



Möglichkeiten und Grenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Möglichkeiten und Grenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Z
GP

Möglichkeiten und Grenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Ausgabe 3/2024

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser

Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

www.ligforschung.at

Coverfoto: getty images (Photo_Concepts)

Redaktion: Mag. Sabine Weißengruber-Auer, MBA, Mag. Katharina Wieser

Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien

Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserinnen und Leser,

in einer immer komplexer werdenden Gesundheitslandschaft gewinnt die interprofessionelle Zusammenarbeit mehr denn je an Bedeutung. Nur durch das koordinierte Miteinander unterschiedlicher Berufsgruppen – von Ärztinnen und Ärzten über Pflegefachkräfte bis hin zu Therapeutinnen und Therapeuten – lassen sich die hohen Anforderungen an eine patientenzentrierte Versorgung erfüllen. Vor allem der demografische Wandel, die zunehmende Anzahl chronischer Erkrankungen und der Fachkräftemangel erfordern neue und effiziente Lösungsansätze, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

Mit dieser Ausgabe möchten wir das Thema „Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Unsere Autorinnen und Autoren aus Praxis und Forschung teilen Erfahrungen und Erkenntnisse zur Zusammenarbeit im Team und stellen aktuelle Konzepte sowie Best-Practice-Beispiele vor.

Ein besonderer Fokus liegt auf den Herausforderungen und Chancen, die sich aus der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben. Welche Kompetenzen sind gefragt? Wie lassen sich Kommunikationsbarrieren überwinden? Und welche rechtlichen Grundlagen, wie etwa die aktuellen Änderungen im MTD-Gesetz, liegen dabei zugrunde?

Wir hoffen, dass Sie in den folgenden Seiten interessante Impulse finden und wünschen viele anregende Momente beim Lesen.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhalt

Neue Rechtslage im MTD-Gesetz und im GuKG	9
<i>Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner</i>	
Von Medizinisch-Technischer Dienst zu Medizinisch-Therapeutisch-Diagnostisch	27
<i>Dr. Klaus Kubin, MBA</i>	
Interprofessionalität im intramuralen Bereich	41
<i>Dr. Corinna Hirzinger LL.M. MBA Ph.D</i>	
Interprofessionalität in der praktischen Ausbildung	57
<i>Dr.ⁱⁿ Christina Dückelmann, Msc</i>	
Fokusgruppe: Chancen und Risiken der interdisziplinären Zusammenarbeit aus Sicht der Ärzteschaft	65
<i>Mag. Katharina Wieser, Mag. Sabine Weißengruber-Auer</i>	
Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen aus Sicht der medizinisch-technischen Dienste	77
<i>Mag. Gabriele Jaksch</i>	

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Neue Rechtslage im MTD-Gesetz und im GuKG

1. Reglementierte Berufe	10
2. MTD-Gesetz – alte Rechtslage	12
3. Neufassung des MTD-Gesetzes	14
4. Novellierung des GuKG	19
5. Bemerkungen zur neuen Rechtslage	21

1. Reglementierte Berufe

Die österreichische Rechtsordnung kennt mittlerweile eine Vielzahl von Gesundheitsberufen. Ein nicht unerheblicher Teil dieser Gesundheitsberufe ist verhältnismäßig jung und wurde erst in den letzten Jahren eingeführt (z.B. die MusiktherapeutInnen, die KardiotechnikerInnen, die Operationstechnische Assistenz). Für jeden dieser Gesundheitsberufe wurde ein eigenes Berufsgesetz geschaffen. Diese Berufsgesetze enthalten insbesondere Vorschriften über die Ausbildung, den Kompetenzumfang sowie über spezifische Berufspflichten.

Dahinter steht das Prinzip, dass Gesundheitsberufe in Österreich ausnahmslos zu den reglementierten Berufen gehören. Das bedeutet, dass der Gesetzgeber die Entscheidung, welche Qualifikation für eine bestimmte Tätigkeit erforderlich ist, nicht dem Markt überlässt, sondern im öffentlichen Interesse Vorgaben statuiert, vor allem die Ausbildung genau regelt und exakt die Kompetenzen definiert. Konsequenterweise verbindet der Gesetzgeber das Anliegen, die Qualifikation zu einem bestimmten Gesundheitsbereich festzulegen, damit, dass er einen Tätigkeitsvorbehalt schafft. Er verbietet jedem, der die gesetzlich vorgesehene Ausbildung für einen Gesundheitsberuf nicht nachweisen kann, in dessen Kompetenzbereich tätig zu werden.

Zu dieser Logik (Kompetenzbereich ist jenen vorbehalten, die die für die jeweilige Kompetenz gesetzlich vorgesehene Ausbildung absolviert haben) gehört in weiterer Konsequenz, dass auch die Delegation von Leistungen nicht uneingeschränkt möglich ist. Im Unterschied zu den meisten Berufsfeldern greift der Gesetzgeber in die Delegationsmöglichkeiten von Gesundheitsberufen gesetzlich ein. Die dem jeweiligen Kompetenzbereich eines Gesundheitsberufs zugeordneten Leistungen sind grundsätzlich persönlich und damit von denjenigen zu erbringen, die die für die jeweilige Kompetenz vorgesehene Ausbildung absolviert haben. Delegierungen an andere Gesundheitsberufe sind nur zulässig, wenn dies der Gesetzgeber ausdrücklich vorsieht bzw. nur unter den vom Gesetzgeber festgeschriebenen Bedingungen, insbesondere was die Verantwortung für den Leistungsinhalt und die Leistungsdurchführung anlangt, sowie unter allfälliger Aufsichtspflicht durch einen höher qualifizierten Gesundheitsberuf.

Die Gesundheitsberufe können ausgehend vom Ausbildungsniveau in drei Gruppen eingeteilt werden. Eine Gruppe umfasst die an Universitäten ausgebildeten Gesundheitsberufe (ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, MusiktherapeutInnen), eine weitere Gruppe die an Fachhochschulen ausgebildeten Gesundheitsberufe (diplomierte Krankenpflege, Me-

dizinisch-Technische Dienste, Hebammen) und schließlich die Gruppe der Assistenzberufe ohne akademische Ausbildung (Pflegeassistenz, Pflegefachassistenz, Operationstechnische Assistenz, medizinische Assistenzberufe, SanitäterInnen, MasseurInnen, KardiologietechnikerInnen, ZahnarzhelferInnen, pharmazeutisch-kaufmännische Assistenzberufe). Grundsätzlich agieren die universitären Gesundheitsberufe völlig eigenverantwortlich, sowohl was die Entscheidung über die Art der Leistungserbringung anlangt als auch deren Durchführung. Bei den an Fachhochschulen ausgebildeten Gesundheitsberufe ist diese Eigenverantwortung eingeschränkt. Die diplomierte Krankenpflege entscheidet zwar über Pflegemaßnahmen selbst, medizinische Leistungen müssen aber von ÄrztInnen angeordnet werden. Hebammen müssen bei regelwidrigen Schwangerschaften oder Geburten ÄrztInnen beziehen und sind dann an deren Anordnungen gebunden. Und auch medizinisch-technische Dienste konnten in der Vergangenheit, zumindest was die Leistungserbringung an Kranken anlangt, nur über ärztliche Anordnung tätig werden. Für alle Fachhochschulberufe gilt aber, dass ihnen die Durchführungsverantwortung zukommt, die Durchführung der Leistung also nicht ärztlich beaufsichtigt werden muss. Für nicht akademische Gesundheitsberufe hingegen ist typisch, dass nicht nur die Entscheidung über die Leistungserbringung von höher qualifizierten Gesundheitsberufen, vielfach von ÄrztInnen, getroffen werden muss, sondern dass auch die Durchführung der Leistung zu beaufsichtigen ist.

2. MTD-Gesetz – alte Rechtslage

Mit 18.7.2024 wurde ein völlig neues Gesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024) veröffentlicht. Dieses Gesetz löst das mit 1.8.1992 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) ab.

Das alte MTD-Gesetz sah nach einigen Novellierungen in der zuletzt geltenden Fassung folgende medizinisch-technische Gesundheitsberufe vor:

- physiotherapeutische Dienst (PhysiotherapeutIn),
- medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst (biomedizinische AnalytikerIn),
- radiologisch-technischer Dienst (RadiologietechnologIn),
- diät- und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst (DiätologIn),
- ergotherapeutischer Dienst (ErgotherapeutIn),
- logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst (LogopädIn),
- orthoptischer Dienst (OrthoptistIn).

Für alle medizinisch-technischen Dienste galt bisher, dass sie zwar die jeweils in ihren Kompetenzbereich fallenden Methoden eigenverantwortlich durchführen, aber nur über ärztliche Anordnung tätig werden konnten. Ausgenommen von der Voraussetzung einer ärztlichen Anordnung waren nur Leistungen an gesunden Menschen, was nach dem Inhalt der Tätigkeit aber nur für ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und DiätologInnen infrage kam.

Die Anordnungsverantwortung lag daher nach der alten Rechtslage bei ÄrztInnen, während die Durchführungsverantwortung beim medizinischen-technischen Dienst lag und dieser daher auch ohne Beaufsichtigung durch ÄrztInnen die angeordnete Leistung eigenverantwortlich durchführen durfte. Die ärztliche Anordnung hatte sich auf den Einzelfall zu beziehen, eine generelle Leistungsanordnung für einen unbestimmten Personenkreis war unzulässig. Die Judikatur ging sogar so weit, dass sie verlangte, dass nicht nur das „Ob“, sondern auch das „Wie“ der Leistung angeordnet werden musste. Sie forderte daher, dass nicht nur die Indikationsstellung für eine Leistung durch ÄrztInnen erfolgt, sondern auch, dass diese den genauen Leistungsinhalt vorgeben, auch wenn dies in der Praxis (etwa bei den PhysiotherapeutInnen) zum Teil anders gelebt wurde.

Da alle medizinisch-technischen Dienste zur eigenverantwortlichen Durchführung der ihnen im Rahmen ihres Kompetenzkataloges zugewiesenen Leistungen be-

rechtigt sind, können sie nicht nur im Rahmen von Anstellungsverhältnissen tätig werden, sondern haben auch die Möglichkeit, sich freiberuflich niederzulassen.

Die Ausbildung von Medizinisch-Technischen Diensten setzt den Nachweis einer Reifeprüfung voraus und erfolgte ursprünglich in der Dauer von drei Jahren an sogenannten MTD-Akademien. Im Zuge einer Ausbildungsreform wurde 2005 die Möglichkeit geschaffen, MTD-Ausbildungen an Fachhochschulen zu absolvieren und in weiterer Folge die MTD-Akademien zur Gänze durch Fachhochschulen ersetzt. Die MTD-Ausbildung findet daher mittlerweile als Bachelorausbildung im Sinne des Bologna-Prozesses statt.

Nach Abschluss der Berufsausbildung konnten und können sich Angehörige der medizinisch-technischen Dienste bei Vorliegen der sonstigen Berufsvoraussetzungen (gesundheitliche Eignung, Vertrauenswürdigkeit, Deutschkenntnisse, Handlungsfähigkeit) in das Gesundheitsberuferegister eintragen lassen und erwerben damit die Berechtigung zur Berufsausübung.

3. Neufassung des MTD-Gesetzes

Mit BGBl I 2024/100 wurde am 18.7.2024 eine komplette Neufassung des MTD-Gesetzes im Amtsblatt veröffentlicht, die als MTD-Gesetz 2024 bezeichnet wird. Das Gesetz wurde nicht auf der Grundlage einer Regierungsvorlage beschlossen, sondern mittels Initiativantrag dem Nationalrat vorgelegt, um noch rechtzeitig vor den anstehenden Nationalratswahlen eine parlamentarische Beschlussfassung zu erreichen. Die meisten Bestimmungen des neuen Gesetzes traten mit 1.9.2024 in Kraft. Ausgenommen davon sind lediglich jene Bestimmungen, die die Verschreibung von Arzneimitteln und Medizinprodukten betreffen. In Hinblick darauf, dass es diesbezüglich noch detaillierterer Bestimmungen durch eine Verordnung des Gesundheitsministers bedarf, treten sie erst mit 1.9.2025 in Kraft.

Ziel der Neufassung sollte nach den Erläuternden Bemerkungen zum Gesetzesantrag sein, die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen zu stärken. Dies bedinge auch eine Modernisierung der Zusammenarbeit bzw. der Anordnungsregelungen für die Angehörigen der MTD-Berufe, die sich ausschließlich an fachlichen Anforderungen zu orientieren habe, um in der Folge die oft kritisierten bürokratischen Hürden in der Versorgungslandschaft zu vermeiden.

Als Schwerpunkte der Reform werden in den Erläuternden Bemerkungen genannt:

- die Aktualisierung und praxisadäquate Ausgestaltung der MTD-Berufsbilder,
- die Aktualisierung der Berufspflichten,
- die Überführung der MTD-Sonderausbildungen in den tertiären Bereich entsprechend der Bologna-Studienarchitektur,
- die Aufwertung des Stellenwertes der Angehörigen der MTD-Berufe.

Folgende Unterschiede ergeben sich aus dem MTDG 2024 im Vergleich zur alten Regelung:

3.1. Definition des Kompetenzbereiches

Neu ist, dass für jedes einzelne Berufsbild nicht nur eine allgemeine Kompetenzumschreibung wie bisher erfolgt, sondern auch demonstrativ Leistungen für das jeweilige Berufsbild aufgezählt werden.

Neu ist auch, dass die MTD-Berufe ermächtigt werden sollen, Arzneimittel und Medizinprodukte zu verordnen. Hierzu stehen allerdings die Detailregelungen noch aus. Das Gesundheitsministerium wird durch das MTDG ermächtigt, nach Anhörung des MTD-Beirates, der MTD-Berufsverbände, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Zahnärztekammer und des Dachverbands der Sozialversicherungsträger durch Verordnung festzulegen, in welchen medizinischen Bereichen Arzneimittel und Medizinprodukte ohne ärztliche oder zahnärztliche Anordnung verordnet und verabreicht werden dürfen bzw. in welchen medizinischen Bereichen Arzneimittel und Medizinprodukte nach ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung weiter verordnet werden dürfen.

Diese Regelung folgt dem Beispiel des Hebammengesetzes sowie des GuKG. So sind Hebammen berechtigt, bei gegebener Indikation in der Eröffnungsperiode krampflösende oder schmerzstillende Arzneimittel ohne ärztliche Anordnung anzuwenden, ebenso bei Gefahr im Verzug Wehenmittel oder wehenhemmende Mittel sowie prophylaktische Arzneimittel unmittelbar nach der Geburt einzusetzen, wenn diese nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung von den Gesundheitsbehörden empfohlen sind. Die diplomierte Krankenpflege wiederum durfte schon nach alter Rechtslage (zur neuen Rechtslage siehe unten) nach Maßgabe der ärztlichen oder pflegerischen Diagnose Medizinprodukte in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Inkontinenzversorgung, Mobilisations- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien, prophylaktische Hilfsmittel, Messgeräte sowie Illeo-, Jejun-, Colo- und Uro-Stomas verordnen.

Im Unterschied zum Hebammengesetz erlaubt das MTD-Gesetz allerdings nach Maßgabe der noch vom Gesundheitsministerium zu erlassenden Verordnung nicht nur die eigenverantwortliche Anwendung von Arzneimitteln, sondern auch die Weiter-, unter Umständen sogar Erstverordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Zu diesem Zweck wird auch das Rezeptpflichtgesetz geändert und es Berufsangehörigen der MTD-Berufe gestattet, im Rahmen ihres Kompetenzbereiches rezeptpflichtige Arzneimittel zu verschreiben bzw. weiter zu verschreiben.

