wieder mehr auf die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten konzentrieren können.

Hinzu kommt, dass Teamstrukturen jüngere ärztliche Kolleginnen und Kollegen anlocken: Diese haben nämlich gar nicht mehr unbedingt den Anspruch, alles selbst machen zu müssen. Für sie ist Delegation zu einem großen Teil bereits selbstverständlich.

Wissen Sie, wie verbreitet Teampraxen schon bundesweit sind?

Ich glaube, dass das gerade in aller Munde und im Umbruch ist, aber noch nicht sehr weit verbreitet. Viele Kolleginnen und Kollegen würden sicher behaupten, dass sie eine Teampraxis leiten. Aber fragen Sie dann die MFAs, sagen die: „Nein, wir sind ein Praxisteam, aber keine Teampraxis.“ Eine offizielle Definition des Modells der Teampraxis wäre hier sicherlich hilfreich. Eine wirkliche Teampraxis mit Rollenfindung, mit Delegationsaufgaben, mit klaren Aufgabenprofilen – das ist ein Modell, was in den nächsten Jahren gestaltet werden muss und somit nach und nach Form annimmt.

Stimmen Ihrer Meinung nach denn die Rahmenbedingungen, um solche Teampraxen flächendeckend etablieren zu können? Oder muss die Politik diese noch schaffen?

Geklärt werden muss auf jeden Fall, wie es mit der rechtlichen Verantwortungsübernahme aussieht. Wenn wir nicht-ärztliches Personal ausbilden und ihnen Autonomiebereiche zuschreiben, ist es dann noch zeitgemäß, die alleinige rechtliche Verantwortung bei den Ärztinnen und Ärzten zu lassen? Oder muss eine neue Diskussion über die Haftung und die rechtliche Regelung von Verantwortungsübernahme her? Dann muss natürlich die Finanzierbarkeit geklärt werden. Bislang ist es so, dass die Teampraxen zunächst in Vorleistung gehen und anfangs keinen unmittelbaren Benefit haben, wenn sie ihre Mitarbeitenden weiter- und fortbilden. Das wäre aber natürlich auf mittlere Sicht wichtig. Die Praxen dürfen auf Dauer nicht draufzahlen, wenn sie hochqualifiziertes Praxispersonal ausbilden und einsetzen.

Und wie sieht es mit der Abrechnung der Leistungen in einer Teampraxis aus, in der das nicht-ärztliche Personal nun viel von dem übernimmt, was die Ärztin oder der Arzt früher noch selbst gemacht hat? Im EMB zumindest wird das bislang nicht abgebildet.

Das stimmt, es muss auf jeden Fall die Frage geklärt werden: Wie ist mit der Abrechnung umzugehen, wenn die Leistung von einer akademisierten MFA erbracht wird? Wie bildet sich das ab? Da gibt es ja inzwischen schon Modellvorschläge von Ärzteseite, die eine Gesamtbetrachtung vorsehen. Die Praxen können das Budget dann selbst aufteilen. Das wäre eine Möglichkeit. Die politischen Rahmenbedingungen sind und müssen hier weiter gestaltet und ausgebaut werden.

17.06.2023 08:12, Autor: sk, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/223761>