3.2. Ärztliche Anordnung

Bisher konnten (ausgenommen bei Gesunden) die Angehörigen der MTD-Berufe nur über ärztliche Anordnung tätig werden. Der OGH sah in dieser Bestimmung sogar die Verpflichtung, dass nicht nur das „Ob“, sondern auch das „Wie“ der Leistung ärztlich festzulegen ist (konkret ging es im diesbezüglichen Judikat um physiotherapeutische Leistungen). Der Gesetzeswortlaut des neuen MTD-Gesetzes hat sich zwar gegenüber der bisherigen Rechtslage nicht verändert. Die

Gesetzesmaterialien zeichnen allerdings ein anderes Bild: Es soll – zugegebenermaßen in Übereinstimmung mit der gelebten Praxis – auch möglich sein, die ärztliche Anordnung allgemein zu halten, etwa lediglich „Logopädie“, „Physiotherapie“ oder „Ergotherapie“ anzuordnen. In allen Fällen der Anordnung sei seitens der MTD-Berufsangehörigen auf Grundlage der ärztlichen Diagnose eine berufsspezifische Diagnose zu erstellen und daraus der konkrete Leistungsbedarf abzuleiten. MTD-Berufsangehörige hätten sich zwar grundsätzlich an die Vorgaben der Anordnung zu halten, allerdings würden unklare, widersprüchliche oder aus Sicht des/der MTD-Berufsangehörigen falsche Anordnungen eine Rückkoppelung mit den anordnenden ÄrztInnen erfordern (EB IA 4095 BlgNr. 27. GP 34 f).

Im Unterschied zu bisher ist bei einigen MTD-Berufen ein Verzicht auf das Erfordernis einer ärztlichen Anordnung nicht nur bei der Betreuung von Gesunden vorgesehen, sondern allgemein in den Bereichen der Gesundheitsförderung sowie der Primär- und Sekundärprävention im intra- und extramuralen Setting. Dies gilt für DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen und PhysiotherapeutInnen.

Derzeit existiert keine gesetzliche Definition, was als Gesundheitsförderung, Primär- und Sekundärprävention aufzufassen ist. Die Gesetzesmaterialien verweisen dazu auf die Definitionen des „Öffentlichen Gesundheitsportals Österreichs“ (<https://www.gesundheit.gv.at/index.html>, abgefragt am 30.10.2024) und der „Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz“ (<https://oepgk.at/>, abgefragt am 30.10.2024). Dort wird einleitend festgehalten, dass Prävention das Ziel habe, durch vorbeugende Maßnahmen eine Erkrankung zu verhindern oder zu verzögern bzw. Krankheitsfolgen zu vermeiden. Zu unterscheiden sei je nach Zeitpunkt der Maßnahmen und Gesundheitszustand zwischen *Primärprävention* (gezielte Förderung der Gesundheit, um bestimmte Krankheiten zu vermeiden), *Sekundärprävention* (Früherkennung) und *Tertiärprävention* (Rehabilitation). Im Unterschied zur Prävention befasse sich die *Gesundheitsförderung* nicht mit konkreten Krankheitsrisiken, sondern mit den allgemeinen Voraussetzungen für die Erhaltung der Gesundheit.

Ziel der *Gesundheitsförderung* sei es, für alle Menschen einen Zustand von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden erreichbar zu machen. *Gesundheitsförderung* finde in Lebenswelten (Settings) statt, das sind Orte oder soziale Gruppen, in denen sich der Alltag von Menschen abspielt und die einen wichtigen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Dazu zählen Arbeitsplatz, Wohnumfeld, Schule oder Freizeiteinrichtungen. Im Mittelpunkt stünden persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand bedingen. Maßnahmen der *Gesundheitsförderung* zielten auf eine Veränderung des individuellen Verhaltens (z.B. durch Bewegungsprogramme oder Ernährungs-

beratung) oder der Lebensverhältnisse (z.B. der Arbeitswelt durch betriebliche Gesundheitsförderung) ab.

Die *Primärprävention* wende sich vorwiegend an gesunde Menschen und habe die Vermeidung von Krankheitsursachen und somit die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit zum Ziel. Im Mittelpunkt stünde, Risikofaktoren von bestimmten Krankheiten zu erkennen und die gesundheitsschädigenden Einflüsse zu vermeiden. Dazu zählen Maßnahmen wie Schutzimpfungen, gezielte Bewegung oder gesunde Ernährung.

Unter *Sekundärprävention* seien Maßnahmen zur Früherkennung, Vermeidung und Frühbehandlung einer Krankheit zu verstehen. Bereits vorhandene, aber noch keine Beschwerden verursachende Krankheiten sollen in einem Frühstadium oder Vorstadium entdeckt und durch Präventionsmaßnahmen oder eine frühzeitig einsetzende Therapie verhindert beziehungsweise verzögert werden. Dadurch solle verhindert werden, dass Krankheiten in einem Frühstadium weiter fortschreiten. Beispiele für *Sekundärprävention* seien Früherkennungsuntersuchungen wie die Vorsorgeuntersuchung Neu oder der Mutter-Kind-Pass sowie die frühzeitige Beratung oder Therapie.

Die Freistellung von ärztlichen Anordnungen geht daher deutlich über die bisherige Rechtslage hinaus. Zumindest der Bereich der Sekundärprävention erfasst definitionsgemäß auch die Betreuung von Erkrankten und damit auch die Erstellung medizinische Diagnosen, die bisher ausschließlich ÄrztInnen vorbehalten war.

3.3. Berufspflichten

Im bisherigen Recht waren die Berufspflichten der MTD-Berufsangehörigen nur vergleichsweise rudimentär geregelt. Das neue MTD-Gesetz 2024 sieht nun nach dem Vorbild des Ärztegesetzes wesentlich genauere Vorgaben vor. Erstmals eingegangen wird auf die Kompetenzen von Studierenden in Ausbildung zu einem MTD-Beruf und nach dem Muster der Bestimmungen zum Turnusarzt im Ärztegesetz die unselbstständige Durchführung der praktischen Ausbildung unter Anleitung und Aufsicht einer fachkompetenten Person festgeschrieben. Erstmals wird festgelegt, dass – genauso wie bei den ÄrztInnen – die Zahl der Berufssitze in Österreich mit zwei begrenzt ist.

Neu ist im Rahmen der Berufspflichten die ausdrückliche Vorschrift, dass die Berufsangehörigen der MTD-Berufe die Grenzen ihres eigenverantwortlichen Handelns erkennen und bei gefahrdrohenden Zuständen oder Risikofaktoren und Komplikationen ärztliche Hilfe beizuziehen haben. Ebenso wie die ÄrztInnen sind

Berufsangehörige der MTD-Berufe wie schon bisher verpflichtet, eine Dokumentation anzulegen und diese zehn Jahre aufzubewahren. Anders als bei den ÄrztInnen (und in Übereinstimmung mit der bisherigen Rechtslage) kann diese Dokumentation an BerufskollegInnen, die die PatientInnen weiter betreuen, nur mit Zustimmung des/der jeweiligen Patienten/Patientin weitergegeben werden. Neu ist, dass im Falle des Todes, für den im Ärztegesetz die – allerdings in der Praxis nicht handhabbare – Weitergabe an das Amt der Landesregierung vorgesehen ist, die Erben verpflichtet werden, die Dokumentation zu vernichten.

Auch die Bestimmungen über die Werbebeschränkungen wurden an das Ärztegesetz angepasst. Neu ist demnach, dass genauso wie bei den ÄrztInnen ein Provisionsverbot gilt, Berufsangehörige der MTD-Berufe also keine Vergütung für die Zuweisung von Personen an sie oder durch sie entgegennehmen dürfen.

Neu ist auch, dass freiberuflich tätige Berufsangehörige der MTD-Berufe eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen haben (allerdings nur mit einer Mindestversicherungssumme von € 400.000,- und damit deutlich weniger als bei ÄrztInnen, ZahnärztInnen und ApothekerInnen).

4. Novellierung des GuKG

Nicht nur das MTD-Gesetz, sondern auch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wurde 2024 novelliert. Dabei kam es auch zu einer grundlegenden Veränderung der Umschreibung der Kompetenzen der diplomierten Krankenpflege bei medizinischer Diagnostik und Therapie.

Die Gesetzesmaterialien betonen den Aspekt der damit verbundenen Kompetenzerweiterung. Bisher schon bestand die Aufgabe der Krankenpflege nicht nur in der Veranlassung und Durchführung von *pflegerischen* Maßnahmen, sondern auch in der Durchführung von *diagnostischen und therapeutischen Leistungen* nach entsprechender ärztlicher Delegation. Die Möglichkeit zur Delegation ärztlich-medizinischer Leistungen an die Pflege wird vom Gesetzgeber abgestuft geregelt. Der umfangreichste Katalog an delegierbaren Leistungen war für die diplomierte Pflege vorgesehen, in eingeschränkter Form konnten allerdings schon bisher ärztlich-medizinische Leistungen auch an die Pflegefachassistenz und an die Pflegeassistenz delegiert werden.

Bei den diplomierten Pflegeberufen enthielt das Berufsrecht bisher eine umfangreiche, wenn auch bloß demonstrative Aufzählung von delegierbaren Leistungen. Der Ministerialentwurf führt aus, dass man von diesem tätigkeitsorientierten Ansatz wegen dessen Kleinteiligkeit und der damit verbundenen Kasuistik abgehen wollte (348/ME 27. GP 7). Die neue Regelung folge nunmehr auch für die Kompetenzen der medizinischen Diagnostik und Therapie einer Kompetenzorientierung, die sich aus dem in der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege vermittelten Qualifikationsprofil sowie durch Weiterbildungen und gegebenenfalls in Höherqualifizierungen erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten ergibt. Nach der Neuregelung seien alle medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung, Betreuung und Beratung delegierbar, sofern die entsprechenden Kenntnisse durch Aus-, Weiter- oder Fortbildung oder Höherqualifizierung erworben wurde. Der Ministerialentwurf sieht diese Kompetenzerweiterung sehr weit. Er stellt darauf ab, ob die Berufsangehörigen die entsprechenden Kompetenzen im Rahmen der Grundausbildung, im Rahmen geregelter Weiterbildungen sowie Höherqualifizierungen, aber auch durch Fortbildungen oder durch informelles Lernen erworben haben. Während der Inhalt der Grundausbildung, aber auch der gesetzlich geregelten Weiterbildungen und Höherqualifizierungen, durch Gesetz oder Verordnung festgelegt wird, trifft dies für Fortbildungsmaßnahmen nicht zu und natürlich erst recht nicht für informelles Lernen. Insofern besteht ein erheblicher Spielraum für Kompetenzerweiterungen. Der Ministerialentwurf bezeichnet dies als dynamische Regelung, um die indivi-

duellen Bildungs- und Karrierewege sowohl für die Berufsangehörigen als auch für die Gesundheitseinrichtung, für die sie tätig sind, besser nutzbar machen können. Er anerkennt daher eine besondere Rolle der Pflegedienstleitung, die diese Kompetenzerweiterungen einrichtungsspezifisch betreiben können soll.

Die neue Rechtslage sieht hinsichtlich der Kompetenzen im medizinischen Bereich allerdings eine Obergrenze vor. Nicht delegierbar ist die Durchführung jener medizinischen Maßnahmen, die nicht vom Berufsbild der Krankenpflege erfasst sind oder für deren fachgerechte Durchführung das Vorliegen einer ärztlichen Qualifikation bzw. einer berufsspezifischen Qualifikation in einem anderen Gesundheitsberuf Voraussetzung ist. Die Materialien nennen konkret die medizinische Anamnese, Diagnose und Aufklärung in der Abgrenzung zu den ÄrztInnen bzw. berufsspezifische Qualifikationen der MTD-Berufe, Hebammen oder PsychotherapeutInnen.

Die diplomierte Krankenpflege trifft auch nach neuer Rechtslage prinzipiell nur die Durchführungsverantwortung, die Leistungserbringung muss aber weiterhin ärztlich angeordnet werden. Im Unterschied zur alten Rechtslage müssen diese Anordnungen nicht mehr schriftlich erfolgen, sondern reicht die Dokumentation durch die ÄrztInnen/die Krankenpflege. Während aber bisher immer eine konkrete Anordnung im Einzelfall verlangt war, können in Zukunft generelle ärztliche Anordnungen für die Durchführung standardisierter diagnostischer Maßnahmen als Vorbereitung des medizinischen Behandlungspfades oder als Überwachungsmaßnahme einer medizinischen Behandlung erteilt werden.

Neu ist auch, dass die Krankenpflege nicht nur bestimmte Medizinprodukte, sondern ab 1.9.2025 auch in einigen Bereichen Arzneimittel verordnen kann, konkret in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Körperpflege sowie Pflegeinterventionen und -prophylaxen. Allerdings bedarf es noch einer Verordnung des Gesundheitsministeriums, mit der festgelegt wird, welche Arzneimittel aus diesen Bereichen ohne ärztliche Anordnung verordnet werden dürfen bzw. welche Arzneimittel zumindest nach ärztlicher Erstverordnung weiter verordnet werden können.

Etwas erweitert wurde durch die Novelle auch der Kompetenzbereich der Pflegefachassistenz. Hinzugekommen ist neu die Kompetenz zur Verabreichung intravenöser Infusionen ohne medikamentösen Wirkstoff zur Hydratation bei liegendem peripheren venösen Gefäßzugang sowie die Assistenz bei der chirurgischen Wundversorgung.

5. Bemerkungen zur neuen Rechtslage

5.1. Delegation von Leistungen an die diplomierte Pflege

Im Unterschied zu bisher und zu den PflegefachassistentInnen ist der Kompetenzbereich der diplomierten Pflege nach der Neuregelung nicht mehr mit konkreten Leistungen beschrieben, sondern erstreckt sich der Kompetenzbereich auf alle Kenntnisse, die durch Aus-, Weiter- und Fortbildung oder Höherqualifizierung erworben wurden.

Schon die Interpretation dieser neuen Bestimmung lässt Fragen offen. Nach den Materialien kommt es auch durch informelles Lernen zu einer Kompetenzerweiterung. Dies ließe darauf schließen, dass es auf die individuellen Fähigkeiten ankommt und nicht darauf, welches Curriculum aktuell für die Ausbildung, jeweilige Spezialisierung oder Höherqualifizierung vorgesehen ist. Die Lehrpläne dafür werden durch Verordnung des Gesundheitsministeriums festgelegt und immer wieder an die medizinische Entwicklung angepasst. Naturgemäß ist es daher so, dass ein großer Teil der aktiven Angehörigen der diplomierten Pflege die Ausbildung nach einem zeitlich bereits überholten Curriculum abgeschlossen hat. Wenn tatsächlich der Gesetzgeber im Auge hatte, dass es um die individuelle Qualifikation geht, wird daher durch einen Ausbau des Curriculums nicht automatisch der Kompetenzumfang bereits aktiver Angehöriger der diplomierten Pflege erweitert.

Vor allen Dingen aber führt die neue Rechtslage zu großer Unsicherheit. Für die qualifizierteren nicht ärztlichen Berufe ist ja typisch, dass sie die an sie delegierten Leistungen aufsichtsfrei durchführen können. Es gilt daher nach der höchstgerichtlichen Judikatur zwischen anordnenden ÄrztInnen und den durchführenden Angehörigen der diplomierten Pflege der Vertrauensgrundsatz. Es ergibt sich daher das Problem, wie anordnende ÄrztInnen die individuelle Kompetenz der diplomierten Krankenpflegerin/des diplomierten Krankenpflegers beurteilen sollen. Sind diese verpflichtet, sich bei unbekanntem Angehörigen der Krankenpflege anlässlich der Delegation von der Fähigkeit zur Erbringung der angeordneten medizinisch-ärztlichen Leistung zu überzeugen? Oder können sie sich auf diesbezügliche Angaben der Krankenpflege verlassen? Vor allem im Spital, wo die Zusammenarbeit nicht mit derselben Kontinuität zwischen den Beteiligten ablaufen wird wie in einer Ordination, kann dies zu erheblichen rechtlichen Unsicherheiten führen.

Nicht verständlich ist auch, dass die Gesetzesmaterialien es der Pflegeleitung überlassen wollen, wie sich das individuelle Fortbildungsprogramm und damit die Kompetenzerweiterung der einzelnen Angehörigen der diplomierten Pflege entwickeln soll. Immerhin geht es hier nicht um pflegerische Leistungen, sondern um ärztlich-medizinische Leistungen und folglich darum, an welchen Delegationen in der jeweiligen Organisationseinheit ein Bedarf besteht. Verständlicher wäre daher, wenn es in einer Krankenanstalt den AbteilungsleiterInnen obliegen würde, auf die bedarfsgerechte Erweiterung der Kompetenzen der ihrer Abteilung zugeordneten diplomierten Pflegekräfte zu achten.

Im Grunde genommen erscheint allerdings der Ansatz, Kompetenzerweiterungen der diplomierten Pflege individuell und abgestimmt auf die persönlichen Fähigkeiten bzw. je nach Bedarf der Krankenanstalt oder Ordination zuzulassen, durchaus sinnvoll. Die dafür gewählte gesetzliche Konstruktion erscheint aber suboptimal. Klüger wäre es gewesen, die Entscheidung über die Kompetenzerweiterung den ÄrztInnen zu übertragen, die mit den jeweiligen diplomierten Pflegekräften zusammenarbeiten. Nicht nur, dass sie den Bedarf an einer Erweiterung der Delegationsmöglichkeit am besten beurteilen können, können sie wahrscheinlich auch am besten einschätzen, welches Potenzial für medizinisch-ärztliche Kompetenzerweiterungen die jeweilige diplomierte Pflegekraft mitbringt, bzw. darauf achten, dass diese Kompetenzen auch durch praktische Erfahrung abgesichert werden.

Um gleichzeitig Flexibilität und möglichst große Rechtssicherheit zu erreichen, wäre es vernünftiger gewesen, im Berufsrecht der diplomierten Pflege weiterhin jene Leistungen aus dem ärztlich-medizinischen Bereich aufzuzählen, die jedenfalls an jeden Berufsangehörigen delegierbar sind. Darüber hinaus hätte man aber an die schon seit vielen Jahren im Ärztegesetz enthaltenen Bestimmungen der §§ 50a, 50b anknüpfen können. Diese sehen vor, dass (hier allerdings bezüglich Personen, die über keine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf verfügen) Leistungen übertragen werden können, wenn der/die delegierende Arzt/Ärztin die Person entsprechend instruiert und sich vergewissert hat, dass die Unterweisung verstanden wurde. Dies mit der rechtlichen Konsequenz, dass die jeweiligen Leistungen aufsichtsfrei durchgeführt werden können. Man hätte die Aufzählung des Leistungskatalogs im Berufsrecht der diplomierten Krankenpflege bestehen lassen und dadurch erweitern können, dass im Ärztegesetz die Übertragung von (natürlich auch wesentlich komplexeren Leistungen als bei Laien) an nicht ärztliche Gesundheitsberufe bei entsprechender Instruktion durch den/die Arzt/Ärztin oder entsprechender ärztlich veranlasster individueller Fortbildung ermöglicht wird. Mit diesem Mischsystem hätte man ebenfalls den Bedürfnissen der Praxis entsprochen, ohne die durch die aktuelle Regelung entstandenen Rechtsunsicherheiten in Kauf nehmen zu müssen.

5.2. Delegationen im neuen MTD-Gesetz

Die Gesetzesmaterialien zur Neufassung des MTD-Gesetzes gehen davon aus, dass ärztliche Anordnungen auch ohne genaue inhaltliche Festlegung zulässig sind. Im Gesetzestext selbst ergibt sich dies nicht so klar. Ableitbar ist diese Interpretation wohl daraus, dass den Angehörigen der MTD-Berufe eine berufsspezifische Diagnosestellung aufgetragen wird. Dass nun klarer als bisher allgemeine ärztliche Anordnungen zugelassen werden, entspricht wohl den Bedürfnissen und den Usancen der Praxis. Wünschenswert wäre allerdings gewesen, dies im Hinblick auf die doch weitreichenden rechtlichen Konsequenzen auch im Gesetz ausdrücklich zu verankern.

Zu hinterfragen ist allerdings, inwieweit die anordnenden ÄrztInnen genauere inhaltliche Anordnungen mit verbindlicher Wirkung geben können. Immerhin gibt es auch viele Fälle, bei denen anordnende Ärztinnen über hohe Expertise im jeweiligen Fachbereich verfügt. Man denke etwa an Anordnungen von FachärztInnen für medizinisch-chemische Labordiagnostik gegenüber biomedizinischen AnalytikerInnen oder Anordnungen von FachärztInnen für Physikalische Medizin an PhysiotherapeutInnen oder an Anordnungen von HNO-ÄrztInnen gegenüber LogopädInnen. Die Materialien sprechen von einer Verpflichtung zur Rückkoppelung, wenn Angehörige des jeweiligen MTD-Berufes von einer genauen Anordnung abweichen möchten, ohne allerdings klarzustellen, wem die endgültige Entscheidung zukommt. Im Abschnitt über die allgemeinen Berufspflichten ist lediglich in § 32 Abs. 3 MTDG 2024 festgehalten, dass die Berufsangehörigen die Grenzen ihres eigenverantwortlichen Handelns erkennen müssen und insbesondere verpflichtet sind, bei gefahrdrohenden Zuständen, erkennbaren Risikofaktoren oder Komplikationen eine/n Arzt/Ärztin beizuziehen. §§ 33 Abs. 2 MTDG 2024 hält weiters fest, dass im Rahmen der Sekundärprävention (wo ohne Anordnung von ÄrztInnen gehandelt werden kann) behandelnde ÄrztInnen über relevante Änderungen des Zustandsbildes zu informieren bzw. die PatientInnen an ÄrztInnen weiterzuverweisen sind.

Aus dem Gebot des Vorliegens einer ärztlichen Anordnung ergibt sich aber wohl, dass die Anordnung der Entscheidung des/der MTD-Berufsangehörigen vorgehen muss. Werden daher genauere ärztliche Anordnungen getroffen, dann wird wohl der/die MTD-Berufsangehörige daran gebunden sein. Hält sie/er die Anordnung für unrichtig und besteht der/die anordnende Arzt/Ärztin dennoch darauf, bleibt nur die Möglichkeit, die Durchführung der Leistung abzulehnen (zumal Konsens darüber besteht, dass der Begriff der Anordnung im MTD-Gesetz nicht meint, dass anordnende ÄrztInnen zur Durchführung der Leistung verpflichten können, sondern dass mit der Anordnung nur eine berufsrechtliche Ermächtigung für den

MTD-Beruf verbunden ist). Wünschenswert wäre allerdings, diese Frage auch im Berufsrecht der MTD-Berufe eindeutig zu regeln.

5.3. Anordnungsfreies Handeln von MTD-Berufsangehörigen

Bisher war ein anordnungsfreies Handeln nur für PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen und DiätologInnen vorgesehen, und dies auch nur dann, wenn es nicht um die Betreuung kranker Personen geht. Nach der Neuregelung können DiätologInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen, OrthoptistInnen und PhysiotherapeutInnen ohne ärztliche Anordnung im Bereich der Gesundheitsförderung sowie der Primär- und Sekundärprävention sowohl extra- als auch intramural tätig werden.

Der Bereich der Sekundärprävention erfasst definitionsgemäß auch die Tätigkeit (insbesondere Diagnosestellung) an kranken Personen, weshalb die Neuregelung deutlich über die bisherige hinausgeht und mit dem Prinzip bricht, dass bei der Betreuung von Kranken jedenfalls ÄrztInnen eingeschaltet sein müssen.

Nicht eindeutig geregelt ist ein weiterer für alle MTD-Berufe geltender Fall der Anordnungsfreiheit. Vorgesehen ist, dass der/die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister/Bundesministerin durch Verordnung festlegen kann, in welchen medizinischen Bereichen Arzneimittel und Medizinprodukte nach ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung weiter verordnet werden dürfen bzw. welche Arzneimittel und Medizinprodukte überhaupt ohne eine solche Verordnung und verabreicht werden dürfen.

Es stellt sich daher die Frage, inwieweit das Gesundheitsministerium den diagnostischen und therapeutischen anordnungsfreien Kompetenzbereich von MTD-Berufen durch eine solche Verordnung erweitern kann. Anzunehmen ist wohl nach dem systematischen Zusammenhang der Bestimmung, dass eine anordnungsfreie Verordnung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten nur in den Bereichen infrage kommt, in denen der jeweilige MTD-Beruf auch anordnungsfrei tätig werden kann, bzw. dass darüber hinaus nur die Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten zulässig ist, die sich aus den Notwendigkeiten der Durchführung einer angeordneten Leistung ergeben. Die Bestimmung könnte allerdings auch anders gelesen werden und könnte es damit in die Hand des Gesundheitsministeriums legen, selbst typisch kurative Leistungen durch MTD-Berufsangehörige ohne ärztliche Anordnung zu gestatten, soweit sie mit der Verordnung oder Verabreichung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten

verbunden sind. Der Gesetzeswortlaut könnte jedenfalls Anlass zu Zweifeln geben, und es bleibt abzuwarten, wie dies der (bisher noch nicht tätige) Verordnungsgeber sieht.

Dr. Klaus Kubin, MBA

Leiter Referat Gesundheitsberufe, Österreichische Ärztekammer

Von **M**edizinisch-**T**echnischer **D**ienst zu **M**edizinisch- **T**herapeutisch-**D**iagnostisch

Eine Kontroverse um Worte und Kompetenzen

1. Einleitung	28
2. Die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe	29
3. Die Novelle	31
4. Die in Kraft getretene Novelle erzeugt viele Profiteure!	37
5. Trotz aller Euphorie – wo Licht ist, ist auch Schatten	38
6. Fazit	40

1. Einleitung

Am 04.07.2024 wurde im Nationalrat eine Novelle des MTD-Gesetzes beschlossen. Diese ist großteils mit 01.09.2024 in Kraft getreten – haben Sie es bemerkt?

Die letzte große Novelle des MTD-Gesetzes datiert aus dem Jahr 1992, und eine Novellierung war zweifelsohne überfällig. Die Entwicklung der Medizin schreitet in einem noch nie dagewesenen Tempo voran und die Gesetzgebung muss dem Rechnung tragen. Viele Inhalte der Novelle regeln nun bisherige Grauzonen und geben den Berufsgruppen Rechtssicherheit in ihrem täglichen Tun. Und eine Novelle ist immer auch die Chance zu präzisieren, Rechtsgrundlagen zur Kompetenzexpansion zu schaffen und die Zukunft der Berufsgruppen festzulegen. Profiteure all dieser Bestrebungen sollten der Patient/die Patientin, das Gesundheitssystem und die Kollegenschaft sein.

2. Die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe

Sie sind eine Berufsgruppe innerhalb der Gesundheitsberufe, die einerseits technische Assistenz in der Medizin leistet oder nach ärztlicher Anordnung eigenverantwortlich therapiert. Es gibt 7 MTD-Berufe:¹

- Der **Beruf der Biomedizinischen Analytikerin/des Biomedizinischen Analytikers** umfasst die Ausübung aller Methoden der Labor- und Funktionsdiagnostik, die im Rahmen von medizinischen Untersuchungen und Behandlungen erforderlich sind.
- Der **Beruf der Diätologin/des Diätologen** umfasst die ernährungsmedizinische Behandlung und Beratung zur Erhaltung, Förderung, Verbesserung und Wiederherstellung des Gesundheitszustandes einschließlich Ernährungs- und Pflege management.
- Der **Beruf der Ergotherapeutin/des Ergotherapeuten** umfasst ergotherapeutische Maßnahmen zur Entwicklung, Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder Wiedererlangung der individuellen Handlungsfähigkeit.
- Der **Beruf der Logopädin/des Logopäden** umfasst logopädische und audiometrische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Verbesserung und Wiedererlangung der Nahrungsaufnahme, des Schluckens und der individuellen Kommunikationsfähigkeit.
- Der **Beruf der Orthoptistin/des Orthoptisten** umfasst die Untersuchung, Befunderhebung, Behandlung und Vermeidung von funktionellen Erkrankungen der Augen und des visuellen Systems sowie von Bewegungs- und Koordinationsstörungen der Augen.
- Der **Beruf der Physiotherapeutin/des Physiotherapeuten** umfasst die Ausübung aller physiotherapeutischen Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Zusammenhänge auf den Gebieten der Therapie, Rehabilitation und Prophylaxe, einschließlich Gesundheitserziehung.

¹ Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024 – MTDG)

- Der **Beruf der Radiologietechnologin/des Radiologietechnologen** umfasst die Ausübung aller medizinisch-technischen Methoden bei der Anwendung von ionisierenden Strahlen, nicht ionisierender Strahlung und Schallwellen.

Wie aus ihrer alten Bezeichnung – medizinisch-technischer Dienst – ableitbar, finden sich Berufe, die im Medizintechnikbereich tätig sind (RT, BMA), und Berufsgruppen, die am Patienten medizinisch-therapeutisch tätig sind. Beiden gemeinsam ist die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen, und hier insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten.

Allen sieben Berufsgruppen gemein ist auch eine Fachhochschulausbildung, die mit einem Bachelorabschluss endet und die Möglichkeit eines Masterstudiums beinhaltet.

In Österreich waren Anfang 2020 rund 33.600 Angehörige der MTD im Gesundheitsberuferegister erfasst und damit zur Ausübung des Berufs berechtigt. Rund 44 % davon sind Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, 18 % Biomedizinische Analytikerinnen/Analytiker, 15 % Radiologietechnologinnen/Radiologietechnologen, 12 % Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, 6 % Logopädinnen/Logopäden, 5 % Diätologinnen/Diätologen und 1 % Orthoptistinnen/Orthoptisten.²

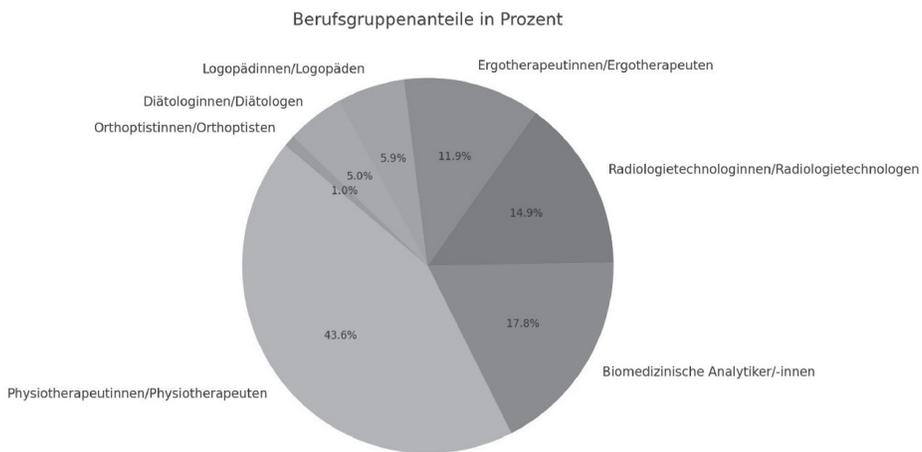


Abb. 1: Angehörige der MTD im Gesundheitsberuferegister

Mehr als 90 % der MTD sind weiblich, Ausnahmen stellen nur Physiotherapie sowie Radiologietechnologie mit einem 25-prozentigen Männeranteil dar.³

2 MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030 Ergebnisbericht im Auftrag der Arbeiterkammer Wien – GÖG GmbH

3 Personalprognose Österreich: Medizinisch-technische Dienste Zwischenergebnisse 2019, aktualisiert im Auftrag der Arbeiterkammer Wien – GÖG GmbH

3. Die Novelle

Der Prozess der Neugestaltung des MTD-Gesetzes hat bereits 2017 begonnen und wurde maßgeblich von der Interessenvertretung MTD-Austria und dem BMSGPK orchestriert. Im Rahmen einer Vorbereitungsphase zur Reformierung der Berufsbilder der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) wurde im Frühjahr 2022 im Auftrag des BMSGPK pro Berufsgruppe der MTD eine Diskussionsgrundlage durch Fachexpertengruppen aus dem MTD-Bereich erstellt. An den Fachexpertensitzungen der Phase 1 (ein Termin pro Berufsgruppe im Frühjahr 2022) nahmen jeweils berufsgruppenspezifische Fachexpertinnen/-experten teil, die vom MTD-Berufsverband, von der MTD-Austria, der Fachhochschulkonferenz, der BAK bzw. der ÖGB ARGE FGV entsendet wurden; darüber hinaus nahmen berufsspezifische Mitglieder des MTD-Beirats des BMSGPK teil. Es erfolgte die Definition von sechs Themenfeldern:

1. Kompetenzen, Verantwortlichkeit und Tätigkeitsbereiche
2. Ausbildung, Spezialisierung (derzeit „Sonderausbildung“)
3. Interprofessionelle Zusammenarbeit
4. Forschung und Entwicklung
5. Wissenschaft
6. Qualitätssicherung und -kontrolle

Basierend auf diesen Themenfeldern entstand ein Dokument mit MTD-übergreifenden und berufsgruppenspezifischen Inhalten, welches in drei Teile gegliedert wurde:

1. Diskussionsgrundlage zum „allgemeinen Berufsbild der MTD/Präambel“ (MTD-übergreifend)
2. Diskussionsgrundlage zum jeweiligen „spezifischen Berufsbild“ (berufsgruppenspezifisch)
3. Diskussionsgrundlage zu Kernkompetenzen (weitgehend MTD-übergreifend) mit berufsgruppenspezifischen Ergänzungen

Im Herbst 2022 erfolgte die Einladung der GÖG zur Teilnahme an einer Fachexpertensitzung mit einem erweiterten Stakeholderkreis für jeden MTD-Beruf. Diese sieben Arbeitssitzungen wurden durch die GÖG moderiert und Vertreter folgender Stakeholder haben über die Inhalte einer Gesetzesreform diskutiert:

- Bundesarbeitskammer bzw. ÖGB/ÖGB ARGE-FGV
- Bundesverband Selbsthilfe Österreich
- Dachverband der Sozialversicherungsträger
- MTD-Austria
- MTD-Beirat des BMSGPK
- ÖÄK
- Österreichische Fachhochschul-Konferenz
- Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
- Vertreter der MTD-berufsspezifischen medizinischen Fachgesellschaften
- Plattform für Patientensicherheit
- Vertreter der jeweiligen MTD-Berufsgruppen-Interessensvertretung (biomed austria, Diätologie Austria, ergotherapie austria, logopädie austria, orthoptik austria, physioaustria, rt austria)
- Verbindungsstelle der Länder
- Wirtschaftskammer Österreich

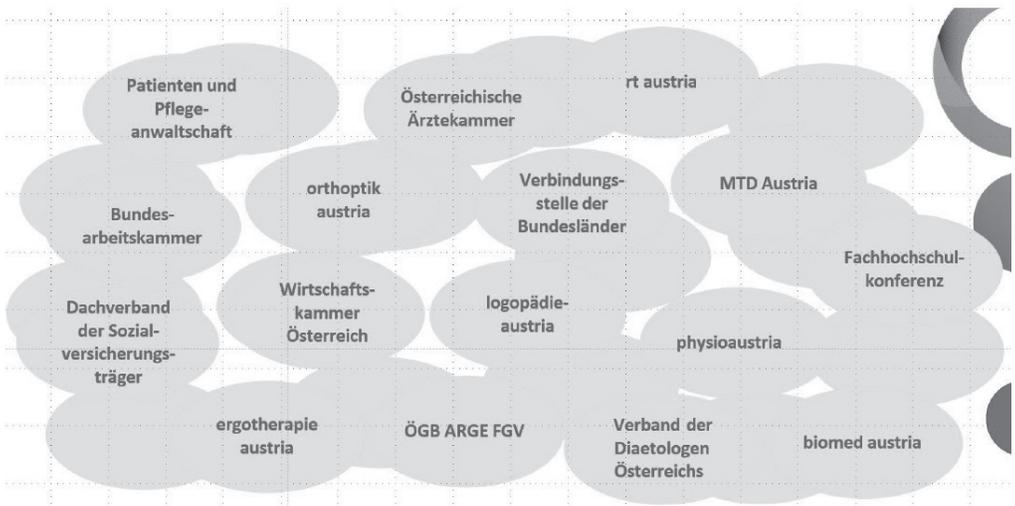


Abb. 2: Teilnehmer an der Fachexpertensitzung mit einem erweiterten Stakeholderkreis für jeden MTD-Beruf (2022)

Ziel dieser Arbeitssitzungen war ein im Konsens erstelltes Dokument, in dem das allgemeine Berufsbild und zehn teils neue Kernkompetenzen für jedes MTD-Berufsbild festgeschrieben werden sollten. Dieses Ziel wurde in allen Arbeitssitzungen nicht erreicht. Insbesondere die Erweiterung des eigenverantwortlichen Tuns und die gleichzeitige Streichung der ärztlichen Anordnung haben zu einem Dissens unter den Diskutanten geführt. Aber auch neue Kernkompetenzen wie die eigenständige Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln und Heilbehelfen und die Durchführung und Interpretation von Assessments und Screeningverfahren wurden nicht von allen Teilnehmern befürwortet.

Andere Kompetenzen fanden den Zuspruch der meisten Sitzungsteilnehmer:

- Qualitätssicherung, -kontrolle und -entwicklung einschließlich Erarbeitung von Standards, Richtlinien und Leitlinien,
- Sachverständigentätigkeit und Erstellung von berufsspezifischen Gutachten,
- Anleitung, Begleitung und Beurteilung von Auszubildenden der Gesundheits- und Sozialberufe gemäß berufsspezifischen Kompetenzen sowie Vermittlung der Fachexpertise im Kontext von Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Wissensmanagement sowie eigenständige fachspezifische Forschung insbesondere durch Vermittlung fachspezifischer Expertise in Forschungsprojekten, Entwicklung und Bereitstellung fachspezifischer/berufsspezifischer Evidenz und Wissensgrundlagen.

Trotz der vielen kontrovers geführten Diskussionen gelang es der GÖG in einer bemerkenswerten Eigenständigkeit, für alle sieben MTD-Berufe Arbeitspapiere zu gestalten, die dem BMSGPK als Unterstützung zur Gestaltung der Gesetzesnovelle dienen sollten.

Gleichzeitig hat es die ÖÄK am Beginn des Jahre 2023 als ihre Aufgabe gesehen, sich als Co-Moderator am Novellierungsprozess zu beteiligen. Das Referat für Gesundheitsberufe der ÖÄK sieht es als eine seiner wichtigsten Aufgaben, nicht nur zwischen einzelnen Gesundheitsberufen zu vermitteln, sondern auch in der gesundheitspolitischen Sozialpartnerschaft zwischen Gesundheitsberufen, gesetzlichen Interessensvertretungen, Berufsgruppenvertretungen, Sozialversicherungen, Politik und Patienten bzw. Patientenvertretern zu vermitteln. Das Referat für Gesundheitsberufe wird diesem Anspruch seit Jahren mehr als gerecht und stellt dies mit der aktiven Betreuung der Gesundheitsberufe-Konferenz unter Beweis.

Das Referat für Gesundheitsberufe hat alle MTD-Interessenvertretungen zu bilateralen Gesprächen gebeten. Es war das Bestreben der ÖÄK, das BMSGPK bei der MTD-Gesetzesreform allumfassend zu unterstützen und zu beraten. Kernziel

der bilateralen Gespräche war die Einschätzung der Auswirkungen einer MTD-Gesetzesreform auf Patientinnen und Patienten. Die Patientensicherheit, Patienten-Compliance und patientenrelevante Systemverbesserung sind in jedem Fall die entscheidenden Faktoren, an denen sich das Gesetz messen lassen muss. Standespolitische Ziele, Rechtssicherheit für die Kolleginnen und Kollegen und Wirtschaftlichkeit waren subsidiäre, aber ebenso wichtige Ziele.

Die Gesprächsrunden fanden mit allen MTD-Berufsgruppen statt, waren wertschätzend und konstruktiv, jedoch inhaltlich, insbesondere in der Definition neuer Kompetenzen in der Berufsausübung, geprägt von teils weit auseinanderliegenden Standpunkten. Zentraler Dissens entstand in Frage der Notwendigkeit der ärztlichen Anordnung. Aus Sicht der MTDs ist die Einbindung der Ärztin/des Arztes in den Behandlungsprozess nicht standardisiert notwendig. Insbesondere im Zusammenspiel der Kompetenzen der einzelnen MTD-Berufe miteinander sollte eine eigenverantwortliche und selbständige Patientenbehandlung möglich sein. Gleichzeitig konnte in den Gesprächen jedoch auch festgestellt werden, dass sich die MTD-Berufe in Bezug auf die Auslegung der fundamentalen Begriffe „eigenverantwortlich“ und „selbständig“ als heterogene Gruppe erwiesen. Ungeachtet aller Bemühungen der ÖÄK, beratend auf das BMSGPK im Rahmen der Gesetzesgestaltung einzuwirken, wurde ein Gesetzesentwurf veröffentlicht, der inhaltlich ausschließlich den Wünschen von MTD-Austria entsprach. Der Ausbau von „eigenverantwortlich und selbständig“ zu erledigenden Aufgaben und die Eliminierung der ärztlichen Anordnung ging so weit, dass eine Berufshaftpflichtversicherung notwendig wurde und zur Erlangung der neuen Kompetenzen die Aus- und Weiterbildung neu geregelt werden musste sowie Subspezialisierungen eingeführt wurden.

Auf Grund des damals vorliegenden Entwurfes hat das Referat für Gesundheitsberufe der ÖÄK in Folge die Kritik am Gesetzestext veröffentlicht:

Die augenscheinlichste Änderung erfolgte durch die Akronymänderung im Titel des Gesetzes: Bundesgesetz über die gehobenen **medizinisch-therapeutisch-diagnostischen** Gesundheitsberufe (MTD Gesetz 2024 – MTDG).



Abb. 3: Neuer Name des Gesetzes

Aus Sicht der betroffenen Berufsgruppe war das eine dringend notwendige Präzisierung ihres Tuns, gehoben medizinisch, diagnostisch und therapeutisch tätig zu sein. Aus der Sicht anderer Gesundheitsberufe eine Vereinnahmung von Begriffen, die das ureigenste Tun von anderen Berufsgruppen, insbesondere Ärztinnen und Ärzten, beschreiben: Diagnose und Therapie. Andere Gesundheitsberufe bleiben ratlos zurück: Was bleibt, wenn Therapie und Diagnose den sieben MTD-Berufen zugeordnet werden? Die **„nicht“ gehobene** medizinische Therapie und Diagnose? Die **ärztliche** medizinische Therapie und Diagnose? Ratlos zurückbleiben werden die Patientinnen und Patienten, die sich in Zukunft zwischen der Diagnose von MTDs und Ärzten/innen und dem Therapieangebot von MTDs und Ärzten/innen entscheiden müssen.

Neu in der Novelle war die inflationär angewandte „Verordnungsermächtigung durch den Bundesminister“. Spezialisierungen, die Konkretisierungen von Kompetenzen oder auch die Festlegung, welche Arzneimittel und Medizinprodukte von den jeweiligen MTD-Angehörigen ohne ärztliche oder zahnärztliche Anordnung verordnet und verabreicht werden dürfen, werden dazu führen, dass nachhaltig in die MTD-Berufe eingegriffen werden kann, ohne tatsächlich weitere gesetzliche Änderungen vornehmen zu müssen.

Kritisch gesehen wurde auch der MTD-Beirat und dessen Zusammensetzung. Die ÖÄK empfahl dringlich die Aufnahme von spezifischen Fachärzten/innen pro MTD-Sparte, um hinsichtlich der Zusammenarbeit in fachlichen Angelegenheiten aus ärztlicher Sicht optimal beraten zu können (z.B. Diätologie – Innere Medizin, Logopädie – HNO, Radiologietechnologie – Radiologie, Biomedizinische Analytik – Labormedizin etc).

Grundsätzlich wurde gegenüber dem BMSGPK festgehalten, dass Ärztinnen/Ärzte ein fundamentaler Bestandteil der Versorgungsstruktur im österreichischen Gesundheitssystem sind. Die ÖÄK hatte große Hoffnungen in die MTD-Gesetzesreform gesetzt, um die problematische Situation des überlasteten Gesundheitssystems nachhaltig zu verbessern. Mit großem Engagement und in ständigem Austausch mit den MTD-Berufen hatte sich die ÖÄK in den Reformprozess eingebracht. Zentrales Anliegen war eine verbesserte patientenzentrierte Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

Der nunmehr vorliegende Entwurf konterkarierte diese Bemühungen und hätte zu einer Separation der betroffenen Gesundheitsberufe geführt. Mit der Schaffung von Parallelversorgungsstrukturen durch nicht ärztliche Gesundheitsberufe wäre keine Versorgungssicherheit entstanden, sondern eine Patientenverunsicherung, und eine Patientengefährdung wäre zu befürchten gewesen.

Aus Sicht einzelner Stakeholder hätte der Entwurf der Novelle auf Grund der neuen Komplexität der MTD-Berufe vermutlich auch negative Auswirkungen auf die Attraktivität der Berufsbilder gehabt.

Alle Argumente wurden politisch gehört und unterschiedlich bewertet. Letztendlich ist es im politischen Diskurs gelungen, den Entwurf zu überarbeiten. In den Bereichen „*Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit*“, „*Kompetenzerweiterung*“, „*Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln und Heilbehelfen*“ sowie „*Spezialisierungen*“ wurden parlamentarisch mehrheitsfähige Formulierungen gefunden die sicherstellen, dass Patientensicherheit, Patienten-Compliance und eine patientenrelevante Systemverbesserung gesichert sind.

4. Die in Kraft getretene Novelle erzeugt viele Profiteure!

Allen voran profitieren die Patientinnen und Patienten. Die medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe erfahren durch die Gesetzesnovelle eine verbesserte Versorgungsrelevanz. Das Mehr an Kompetenz bedeutet ein Mehr an medizinischen Leistungen. Der Zugang zu Diagnose und Therapie wird niederschwelliger. Die enge Zusammenarbeit der MTDs mit anderen Gesundheitsberufen garantiert eine gleichbleibende Qualität in der Patientenversorgung trotz horizontaler Kompetenztransfers.

Es profitiert das Gesundheitssystem. Erweiterte und neue Kompetenzen sichern mittelfristig eine Leistungsmatrix bei gleichbleibender Qualität. Ressourcenverknappungen, insbesondere im Bereich Human Ressource, werden durch horizontale und vertikale Tasktransfers abgemildert. Auch bei angespannten Personalsituationen bleiben die leistungserbringenden Einheiten handlungsfähig.

Es profitieren die Sozialversicherungen und Spitäler. Die Erweiterung der allgemeinen Kompetenzen und die Spezialisierungen ermöglichen eine noch effektivere Zusammenarbeit der MTDs mit anderen Gesundheitsberufen. Damit werden Prozesse der Krankenbehandlung, aber auch Screening und Prävention effizienter und besser verfügbar. Diese Benefits werden natürlich auch im niedergelassenen Bereich zum Tragen kommen.

Es profitieren die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe. Die MTD-Gesetzesreform 2024 gibt Rechtssicherheit bei einer Vielzahl von Tätigkeiten, erweitert die Möglichkeiten im Bereich der eigenverantwortlichen und selbständigen Handlungsfelder, ermöglicht die Verordnung und Verabreichung von ausgewählten Arzneimitteln und Heilbehelfen und eröffnet die Möglichkeit von Spezialisierungen. In Zeiten der gesunkenen Nachfrage nach Ausbildungsplätzen ist das eine willkommene Attraktivierungsmaßnahme der MTD-Berufe.

5. Trotz aller Euphorie – wo Licht ist, ist auch Schatten

Ja, die Novelle des MTD-Gesetzes hat neben den zahlreichen positiven Aspekten auch Kritikpunkte hervorgerufen, die von verschiedenen Stakeholdern, insbesondere der Ärzteschaft und anderen Gesundheitsberufen, geäußert wurden:

- Die **teilweise Abschaffung der ärztlichen Anordnungspflicht**: Ein zentraler Kritikpunkt betrifft die erweiterte Eigenverantwortung der MTD-Berufe, insbesondere die Abschaffung der ärztlichen Anordnung in bestimmten Bereichen. Kritiker, vor allem aus ärztlichen Kreisen, sehen darin eine Gefahr für die Patientenversorgung und die Patientensicherheit. Es wird befürchtet, dass eine mangelnde Einbindung von Ärzten in den Behandlungsprozess zu Fehlern und Unklarheiten bei Diagnosen und Therapien führen könnte.
- **Überlappung von Kompetenzen**: Die neue Gesetzgebung erweitert die Zuständigkeiten der MTD-Berufe in Bereichen, die traditionell den Ärzten vorbehalten waren, insbesondere in den Bereichen Diagnostik und Therapie. Dies hat Bedenken ausgelöst, dass es zu Kompetenzüberschneidungen und Unklarheiten in der Zusammenarbeit kommen könnte. Einige befürchten, dass diese Entwicklungen die Rollenklarheit im Gesundheitssystem verwässern könnten.
- **Patientenverunsicherung**: Durch die erweiterte Rolle der MTD-Berufe könnte es bei Patienten zu Unsicherheiten kommen, wenn sie künftig nicht mehr eindeutig zwischen ärztlicher und nicht ärztlicher Diagnostik und Therapie unterscheiden können. Kritiker sehen hierin die Gefahr, dass Patienten Schwierigkeiten haben könnten, die Verantwortlichkeiten und Qualifikationen der Behandelnden zu verstehen.
- **Inflationäre Nutzung von Verordnungsermächtigungen**: Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Möglichkeit des Gesundheitsministers bzw. der Gesundheitsministerin, durch Verordnung Kompetenzen der MTD-Berufe noch weiter auszudehnen, ohne dass eine umfassende gesetzliche Regelung notwendig ist. Dies wird als potenziell problematisch angesehen, da es die Stabilität und Planbarkeit der Kompetenzregelungen gefährden könnte. Generell sollten Kompetenzen von Gesundheitsberufen nicht durch ein einzelnes Vollzugsorgan, sondern durch den Gesetzgeber festgelegt werden.

- **Mögliche Belastung durch neue Verantwortlichkeiten:** Die Einführung neuer Kompetenzen und die Ausweitung der Eigenverantwortung könnten auch eine zusätzliche Belastung für die MTD-Berufe bedeuten. Die Notwendigkeit, neue Ausbildungsinhalte und Spezialisierungen zu entwickeln, könnte den Druck auf Fachkräfte und Bildungseinrichtungen erhöhen. Darüber hinaus könnte die Einführung einer Berufshaftpflichtversicherung für bestimmte Tätigkeiten zusätzliche finanzielle und administrative Lasten mit sich bringen.
- **Gefahr von Parallelstrukturen:** Einige Kritiker befürchten, dass die erweiterte Eigenständigkeit der MTD-Berufe zu Parallelstrukturen im Gesundheitssystem führen könnte. Dies könnte die Koordination zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erschweren und möglicherweise Ressourcen ineffizient machen, was langfristig insgesamt negative Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben könnte.

6. Fazit

Die Novelle wurde trotz der Kritik als notwendiger Schritt zur Modernisierung des Gesundheitswesens angesehen. Dennoch gibt es Bedenken hinsichtlich der praktischen Umsetzung und der potenziellen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen sowie auf die Sicherheit und Klarheit in der Patientenversorgung.

Nicht einmal MTD-Austria selbst ist uneingeschränkt zufrieden mit der Novelle:

Nach Jahren des Einsatzes, hunderten Gesprächen und dutzenden Vorschlägen für diese Reform konnten wir wichtige Änderungen des MTD-Gesetzes für unsere Berufsangehörigen und die Patient:innen erreichen. Vorschläge, im Sinne der optimalen Versorgung, wurden allerdings nicht berücksichtigt und hier besteht aus unserer Sicht Handlungsbedarf. Wir werden uns weiterhin intensiv für ein attraktives Arbeitsumfeld für unsere Berufsgruppen einsetzen, um unseren Patient:innen auch in Zukunft die bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen.“ (Gabriele Jaksch, Präsidentin des Dachverbandes MTD-Austria)

Dr. Corinna Hirzinger LL.M. MBA Ph.D

Ärztliche Direktorin, Krankenhaus St. Josef in Braunau

Interprofessionalität im intramuralen Bereich

1. Einleitung	42
2. Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit im klinischen Alltag	43
3. Kommunikation im klinischen Alltag	47
4. Potentiale für Interprofessionalität, Rahmenbedingungen, Beispiele	48
5. Zukunftsvision Interprofessionalität	50
6. Novellierung MTD- und GUK-Gesetz	52
7. Zusammenfassung	53

Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text die männliche Form verwendet und auf ein Gendern verzichtet.

1. Einleitung

Die Interprofessionalität wird häufig synonym für Interdisziplinarität verwendet, eine einheitliche Terminologie wird selbst in diversen Fachzeitschriften nicht gebraucht. Die Interdisziplinarität wird zum Beispiel vielfach als Zusammenarbeit zwischen den Medizinerinnen der einzelnen Entitäten gesehen, die Interprofessionalität als Zusammenarbeit aller im Krankenhaus tätigen unterschiedlichen Berufsgruppen. Den beiden Begriffen gemein ist die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.¹

Dass nun zunehmend die klassischen Strukturen in den Krankenhäusern, wie ein klares Rollenverständnis und strikte Hierarchien, aufweichen, ist zu begrüßen. Dieses partizipative Arbeiten, was sich zunächst primär in der Interdisziplinarität widerspiegelte, stellt sich mittlerweile zunehmend in der Form der interprofessionellen Zusammenarbeit dar.

Mehrere Aspekte machen ein Umdenken in der Zusammenarbeit aber auch notwendig: fehlende Arbeitskräfte, die zunehmenden Spezialisierungen, wirtschaftliche Aspekte, Patientensicherheit und auch die demografische Entwicklung aufgrund der immer älter werdenden und multimorbiden Patienten.

Ein weiterer wichtiger Schlüsselfaktor ist der Generationenwechsel in den Krankenhäusern. Flache Hierarchien und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe werden immer mehr und mehr gefordert. Diese Forderungen können sich zum größten Teil nur positiv auf eine zunehmende Implementierung der Interprofessionalität in den Krankenhäusern auswirken.

1 Mahler et al. Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2014: 31(4).

2. Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit im klinischen Alltag

Bereits 1988 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Bericht, welcher die Relevanz einer multiprofessionellen Ausbildung beschreibt und auf deren Vorteile, aber auch auf die Schwierigkeiten in der Umsetzung eingeht.² Rund 20 Jahre später wurde neuerlich in einem Bericht der WHO betont, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit zunehmend von Bedeutung sein wird. Es wurde erneut darauf hingewiesen, dass bereits in der Ausbildung auf eine interprofessionelle Ausrichtung gesetzt werden sollte, um die Gesundheitsversorgung in der Zukunft weiter zu bestärken.³

Interprofessionalität wird heute als „the way to go“ bezeichnet, vor allem weil drei wichtige Aspekte („triple aim“) hervorgehoben werden, die von einer interprofessionellen Zusammenarbeit profitieren können: Verbesserung der individuellen Versorgung, Verbesserung der allgemeinen Gesundheit und Senkung der Pro-Kopf-Gesundheitskosten.⁴

Nicht nur wirtschaftliche Aspekte oder der steigende Fachkräftemangel bei gleichzeitiger Zunahme an Spezialisierungen, sondern auch der Generationenwechsel tragen immer mehr zu einem Selbstverständnis der Zusammenarbeit bei.⁵ Das hierarchische Rollenverständnis weicht der Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Sie verbessert nicht nur die Patientensicherheit und Versorgungsqualität, sondern

2 WHO: Learning together to work together for health, Geneva. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37411/WHO_TRS_769.pdf?sequence=1&isAllowed=y (1988) (01.09.2024)

3 WHO: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, Geneva. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1 (2010) (28.08.2024)

4 Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs* 2008; 27(3); Earnest M, Brandt B. Aligning practice redesign and interprofessional education to advance triple aim outcomes. *Journal of Interprofessional Care* 2014; 28(6); Hedegaard J. Communication about patients during ward rounds and verbal handovers: A gender perspective. *Journal of Interprofessional Care* 2019; 33(6).

5 Nancarrow SA et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*. 2013; 10(11).

auch das Teamwork und die Arbeitszufriedenheit.⁶ Die Interprofessionalität wird gefordert.

Interprofessionalität im Gesundheitswesen betrifft die unterschiedlichsten Fachkräfte aus den verschiedensten Berufsgruppen (exemplarische Aufzählung: Pflegekräfte, Fachkräfte aus den medizinisch-technischen Diensten, Sozialarbeiter, Apotheker, Ärzte etc.) und beschreibt im Wesentlichen eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit gemeinsamen, patientenzentrierten Entscheidungen.⁷

Die intramurale Zusammenarbeit war und ist mehr von Interdisziplinarität als von Interprofessionalität geprägt.⁸ In der Vergangenheit war diese interdisziplinäre Zusammenarbeit auch durch eine strikte Hierarchie und klassische Rollenverteilung gekennzeichnet und weniger durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit in den Krankenhäusern.

Des Weiteren ist im Rahmen der klassischen klinischen Tätigkeit eine Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen zu beobachten, die jeweils eigenständig monoprofessionelle Funktionsweisen aufweisen. Das bedeutet, dass die einzelnen Berufsgruppen jeweils in ihren eigenen Bereichen agieren und eine Abstimmung lediglich bei Abweichungen von der Norm erfolgt. Als Beispiel kann die postoperative Betreuung eines endoprothetisch versorgten Patienten durch den Physiotherapeuten genannt werden. In Fällen, in denen eine Abweichung von der Norm vorliegt, ist eine Zusammenarbeit der Fachkräfte der unterschiedlichen Gesundheitsberufe unabdingbar.⁹

6 Rosen MA et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *The American Psychologist* 2018; 73(4); D'Amour DFV et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. 2005; 19(Suppl 1); Reeves S et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;6 (6).

7 Liste der verschiedenen Berufsgruppen nicht vollständig.

8 Gerber M., Rüefli, C. Definition des Begriffs „Interprofessionalität“ im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext. *Bundesamt für Gesundheit 2021*: Seite 3: Befragte einer Studie bekräftigen, dass die Interprofessionalität, sowie dies im Jahr 2010 erschienen Artikel der Weltgesundheitsorganisation (Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice) beschrieben und gefordert wird, nur durch eine interprofessionelle Ausbildung erreicht werden kann. Zudem wird beschrieben, dass gewisse Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig sind (Angehörigen der unterschiedlichen Berufsgruppen arbeiten gemeinsam, nicht unabhängig; Informationen/Ergebnisse werde zusammen interpretiert, die zu einer gemeinsamen Entscheidung führen; die Entscheidung hätten nicht ohne die interprofessionelle Zusammenarbeit getroffen werden können; die Zusammenarbeit erfolgt auf Augenhöhe; Patienten werden in die Entscheidung einbezogen).

9 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen 2020*: Seite 4.

Diese Notwendigkeit der Zusammenarbeit macht sich nun mehr und mehr in den Krankenhäusern bemerkbar. Aspekte wie multimorbide Patienten, komplexere Therapien sowie hochgradige Spezialisierungen verdeutlichen dies.

Anhand der Onkologie lässt sich die zuvor beschriebene Problematik exemplarisch verdeutlichen, da die genannten Aspekte dort eine entscheidende Rolle in der Diagnostik und Therapie onkologischer Patienten begründen.

Aus diesem Grund wurden sogenannte Tumorboards etabliert. Diese Arbeitsgruppe kann als Musterbeispiel für eine gelungene interdisziplinäre Zusammenarbeit bezeichnet werden, die sich nun zunehmend zu einer interprofessionellen Kooperation entwickelt.

2015 wurden durch den Onkologiebeirat des Bundesministerium für Gesundheit die Rahmenbedingungen der Tumorboards österreichweit festgelegt. Im Rahmen von Fallbesprechungen erfolgt die Festlegung gemeinsamer Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie von malignen Neuerkrankungen; auch ein Dissens kann das Ergebnis einer interdisziplinären Fallbesprechung sein.¹⁰ Die Zusammenarbeit in Form eines Tumorboards zeichnet sich zunächst durch ihre Interdisziplinarität hinsichtlich der involvierten Fachärzte aus.¹¹ Die Rahmengeschäftsordnung erlaubt aber auch die Teilnahme von Mitgliedern anderer Berufsgruppen am Tumorboard.¹² Die Möglichkeit der Einbindung weiterer Berufsgruppen wie beispielsweise Cancer Care Nurses, Diätologen, Apotheker etc. führt zu einer interprofessionalen Zusammenarbeit mit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung auf Augenhöhe, wie von der WHO definiert.¹³

Diese Zusammenarbeit im Rahmen von Tumorboards beschreibt klar, dass nicht das klassische Rollenverständnis und Hierarchien die Entscheidung beeinflussen, sondern die Expertise jedes einzelnen Mitglieds.

Auch im Bereich der Akutgeriatrie und auf Palliativstationen erfährt das Konzept der Interprofessionalität eine zunehmende Bedeutung. In diesem Zusammen-

10 Mitglieder des Onkologie-Beirates des Bundesministeriums für Gesundheit. Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards gemäß Krebsrahmenprogramm Ziel 5.2.2 2015: Seite 5.

11 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Internistische Onkologie (ÄAO 2015) bzw. mit Additivfach für Hämatologie und Internistische Onkologie, Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie-Radioonkologie, Facharzt/Fachärztin für Radiologie, Facharzt/Fachärztin für Pathologie siehe Mitglieder des Onkologie-Beirates des Bundesministeriums für Gesundheit. Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards gemäß Krebsrahmenprogramm Ziel 5.2.2 2015: Seite 4.

12 Mitglieder des Onkologie-Beirates des Bundesministeriums für Gesundheit. Rahmengeschäftsordnung für Tumorboards gemäß Krebsrahmenprogramm Ziel 5.2.2 2015: Seite 5.

13 WHO: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, Geneva. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1 (2010) (28.08.2024)

hang gibt es wöchentliche Fallkonferenzen gemeinsam mit den beteiligten Berufsgruppen. Im Rahmen dieser Sitzungen findet ein Austausch der unterschiedlichen Professionen statt, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, dem Entlassungsmanagement, Ernährungsberatern, Diätologen und klinischen Psychologen. Diese bunte Vielfalt an unterschiedlichsten Berufsgruppen macht einmal mehr deutlich, wie wichtig es ist, vor allem im multimorbiden Bereich gemeinsam eine abgestimmte Therapieplanung zu erarbeiten, um die besten Möglichkeiten für die Patienten zu entwickeln.¹⁴

Als weitere positive Entwicklung kann die Zusammenarbeit mit den klinischen Pharmazeuten gesehen werden. Insbesondere multimorbide Patienten und Patienten mit einer hohen Anzahl an Medikamenten profitieren durch die Einbindung klinischer Pharmazeuten in den Behandlungsprozess. In einigen Abteilungen und Krankenhäusern ist es bereits gängige Praxis, dass klinische Pharmazeuten die Ärzte und das Pflegepersonal bei der Visite begleiten und gemeinsam mit ihnen die Medikamente evaluieren.¹⁵ Zudem gibt es unterstützend automatisierte Tools, welche potenzielle Interaktionen identifizieren.¹⁶ Dies ist besonders wichtig für Krebspatienten, bei welchen die Chemotherapie mögliche Interaktionen mit anderen Medikamenten verursacht.

-
- 14 Brown CL et al. Interprofessional Teams Supporting Care Transitions from Hospital to Community: A Scoping Review. *International Journal of Integrated Care*. 2024; 24(2); Hui D et al. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018; 68(5); Nancarrow SA et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*. 2013; 10(11).
- 15 Williams D. Monitoring medicines use: the role of the clinical pharmacologist. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2012; 74(4).
- 16 Roblek T et al. Drug-drug interaction software in clinical practice: a systematic review. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2015; 71(2).

3. Kommunikation im klinischen Alltag

Im Rahmen der Visite findet ein unmittelbarer Austausch zwischen dem Pflegepersonal und den behandelnden Ärzten statt. Dies ist dadurch bedingt, dass die Visite gemeinsam durchgeführt wird und das weitere Vorgehen in der Regel direkt am Patientenbett erörtert und dokumentiert wird. Im Falle von Beiziehen weiterer Berufsgruppen für Diagnostik und/oder Therapien wird meist ein Konsil elektronisch angefordert. Bei Umständen, welche von der Norm abweichen, erfolgt die telefonische Kontaktaufnahme.

Die Digitalisierung wird vielfach als große Chance für eine Steigerung der Qualität und Patientensicherheit gesehen, wird aber bei der Implementierung keine Rücksicht auf die unterschiedlichen Arbeitsprozesse gelegt, werden neue Technologie oftmals als frustan wahrgenommen.¹⁷ Nachteil im Zuge der zunehmenden Digitalisierung kann tatsächlich der Verlust der persönlichen Interaktion darstellen. Griff man früher oft zum Hörer, um persönlich das weitere Vorgehen für einen Patienten anzusprechen, erfolgt mittlerweile simultan im Sinne von speech to text die Dokumentation und Konsilanforderung. Die Empfehlungen der Kollegen im Zuge des Konsils ist in weiterer Folge ebenso in der elektronischen Patientenakte abzurufen. Man könnte demnach von einem elektronischen Netzwerk sprechen.¹⁸ Dies hat zur Konsequenz, dass die Monoprofessionalität erneut bestärkt wird, da jede Berufsgruppe für sich ihre Arbeit erledigt und nur im Falle einer Abweichung von der Norm den persönlichen Kontakt sucht.

Infolge der wechselnden Visitenärzte besteht die Möglichkeit, dass die Kommunikation, Inhaltsweitergabe sowie Interpretation durch verschiedene Personen erfolgen.

In der Konsequenz birgt der Wunsch nach und das Voranschreiten der Digitalität somit nicht nur Vorteile, sondern auch gewisse Risiken für die Interprofessionalität.

17 Halbesleben JR. *Managing Stress and Preventing Burnout in the Healthcare Workplace*. 2019: Seite 26.

18 Dow A et al. *Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking*. *Journal of Interprofessional Care* 2017: 31(6).

4. Potentiale für Interprofessionalität, Rahmenbedingungen, Beispiele

Es existieren bereits zahlreiche Beispiele für eine gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhausalltag.

Interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert ein geeignetes Umfeld, das diese Art der Zusammenarbeit ermöglicht und entsprechend fördert. Hierzu braucht es nicht nur das Bekenntnis innerhalb der Teams, sondern auch die Unterstützung durch die Führungskräfte. Die Umsetzung eines solchen Projekts, respektive die Umstellung von der bisherigen Routine in ein interprofessionelles Arbeiten wird nicht ohne Weiteres gelingen. Es sind entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, wobei auch ein klarer Fokus auf die Nicht-Ziele zu legen ist.

Hier spielt wiederum die Kommunikation eine wesentlich Rolle: Insuffiziente Kommunikation stellt eines der wesentlichen Hemmnisse für eine interprofessionelle Zusammenarbeit dar.¹⁹ Die Kommunikation zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, insbesondere zwischen ärztlichem und Pflegepersonal, stellt einen wesentlichen Stressor dar, der sich negativ auf die Pflegekräfte auswirkt.²⁰ In diesem Kontext ist zu betonen, dass nicht nur eine effektive Kommunikation von zentraler Bedeutung ist, sondern auch das Rollenverständnis und die gegenseitige Wertschätzung.²¹ Die mangelnde Wertschätzung füreinander kann nicht nur zwischen den einzelnen Berufsgruppen beobachtet werden, sondern auch innerhalb dieser beobachtet werden. Als Beispiel kann hier der Umgang innerhalb des Pflegepersonals zwischen diplomiertem Pflegepersonal, Pflegefachassistenz und Pflegeas-

19 van Dijk-de Vries A, van Dongen JJJ, van Bokhoven MA. Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme. *Journal of Interprofessional Care* 2017: 31(2).

20 Stordeur S, D'Hoore W, Vandengergh C. Leadership, Organizational Stress and Emotional Exhaustion among Hospital Nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* 2001: 35(4).

21 Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care* 2005: 19 (Suppl 1); Suter E et al. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care* 2009: 23(1); Bjurling-Sjöberg P et al. Balancing intertwined responsibilities: A grounded theory study of teamwork in everyday intensive care unit practice. *Journal of Interprofessional Care* 2017: 31(2); Dow A et al. Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *Journal of Interprofessional Care* 2017: 31(6); Ryland H et al. How do we develop health educators for the future using an interprofessional approach? *Journal of Interprofessional Care* 2017: 31(1).

sistenz genannt werden; aber auch innerhalb der unterschiedlichen Ausbildungsstufen im ärztlichen Personal. Ein striktes hierarchisches Rollenverständnis kann zum Beispiel Probleme bereiten, wenn es um das Aufarbeiten von Fehlern geht.²² Es kann festgehalten werden, dass sich in diesem Kontext zunehmend ein wertschätzendes Miteinander etabliert, welches den Arbeitsalltag prägt. Dabei werden klassische Rollenmuster, die mit einer starken Hierarchie einhergehen, durch einen teamorientierten Arbeitsstil ersetzt.

22 Sutcliffe KM, Lewton E, & Rosenthal MM. Communication failures: An insidious contributor to medical mishaps. *Academic Medicine* 2004; 79(2).

5. Zukunftsvision Interprofessionalität

Wie bereits durch die Weltgesundheitsorganisation proklamiert, ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit unabdingbar, weshalb bereits eine interprofessionelle Ausbildung erforderlich ist.²³ Es ist positiv zu vermerken, dass bereits erste Ansätze in diese Richtung zu beobachten sind.

Ein Beispiel für eine interprofessionelle Ausbildung sind interprofessionelle Ausbildungsstationen (IPSTA), wo eine gemeinsame Praktikumsmöglichkeit für Studierende der Medizin, Pflege und zum Teil der Pharmazie ermöglicht wird. Das Ziel besteht in der Vermittlung verbesserter Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen sowie der unterschiedlichen Rollen in einer interprofessionellen Patientenversorgung. Die Motivation zur Implementierung einer interprofessionellen Ausbildungsstation basiert auf den bereits eingangs erwähnten Motiven: mangelhaftes Rollenverständnis, Kommunikationsdefizite, Etablierung kooperativer Fertigkeiten. Die interprofessionelle Ausbildungsstation verfolgt zudem das Ziel, typische Hierarchiemuster, Machtansprüche, Paternalismus und (Un-)Professionalität zu überwinden beziehungsweise die Studierenden für diese Themen zu sensibilisieren.²⁴ Die interprofessionellen Ausbildungsstationen sind mittlerweile österreichweit etabliert.²⁵

23 WHO: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, Geneva. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1 (2010) (28.08.2024)

24 Atlas der guten Lehre, Interprofessionelle Ausbildungsstation, https://gutelehre.at/projekt?tx_gutelehre_default%5Baction%5D=show&tx_gutelehre_default%5Bcontroller%5D=Project&tx_gutelehre_default%5Bproject%5D=1794&cHash=412a288472d360ab3dbd1e8080370125 (01.09.2024)

25 Interprofessionelle Ausbildungsstation, IPSTA für Medizinstudierende und Pflegeauszubildende, <https://karriere.noe-lga.at/ausbildung/ipsta> (01.09.2024); Neues Ausbildungsmodell verbessert Ausbildungsqualität und Zusammenarbeit, <https://www.landesgesundheitsagentur.at/presse/presseaussendungen/newsdetail/neues-ausbildungsmodell-verbessert-ausbildungsqualitaet-und-zusammenarbeit> (01.09.2024); Kooperation in der interprofessionellen Gesundheitsausbildung, <https://www.kl.ac.at/de/news/kooperation-der-interprofessionellen-gesundheitsausbildung> (01.09.2024)

Die Realisierung entsprechender Projekte ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, künftige Mitarbeiter des Gesundheitswesens für eine interprofessionelle Zusammenarbeit zu gewinnen und diese Form der klinischen Tätigkeit als eine Selbstverständlichkeit zu etablieren. Größtenteils sind solche interprofessionellen Ausbildungsstationen mit Studierenden der Medizin und Auszubildenden der Pflege besetzt. Ein wichtiger Schritt in eine tatsächliche Interprofessionalität wäre auch die Einbindung Auszubildender aus weiteren Berufsgruppen wie zum Beispiel aus den medizinisch-technischen Diensten, der Psychologie, der Pharmazie etc.

6. Novellierung MTD- und GUK-Gesetz

Infolge der Novellierungen und damit einhergehenden Erweiterungen der Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen ist die Entwicklung adäquater Implementierungsstrategien unerlässlich, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden. Als Beispiele für die Kompetenzerweiterung können Fertigkeiten angeführt werden, welche vor der jüngsten Novellierung unter § 15 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich aufgelistet waren und vom ärztlichen Personal an das Pflegepersonal übertragen wurden. Eine taxative Aufzählung ist nicht mehr gegeben. Im aktuellen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz wird gemäß § 15 Abs. 3 lediglich festgehalten, dass Tätigkeiten, welche eine eigenverantwortliche Durchführung von medizinischen Tätigkeiten verlangen, nicht delegierbar sind (Stand 05.09.2024). In Anlehnung an die vormals festgehaltene taxative Aufzählung bestünde etwa die Möglichkeit, dass diplomierte Pflegekräfte Vollblut und/oder Blutbestandteile, einschließlich der Blutgruppenüberprüfung mittels Bedside-Tests durchführen dürften. Grundsätzlich ist zunächst eine ärztliche Anordnung erforderlich. Allerdings kann von den Pflegekräften nicht erwartet werden, dass sie diese Aufgaben (und mehr) von heute auf morgen vollständig übernehmen. Auch in diesem Kontext ist die Etablierung von Konzepten, Aus- und Weiterbildungen erforderlich, um den Anforderungen an die Patientensicherheit und den medizinischen Standard gerecht zu werden. Des Weiteren ist hervorzuheben, dass bestimmte Fertigkeiten eine gewisse Kontinuität erfordern, was mit der signifikanten Teilzeitquote, insbesondere im Bereich der Pflege, potenzielle Herausforderungen mit sich bringen könnte.

7. Zusammenfassung

Der Begriff „Interprofessionalität“ hat im Gesundheitswesen in den vergangenen vier Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Eine einheitliche Terminologie in der Verwendung und Anwendung ist für zukünftige Forschungsfragen und Etablierung weiterer Projekte unabdingbar. Die demografische Entwicklung bei unseren Patienten sowie die sich veränderte Arbeitswelt und Arbeitsweise erfordern eine verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit an den Krankenhäusern.

Damit die Interprofessionalität jedoch nicht zu einem inhaltsleeren Trendwort wird, ist nicht nur ein Umdenken innerhalb der einzelnen Teams erforderlich. Zusätzlich muss es zu einer Entwicklung einer Kommunikationsweise sowie eines Rollenverständnisses kommen, welche es ermöglichen, auf Augenhöhe gemeinsam zu arbeiten und gemeinsam Entscheidungen zu treffen.

Es existieren bereits eine Vielzahl von positiven Beispielen an den Krankenhäusern. Es ist von großer Wichtigkeit, diese positiven Beispiele zu stärken und die Interprofessionalität als eine Selbstverständlichkeit in unseren Alltag zu integrieren.

Diese Selbstverständlichkeit kann insbesondere dadurch erreicht werden, dass man der jahrelangen Forderung der WHO folgt und die interprofessionelle Zusammenarbeit bereits in die Ausbildung integriert. Die Entwicklung und bereits stattfindende Ausbildung auf sogenannten interprofessionellen Ausbildungsstationen an den österreichischen medizinischen Universitäten und Fachhochschulen sind ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Die Ausbildung an sogenannten interprofessionellen Ausbildungsstationen bietet in weiterer Folge den Studierenden auch einen integrativeren Zugang zum Krankenhausalltag.

In diesem Kontext darf nochmals betont werden, dass eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung nicht nur durch zwei Berufsgruppen an den Krankenhäusern getragen werden kann. Es ist somit unabdingbar, dass in den weiteren Ausbildungskonzepten auch Sozialarbeiter, Psychologen, der medizinisch-technische Dienst, Entlassungsmanagement etc. mitberücksichtigt werden.

Es bleibt abzuwarten, ob und auf welche Weise es gelingen wird, interprofessionelle Zusammenarbeit in den Krankenhäusern weiter zu etablieren und zu stärken. Des Weiteren wird es zukünftig erforderlich sein, die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen dem extramuralen und intramuralen Bereich zu stärken, um den Grundsätzen „digital vor ambulant vor stationär“ gerecht zu werden. Insofern ist es erforderlich, bislang implementierte Finanzierungsmodelle einer kritischen Revision zu unterziehen und gegebenenfalls alternative Optionen in Erwägung zu ziehen.



Investieren Sie Seite an Seite mit unserer Eigentümerfamilie

| Vorausschauend
seit Generationen

Wer dieselben Ziele verfolgt, kommt gemeinsam besser voran.
Vertrauen Sie auf unsere jahrzehntelange Erfahrung und legen Sie
bei der LGT nach derselben Strategie an wie unsere Eigentümerin,
die Fürstliche Familie von Liechtenstein. lgt.com/at



Private
Banking

Dr.ⁱⁿ Christina Dückelmann, Msc

*Expertin und Koordinatorin für Klinische Pharmazie,
Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Landesapothek Salzburg*

Interprofessionalität in der praktischen Ausbildung

„SIPSTA“ – die Salzburger Variante der Interprofessionellen Ausbildungsstation

1. Einleitung	58
2. Die Salzburger Variante „SPISTA“	59

1. Einleitung

Im Aktionsplan „AMTS 2021–2024“ beschreibt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft die interprofessionelle Zusammenarbeit als Kernthema zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS). Und weiters: „Für die Gewährleistung der AMTS ist insbesondere die Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte mit den Apothekerinnen bzw. Apothekern sowie mit den Vertretern der Pflegeberufe, aber auch die adäquate Einbindung der weiteren am Arzneimitteltherapieprozess Beteiligten von besonderer Bedeutung.“ Dieses Kernthema kann im Rahmen einer interprofessionellen Ausbildungsstation bereits in der Ausbildung vermittelt werden.

Üblicherweise absolvieren Medizinstudierende und Auszubildende der Pflege sowie andere Gesundheitsberufe ihre Praktika im Krankenhaus monoprofessionell. Pharmaziestudierende sind auf Stationen nicht vertreten. Interprofessionelle Ausbildungsstationen (IPSTAs) sind dagegen Ausbildungseinheiten innerhalb einer Station, in denen Medizinstudierende im Praktischen Jahr gemeinsam mit Auszubildenden der Pflege, der Pharmazie oder auch der Physiotherapie und Ergotherapie eigenständig die Patientenbetreuung und das Stationsmanagement der Patient*innen im interprofessionellen Team unter der Supervision von examinieren Lernbegleitenden der beteiligten Berufsgruppen übernehmen.

„How can they work together if they do not learn together?“ Nach diesem Motto wurden mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung in Deutschland die ersten interprofessionellen Ausbildungsstationen nach skandinavischem Vorbild konzipiert und umgesetzt. In Heidelberg arbeiten auf der „HIPSTA“ angehende Mediziner*innen und Pflegeschüler*innen auf einer chirurgischen Abteilung zusammen. In Zürich sind auf der „ZIPAS“ Studierende aus Medizin, Pflege, Physio- und Ergotherapie um das Patientenwohl bemüht, während in Bonn neben den Medizinstudierenden noch Pflegekräfte, Hebammen, Physiotherapeut*innen und Psycholog*innen involviert sind. Nur in Fulda und in München sind neben den angehenden Ärzt*innen und Pflegeschüler*innen auch Pharmazeut*innen im Praktikum für zumeist vier Wochen auf einer Interprofessionellen Ausbildungsstation (IPSTA) eingesetzt.

2. Die Salzburger Variante „SIPSTA“

Auch in der Salzburger Variante der „Interprofessionellen Ausbildungsstation“, der „SIPSTA“, lernen Medizinstudent*innen, Pharmaziestudent*innen und Auszubildende der Pflege seit Jänner 2023 mit-, von- und übereinander, und zwar jeweils zwei Studierende der Humanmedizin, zwei der Pharmazie und vier Auszubildende der Pflege.

Mittlerweile wurden fünf Durchgänge auf Kardiologie und Neurologie absolviert:

Dabei werden die Studierenden durch Lernbegleitende der beteiligten Berufsgruppen betreut und unterstützt. Die Anforderungen an die Lernbegleitungen sind hoch, sie sollten fachliche, sozial-kommunikative und methodische Kompetenzen erfüllen. Das praxisbasierte Lernen auf Interprofessionellen Ausbildungsstationen gehört zu den anspruchsvollsten Lernformaten. Unter dem Motto „Sit on your hands and look out of the window“ gibt es richtungsweisende Unterstützung und Anleitung. Die Lernbegleitenden sollten nur bei Patientengefährdung und im Notfall eingreifen oder eine Auflösung der jeweiligen Fragestellungen geben.

Lernbegleiter sind sogenannte „Muster-Professionals“, die als Lehr- und Lernumgebungsgestalter, Motivator und Kommunikationsförderer fungieren. Sie beobachten und bewerten, sind Vorbilder und Patientenfürsprecher. Sie sind Facilitators und ermöglichen interprofessionelle Lernerfahrungen in der Ausbildung. Als Gestalter des Lernprozesses geben sie Lernziele vor, identifizieren die „teachable moments“, evaluieren die gesetzten Lernziele und prüfen deren Erreichung.

Sie sprechen Hierarchiemuster, Machtansprüche, Paternalismus, (Un-)Professionalität und Emotionen an und sind in dieser Funktion Diversitätsmanager. Lernbegleiter reflektieren das eigene „Lehrhandeln“ und schaffen für die Studierenden Gelegenheiten, das auch selbst zu tun. Es soll resümiert werden und aus Situationen gelernt werden, indem man zum Beispiel mit dem Reflexionsmodell nach Gibbs Stärken und Schwächen in der Reaktion auf bestimmte Situationen evaluiert. Ganz wesentlich ist es auch, Feedback zu geben. Wir schlagen den Studierenden dazu das „Fünffinger-Feedback“ vor und bemühen uns als Lernbegleitende, den Studierenden Feedback zu geben.

Durch die stetige Kommunikation, die gemeinsame Arbeit sowie eine gezielte Aufgabenteilung steigt das gegenseitige Verständnis der Professionen füreinander. Die Studierenden erwerben frühzeitig wichtige Fähigkeiten wie effektive Kommunikation und Teamarbeit über Fachgrenzen hinweg und lernen so, ihre Fälle gemeinsam zu lösen. Verantwortungsübernahme sowie der Umgang mit Unsi-

cherheit werden mit einer Vielzahl weiterer, in Studium und Ausbildung vernachlässigter kommunikativer Kompetenzen gefördert. Von Anfang an ist es wichtig und wünschenswert, eine entsprechende Fehlerkultur zu lernen und sich gemäß einer „no blame culture“ auf den konstruktiven Umgang mit Fehlern verlassen zu können.

Die Studierenden sammeln praktische Erfahrungen in einem realitätsnahen Umfeld und lernen direkt von Kolleg*innen aus anderen Gesundheitsberufen. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen entwickeln Studierende ein umfassenderes Verständnis für die Patientenversorgung. Daraus ergeben sich effizientere Behandlungsabläufe und damit eine große Chance, Fehlerraten zu senken und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Stellt man sich zum Beispiel die Behandlung herzinsuffizienter Patient*innen durch IPSTA-Studierende auf einer kardiologischen Station vor: Während die Medizinstudierenden sich um die Abklärung der Diagnose kümmern, setzen sich die Pharmaziestudierenden für die Verifizierung der Therapie ein. Was ist die Dauermedikation des Patienten, gibt es Unverträglichkeiten, welche neuen Arzneimittel sollen in welcher Dosierung und Applikationsform angesetzt werden? Sind diese Medikamente auf der Station vorrätig oder müssen sie extra bestellt werden?

Die Auszubildenden der Pflege tragen aus der unmittelbaren Betreuung der Patient*innen am Bett Ergebnisse bezüglich Blutdruck, Einnahmeverhalten, Trinkgewohnheiten, Ein- und Ausfuhr, Gewicht im Verlauf und Mobilität und Belastbarkeit bei. Bei gemeinsamen Visiten und Übergaben, die abwechselnd von den Vertretern verschiedener Berufsgruppen geleitet werden, werden diese Erkenntnisse zusammengetragen und die entsprechenden Konsequenzen und Maßnahmen geplant.

Im Studium und auch am Beginn der Berufsausübung herrscht vielerorts ein mangelhaftes gegenseitiges Rollenverständnis der verschiedenen Berufsgruppen, was zu Unsicherheiten im Umgang miteinander führt. Bei dieser Art der Zusammenarbeit gewinnen die Studierenden Klarheit über Zuständigkeiten und Rollen der verschiedenen Gesundheitsberufe im klinischen Alltag und erkennen, wie sie mit Teamarbeit besonders effizient ihre Patient*innen versorgen und sich gegenseitig bestmöglich unterstützen können. Dazu ist vor der tatsächlichen Arbeit an den Patient*innen ein Kennenlernen und gemeinsames Rollenverständnis notwendig. Es werden gemeinsame Aufgaben und Ziele definiert und die berufsgruppenspezifischen Schwierigkeiten und Erfolge in der Erreichung ebendieser sollen täglich miteinander ausgetauscht werden.

Die „klinische Pharmazie“ ist eine recht junge Disziplin, deren Aufgaben und Kompetenzen im Klinikalltag oft noch zu wenig bekannt sind. Die European Association of Hospital Pharmacists (EAHP) fordert in einem ihrer Statements, dass Krankenhausapotheker*innen in allen Bereichen der Patientenversorgung involviert sein sollten, um vorausblickend eine gemeinsame, multidisziplinäre therapeutische Entscheidungsfindung zu beeinflussen. Sie sollten miteinbezogen werden, wenn es mit Patient*innen, Angehörigen und anderen Gesundheitsberuflern um die Beratung, die Umsetzung und das Monitieren von Medikationsänderungen geht.

Innerhalb des SIPSTA-Teams haben die angehenden klinischen Pharmazeut*innen Aufgaben wie Medikationsanalyse, Prüfung von Interaktionen, Plausibilität der Medikation sowie die Anpassung der Dauermedikation bei eingeschränkter Organfunktion übernommen. Außerdem kümmern sie sich um die Beschaffung der Arzneimittel bei der Aufnahme und um Themen wie Oralisierung bzw. Umstellung auf Kombipräparate vor der Entlassung. Indikationen werden hinterfragt. Allfällige Patientenaufklärung, Patientenschulung und Entlassberatung wurden von den Pharmaziestudierenden übernommen. Im Dialog mit den Auszubildenden der Pflege werden mögliche Nebenwirkungen wie zum Beispiel Juckreiz eruiert und das medikamentenbedingte Sturzrisiko besprochen. Sie führen Recherchen für die Medizinstudierenden durch, optimieren die Schmerzmedikation und beeindrucken mit pharmakokinetischen Daten und Berechnungen. Sie sind besonders für das Sicherstellen der 6-R-Regel verantwortlich: Richtiger Patient? Richtige Dosierung? Richtiger Zeitpunkt? Richtiges Medikament? Richtige Applikation? Richtige Dokumentation?

Um die IPSTA durchzusetzen, braucht man die Unterstützung der Führungsebene eines Krankenhauses im Rahmen einer Lenkungsgruppe. Die Etablierung einer IPSTA bringt einen gewissen Kulturwandel mit sich und setzt diesen voraus. Krankenhäuser sind Institutionen, die sich gegenüber Veränderungen sperrig verhalten. Eine „Station in der Station“, wie sie für die IPSTA als „Schutzzone“ für das gemeinsame Arbeiten eingerichtet werden muss, braucht in Zeiten einer umfassenden Knappheit ein „Change Management“. Die IPSTA ist ein sehr personalintensives Projekt, für das zusätzliche Personalressourcen eingesetzt werden müssen. Eine große Herausforderung ist die terminliche und zeitliche Synchronisation der verschiedenen Berufsgruppen – nicht nur in der Planung des Zeitraumes für eine IPSTA, sondern auch in der täglichen Koordination des Ablaufes.

Die Projektleitung bzw. -koordination bildet das Bindeglied zwischen der strategischen und der operativen Ebene und gehört sowohl der Lenkungs- als auch der Projektgruppe an. Die Projektgruppe stellt das Kernteam dar. Ihre Mitglieder zeichnen für sämtliche inhaltliche und organisatorische Fragen verantwortlich, die das operative Projektgeschäft betreffen, und stehen in ständigem wechselseitigem

Austausch. Ein Team, das solche Stationen aufbaut, muss selbst interprofessionell aufgestellt und gut in der Klinik verankert sein.

Sind alle Voraussetzungen für eine IPSTA erfüllt, kann nach einer „Kick-off“-Veranstaltung das Praktikum beginnen. In Salzburg fanden bisher während der ersten Woche des fünfwöchigen Praktikums allgemeine Vorträge zu den üblichen Erkrankungen der beteiligten Abteilungen, Schulungen in Basic Life Support sowie für das elektronische Verschreibungstool statt. Ab der zweiten Woche konzentrierte man sich ausschließlich auf die Stationsarbeit. Während sich die Studierenden und Auszubildenden idealerweise in einem eigenen IPSTA-Zimmer vorbereiten und arbeiten, werden sie von den Lernbegleiter*innen der jeweiligen Professionen während der Visite, bei der mittäglichen Übergabe und auch bei anstehenden Fragen supervidiert.

Generell ist zu bedenken, welche Aufgaben und Lektionen abteilungsspezifisch vermittelt und wie die „teachable moments“ am besten in den Ablauf integriert werden können. Auf einer internistischen Station wird sich das anders verhalten als auf einer chirurgischen. Für den erfolgreichen Ablauf des Praktikums ist es wichtig, sich im Vorfeld genau zu überlegen, wie die Tage gestaltet werden, und einen Plan zu erarbeiten, um den Wechsel zwischen selbständigem Arbeiten und Supervision garantieren zu können. Selbst dann wird es immer wieder passieren, dass die Bedürfnisse der Patient*innen Flexibilität und Geduld bei allen Beteiligten verlangen werden.

Ziel ist es, durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern und sich durch intensive Kooperation im Rahmen einer bestmöglichen Patientenversorgung optimal unterstützen zu lernen.

Neben dem üblichen Aufgabenspektrum eines klinischen Praktikums umfasst die IPSTA den gezielten Fokus auf interprofessioneller Kommunikation mit Auszubildenden auf einem vergleichbaren Ausbildungsstand. Die gemeinsame Verantwortung für das Wohl der Patient*innen im „Mehraugenprinzip“ kann zur Lösung von Patientenproblemen führen, die zu komplex sind, um durch eine Berufsgruppe alleine gelöst zu werden. Da die IPSTA verspricht, besser qualifizierte und kooperationsfähige Fachkräfte für das Gesundheitswesen auszubilden, wird sie 2025 auf der Neurologie wieder aufgenommen sowie auf der Chirurgie ausgerollt werden.

Quellen:

Gilbert JH et al.: A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health* 2010; 39 (1): 196-197

Mihaljevic AL et al.: Heidelberger Interprofessionelle Ausbildungsstation (HIPSTA): a practice- and theory-guided approach to development and implementation of Germany's first interprofessional training ward. *GMS J Med Educ* 2018, 35(3): Doc33

https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-08/Interprofessionelle_Ausbildung_Leitfaden.pdf

Aktionsplan 2021-2024 des Bundesministeriums für Gesundheit zu Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland. Bonn; 2021

The European Statements of Hospital Pharmacy | *European Journal of Hospital Pharmacy*

Atlas der Guten Lehre. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. 2023.

Mag. Katharina Wieser, Mag. Sabine Weißengruber-Auer

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung

Fokusgruppe: Chancen und Risiken der interdisziplinären Zusammenarbeit aus Sicht der Ärzteschaft

1. Einführung	66
2. Blitzlicht	68
3. Diskussion	70
4. Blick in die Zukunft	76

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) bzw. auf Splitting-Formen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Einführung

Um das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit aus Sicht der Ärzteschaft näher zu erläutern, fand am 6. November 2024 in Linz ein Fokusgruppentreffen statt. Ziel der Veranstaltung war es, zentrale Chancen und Risiken einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit besonderem Blick auf die Änderungen im MTD-Gesetz und die Novelle im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz zu diskutieren und zusammengefasst darzustellen. Dazu wurden Vertreter von medizinischen Fachgruppen eingeladen, die im beruflichen Alltag einen hohen Grad der Zusammenarbeit mit medizinisch-technischen Berufen aufweisen. Es wurden sowohl niedergelassene Ärzte als auch im Krankenhaus tätige Personen ausgewählt, um ein möglichst vielseitiges Meinungsbild zu zeigen. Neben ausschließlich medizinisch tätigen Ärzten waren auch Ärzte mit Führungsaufgaben in Spitälern eingeladen, wobei hier sowohl ein Land- als auch ein Stadtkrankenhaus vertreten war. Die Teilnehmer im Detail:

- **Prim. Dr. Vinzenz Auersperg** ist Leiter der Abteilung Orthopädie und orthopädische Chirurgie im Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum (PEK) Kirchdorf und Steyr und ist Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie (ÖGO).
- **Dr. Corinna Hirzinger, Ph.D., MBA** ist Ärztliche Direktorin am Krankenhaus St. Josef in Braunau. Sie ist Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie sowie für Orthopädie und Unfallchirurgie.
- **Dr. Georg Langmayr** ist Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Fachgruppenvertreter in der ÄKOÖ und führt eine Kassenpraxis in Leonding.
- **Dr. Stefan Meusburger, MSc** ist medizinischer Geschäftsführer im Ordensklinikum Linz und Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin.
- **MR Dr. Gerhard Schobesberger** ist Facharzt für medizinische und chemische Labordiagnostik, Fachgruppenvertreter in der ÄKOÖ und Geschäftsführer in einem Labor für medizinisch chemische und mikrobiologische Diagnostik in Steyr.
- **OMR Dr. Wolfgang Ziegler** ist Arzt für Allgemeinmedizin, führt eine hausärztliche Kassenpraxis in Kremsmünster und ist dort auch Gemeindefacharzt. Außerdem ist er Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte in der ÄKOÖ.

Darüber hinaus haben wir wegen terminlicher Verhinderung zur Teilnahme an der Fokusgruppe kurze schriftliche Stellungnahmen von folgenden Personen erhalten, die in die Zusammenfassung mit aufgenommen wurden:

- **Dr. Gerhard Haudum** ist Facharzt für Radiologie und führt eine Kassenpraxis in Linz. Er ist außerdem Fachgruppenvertreter-Stellvertreter in der ÄKOÖ.
- **Dr. Johanna Holzhaider** ist Ärztin für Allgemeinmedizin und führt eine hausärztliche Kassen-Gruppenpraxis in Sandl. Sie ist darüber hinaus Sektionsobfrau der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin in der ÄKOÖ.

2. Blitzlicht

Vor Beginn der Diskussion wurde durch eine kurze Blitzlichtrunde ermittelt, welche Chancen und Risiken der interdisziplinären Zusammenarbeit – insbesondere im Hinblick auf die jüngsten gesetzlichen Änderungen – den Teilnehmerinnen spontan in den Sinn kamen und daher besonders präsent waren. Dabei ergab sich folgendes Bild:

Chance: Als erstes genannt wurde eine mögliche verstärkte Zusammenarbeit, die unterschiedliche Kenntnisse der einzelnen Professionen auf eine gewinnbringende Weise vereinen würde und damit dem Patienten dienlich sein könnte. Es könne sich unter bestimmten Umständen eine abgestufte Versorgung etablieren, die ärztliches Personal entlastet, denn: „Es geht nicht mehr wie in Zeiten der Ärzteschwemme, wir haben unbestritten einen Ärztemangel.“ Ob sich das aber mit den konkreten aktuellen Gesetzesnovellen so entwickeln kann, wurde zunächst dahingestellt. Eine weitere Chance stelle eine gewisse Flexibilisierung der Leistungserbringung im Krankenhaus dar.

Risiko: Der mangelnde Blick des MTD-Gesetzes auf die Realität wurde hier als großes Manko gesehen. In manchen Fragen passe die Kompetenz nicht zur Ausbildung der Berufsgruppe. In vielen Bereichen sei auch noch die Haftungsverantwortung unklar. Durch die fehlende ökonomische Verschreibungspflicht der Medizinisch-technisch-diagnostischen Dienste könnten außerdem ungeahnte Mehrkosten bei der Verschreibung von Hilfsmitteln auf das Gesundheitssystem zukommen. Eine Berechtigung zu einer Leistungserbringung stelle außerdem noch keine Verpflichtung dar und es sei in manchen Bereichen fraglich, ob die betreffenden MTDs überhaupt zur Übernahme der Leistungen bereit wären, da dies ein Risiko (z.B. Haftung) bedeuten würde. Prinzipiell wurde kritisiert, dass die Ärzteschaft – vor allem auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen – nicht ausreichend in den Entwicklungsprozess des MTD-Gesetzes mit einbezogen wurde. Das Gesetz ermögliche MTD-Berufsgruppen zudem im Rahmen der Primär- und

1 Unter Primärprävention wird das Erkennen von Risikofaktoren von bestimmten Krankheiten und die Vermeidung von gesundheitsschädigenden Einflüssen verstanden. Dazu zählen Maßnahmen wie Schutzimpfungen, gezielte Bewegung oder gesunde Ernährung (sinngemäß nach der Definition des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz unter <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/P/primaerpraevention-hk.html>).

Sekundärprävention² einen Alleingang bei der Diagnosestellung, ohne ärztliche Beteiligung. Das könne neue Gefahren für den Patienten mit sich bringen, weil eine medizinische Diagnose mehr Kompetenzen erfordere, als MTDs mitbringen würden. MTDs würden lediglich fachspezifische Befundungsverfahren inklusive Diagnosestellung erstellen können. Das bedeutet, dass nicht erlernt wurde, komplexe medizinische Situationen beurteilen zu können.

2 Unter Sekundärprävention werden Maßnahmen verstanden, die verhindern, dass Krankheiten in einem Frühstadium weiter fortschreiten. Beispiele für Sekundärprävention sind Früherkennungsuntersuchungen sowie die frühzeitige Beratung oder Therapie (sinngemäß nach der Definition des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz unter <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/F/sekundaerpraevention.html>).

3. Diskussion

Zu Beginn der Diskussion stand die Frage im Raum, ob man aus ärztlicher Sicht eine Ausweitung der Delegierungsmöglichkeiten eigentlich prinzipiell befürworte. Diese Bejahung besteht für jene Fälle, in denen es Ärzte entlastet, ausreichend Personal dieser Berufsgruppe dafür zur Verfügung steht, die Ausbildung der Berufsgruppe der Tätigkeit entspricht, ärztliche Kernkompetenzen nicht beschnitten werden und die Sicherheit der Patienten gewahrt bleibt. Außerdem muss bei selbstständigem Handeln dann auch die Haftungsverantwortung von der jeweiligen Berufsgruppe übernommen werden. meint Dazu Dr. Holzhaider: „Generell bin ich als Teamworkerin eine Befürworterin der interprofessionellen Zusammenarbeit und habe kein Problem damit, Kompetenzen abzugeben. Im Gesundheitsbereich sind Ärzt:innen die teuerste Ressource und werden oft genug mit eigentlich delegierbarer Administration zugemüllt. Ärzt:innen gehören definitiv durch kompetente, zuverlässige Mitarbeiter:innen entlastet. Kompetenz ist aber stets mit Erfahrung verbunden, daher wäre ich für einen schrittweisen Aufbau bei den MTDs und natürlich eine Integrierung der neuen Kompetenzen in den Lehrplan, also einen stufenweisen Aufbau.“

Felder, wo eine Delegation sinnvoll ist, gibt es nach Meinung der Diskussionsteilnehmer durchaus. Ein Beispiel dafür ist die OTA, also die Operationstechnische Assistenz bei Operationen. „Dieses neue Berufsbild stellt eine echte Entlastung für die Ärzte dar“, lobt Dr. Hirzinger. In Zukunft kann man sich in der Gesprächsrunde auch eine Berufsgruppe vorstellen, die die Operationsstelle aufmacht und danach wieder zunäht. Dafür brauche es nicht unbedingt einen Arzt, wie man in den USA beobachten könne. Dies könnten auch speziell ausgebildete Pflegekräfte übernehmen, jedenfalls mit einer entsprechend umfassenden Ausbildung. Dr. Langmayr führt zu dieser Thematik noch das Neugeborenencreening (Hörtest) als Beispiel an, bei dem sich das Vorscreening durch Logopäden sehr bewährt habe. Auch Dr. Meusbürger begrüßt eine gewisse Erweiterung des Spielraums für eine Ausweitung der Zusammenarbeit im Spital durchaus: „Eine funktionierende Zusammenarbeit von Personen diverser Berufsgruppen, die sich untereinander gut kennen, kann Vieles ermöglichen.“

Trotzdem wurde schon eingangs davor gewarnt, zu viele, falsche oder zu rasch Kompetenzen an andere Gesundheitsberufe zu übertragen, wenn diese Kompetenzen nicht zuerst von denen erlernt werden, die sie übernehmen sollen. In vielen Ländern würden umfassende Delegationsmöglichkeiten und ein hoher Grad an Kompetenzen für nicht ärztliche Gesundheitsberufe vor allem deshalb bestehen, weil ein flächendeckend hoher Versorgungsstandard für ALLE angesichts ei-

nes Mangels nicht gewährleistet werden könne. Ein Beispiel dafür sei Indien, wo die abgestufte Versorgung nicht zum Wohl des Patienten beitrage, sondern ganz im Gegenteil eine qualitativ schlechtere Versorgung mit sich bringe, weil Gesundheitspersonal mit ungenügender Ausbildung hier Leistungen übernehmen müsse, die es schlicht nicht in guter Qualität erbringen könne. Ein anderer Fall sei Australien, wo in abgelegenen Gegenden aufgrund der schwierigen Erreichbarkeit anderes Gesundheitspersonal eingesetzt werde, wodurch im ländlichen Bereich die Qualität der Versorgung sinke. „Ich bin davon überzeugt, dass die österreichische Bevölkerung derzeit noch eine andere Erwartungshaltung an das Gesundheitssystem hat. Daher muss bei einer höheren Einbezugnahme der Gesundheitsberufe darauf geachtet werden, dass die Qualität für den Patienten weiterhin gewahrt bleibt“, ist sich Dr. Schobesberger sicher.

Folgende Punkte wurden in weiterer Folge diskutiert:

3.1. Haftungsverantwortung

Wenn bisher dem Arzt vorbehaltene Leistungen von einer anderen Berufsgruppe übernommen werden, dann ist es auch Grundbedingung, dass diese Berufsgruppe auch die Haftungsverantwortung übernimmt. Dadurch erwachsen den Gesundheitsberufen neben den Risiken auch Kosten für die gesetzlich vorgesehene Berufshaftpflichtversicherung, die sie eventuell nicht zu tragen bereit sind und es daher fraglich bleibt, ob die Leistung überhaupt in einem nennenswerten Ausmaß vom Arzt getrennt werden kann bzw. diese weiterhin von Ärzten erbracht werden muss.

3.2. Personalmangel und Ausbildung in der Pflege

In den Spitälern sieht man sich derzeit mit einem Mangel an DGKPs (Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger) konfrontiert. Die Situation ist häufig so, dass außerhalb der Kernarbeitszeiten zwar andere Pflegekräfte anwesend sind (PFAs – Pflegefachassistenten, PAs – Pflegeassistenten), diese jedoch nicht über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um alle Aufgaben der DGKPs zu übernehmen. Hier ist die Hierarchie in der Pflege hinderlich, um jederzeit alle Aufgaben übernehmen zu können. Es stellt sich die Frage, wer in Zeiten, in denen nur PFAs und PAs anwesend sind, die Leistungen der DGKPs übernimmt. „In Zeiten mit ausreichendem Personalstand wurden mit der Begründung, dass jetzt viele ärztliche Aufgaben von den DGKPs übernommen werden, sogar Planstellen von Ärzten gestrichen. Und nun sind zu wenig Ärzte und zu wenig Pflegekräfte da, wodurch

sich die Situation nur noch verschärft hat“, kann sich Dr. Auersperg erinnern. Dr. Holzhaider sieht dieses Problem ebenfalls: „Wir dürfen die Tatsache nicht vergessen, dass wir 2030 europaweit den höchsten Gipfel des Mangels an Pflegepersonal erwarten. Mit dieser Perspektive noch mehr Kompetenz an Mangelpersonal auszulagern, ist doch etwas absurd. Meines Erachtens wäre der schrittweise Aufbau neuer Technologien sinnvoller.“ Weitere Faktoren in dieser Problematik sind das Arbeitszeitgesetz und das hohe Ausmaß an Teilzeitstellen in der Pflege. Es fehlt eine gute Übersicht, wann wer und mit welchen Kompetenzen da ist.

Eine weitere Ausweitung der Kompetenzen der DGKPs ist auch deshalb kritisch zu sehen, weil die bisher im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in §15 taxativ aufgezählten Aufgaben schon nicht zur Gänze übernommen werden. Etwa die Bluttransfusion, weil hier das Risiko der Haftung zu groß ist und deshalb die Leistung von den DGKPs nur ungern übernommen wird. Die Pflege in Österreich ist derzeit nicht auf die Übernahme von noch mehr Verantwortung vorbereitet. Erfahrungen von Dr. Schobesberger in der Mayo-Klinik in den USA zeigen, dass eine sehr umfassende Aufgabenüberantwortung an Pflegekräfte durchaus möglich ist, denn dort funktionieren das sogar in der Notfallversorgung einwandfrei. Diese Pflegekräfte seien aber genauestens darauf vorbereitet und würden sehr streng überprüft, ob sie über die notwendigen Kompetenzen persönlich auch wirklich verfügen. Auch in skandinavischen Ländern gebe es mehr Kompetenzen bei den Pflegekräften. Allerdings würden auch hier die Fähigkeiten mit den Kompetenzen übereinstimmen. Hierzulande seien bei der Neugestaltung der Ausbildungsvorgaben für die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 2016 zwar mehr Stunden dazugekommen, allerdings wären Fächer wie „Ethik“ hinzugefügt worden, bei gleichzeitiger Verkürzung der so wichtigen praktischen Stunden und einer Verflachung der Ausbildungsinhalte.

3.3. Kompetenz

Das MTD-Gesetz sieht vor, dass sich Ärzte in manchen Fällen erst persönlich davon überzeugen müssen, dass der Angehörige eines MTD-Berufes eine Kompetenz wirklich erworben hat (z.B. durch praktische Erfahrungen), bevor er die entsprechende Leistung an diesen delegiert. Das ist jedoch in Hinblick auf die fragmentierten Handlungsbereiche für den Arzt äußerst schwierig. Außerdem bleibt bei einem Behandlungszwischenfall immer die Frage, ob sich der Arzt ausreichend über die Kompetenzen des MTD-Berufes, an den delegiert wurde, informiert und diese auch korrekt eingeschätzt hat. Eine gewisse Systematisierung, wann jemand welche Kompetenzen erreicht hat, wäre daher wünschenswert, um den Arzt bei delegierten Aufgaben aus der Verantwortung zu bringen. Dazu braucht es

objektive Kriterien (z.B. eine Zusatzausbildung), die weitere Kompetenzen ermöglichen. Eine reine Einschätzung der Kompetenz durch den Arzt würde eine sehr enge und lange Zusammenarbeit mit der betreffenden Person voraussetzen, was natürlich nicht immer gegeben ist und auch nicht vorausgesetzt werden kann. „Es ist durchaus anspruchsvoll, immer im Blick zu haben, wem kann ich jetzt welche Aufgaben delegieren, da gibt es so wie überall eine große Spannweite was die persönlichen Fähigkeiten betrifft“, legt Dr. Meusburger dar.

Auch in der Ordination ist es nicht immer einfach, an das angestellte Personal zu delegieren. Deshalb hat Dr. Langmayr in seiner Praxis von Anfang an nur Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte angestellt, denn: „Meine Angestellten können alle das Gleiche. Ich muss nie überlegen, wer gerade da ist und was ich delegieren oder eben nicht delegieren kann. Außerdem entlastet der hohe Kompetenzgrad meiner Mitarbeiter die Ordination enorm.“

Einig sind sich die Teilnehmer, dass zurzeit nicht ausreichend prognostiziert werden kann, wie sich die Neuerungen im MTD-Gesetz in der Realität tatsächlich auswirken werden. Kann es etwa dazu kommen, dass ein Arzt einen Patienten zum Physiotherapeuten überweist und den Patienten dann nicht mehr sieht, weil der Physiotherapeut den weiteren Verlauf alleine abwickeln darf? Dr. Auersperg kritisiert die etwas schwammige Definition einer Weiterbehandlung: Wird ein Patient wegen eines Problems zum Physiotherapeuten überwiesen und geht dann im nächsten Jahr wieder dorthin, ohne vorher einen Arzt konsultiert zu haben, handelt es sich dann um eine Wiederbefundung (im Sinne einer Sekundärprävention) oder um eine neue Behandlung?

Hinzu kommt noch die Unsicherheit, dass eine konkrete Liste der durch MTD-Berufe verordenbaren Arzneimittel und Medizinprodukte noch ausständig ist. Diese Liste, die Möglichkeiten zur Verordnung ohne ärztliche Anordnung bzw. Weiterverordnung aufgrund einer ärztlichen Anordnung bietet, wird entscheidend dafür sein, wie selbstständig die einzelnen Gesundheitsberufe tatsächlich handeln können. Ob die notwendigen Kenntnisse in der jeweiligen Berufsgruppe dafür vorhanden sind, wird sich ebenfalls erst nach Vorliegen dieser Listen sagen lassen. Im Bereich der Radiologietechnologinnen kann sich Dr. Haudum jedenfalls keine Produktgruppen vorstellen, für die sich eine solche Regelung sinnvollerweise treffen lässt.

Die Möglichkeit der MTD-Berufe zu einer fachspezifischen Diagnostik beinhaltet, dass im Falle einer abweichenden Diagnosestellung zum Arzt die Meinung des z.B. Physiotherapeuten für Diagnose und Therapie des Patienten ausschlaggebend ist. Zudem können künftig auch Kranke und nicht nur Gesunde behandelt werden. Gehobene medizinisch-technische Dienste dürfen nun auch im Bereich der Ge-

sundheitsförderung in der Primär- und Sekundärprävention eigenverantwortlich tätig sein. Dr. Haudum ergänzt dazu: „Radiologietechnologinnen sind künftig zur Mitwirkung an sowie der Durchführung und Evaluierung von Assessments berechtigt. Ich persönlich würde mir allerdings niemals von einem Radiologietechnologen eine Biopsie machen lassen, weil sie es in ihrer Ausbildung schlichtweg nicht lernen.“ Ein Beispiel, an dem erkennbar wird, dass sich die vom Gesetz vorgesehenen Aufgaben nicht immer mit den tatsächlich vorhandenen Kompetenzen einer Berufsgruppe decken. Dr. Schobesberger meint dazu: „Ich bin überzeugt, dass durch die Auslagerung von Leistungen an andere Gesundheitsberufe nicht signifikant mehr passieren wird, denn es wird kaum jemand eine Leistung erbringen, für die er nicht über die notwendigen Kenntnisse verfügt.“ Trotzdem bedarf es natürlich einer gesetzlichen Regelung, die sich nicht nur darauf verlässt, dass Menschen von sich aus verantwortungsvoll handeln, denn auch wenn in Summe keine großen Massen an Geschädigten zu erwarten sind, so ist doch jeder geschädigte Patient einer zu viel. „Es kann nicht sein, dass mit dem neuen MTD-Gesetz jetzt plötzlich Personen Medikamente verordnen dürfen, die in ihrer Ausbildung null Stunden Pharmakologie hatten“, meint auch Dr. Auersperg.

3.4. Wirtschaftliche Perspektive

Dass die Ausweitung der Kompetenzen der MTD-Berufe Einsparungen im Gesundheitswesen bringen wird, davon geht man in der Diskussionsrunde nicht aus. Das maximale zu erwartende Ergebnis werde ein Gleichbleiben der Kosten bei gleicher Qualität sein.

Zu erwarten sei auch, dass die Übernahme mancher Leistungen durch die MTD-Berufe auch neue Verpflichtungen für diese mit sich bringen wird, die jetzt für Ärzte gelten. Etwa eine Berufshaftpflichtversicherung, eine erweiterte Dokumentations- und Aufbewahrungspflichtpflicht und eine Pflicht zu einer regelmäßigen Geräteüberprüfung. Diese Verpflichtungen bringen natürlich auch Kosten mit sich, die das System wieder verteuern.

Wünschenswert wäre ebenfalls eine ökonomische Verschreibungsverpflichtung der MTD-Berufe, wie sie jetzt auch Ärzte gegenüber den Sozialversicherungen haben. Ansonsten wäre ein Anstieg der Kosten für Heil- und Hilfsmittel im Kompetenzbereich der MTD-Berufe zu erwarten.

3.5. Patientensicht

Diskutiert wurde auch darüber, wie eine weitere Übernahme ärztlicher Leistungen durch andere Gesundheitsberufe vom Patienten angenommen werden wird. Dabei war man sich einig, dass die Akzeptanz der Patienten im Krankenhaus vermutlich eine bessere sein wird als in anderen Bereichen, denn dort sei es dem Patienten eher egal, wer zu ihm ans Bett komme, denn im Spital gebe es eine Normalität, dass Patienten nicht nur auf Ärzte, sondern auch Pflegekräfte etc. treffen. Dort würden sich Patienten eher noch darauf verlassen, dass das schon so seine Richtigkeit habe, wenn eine bestimmte Sache nicht der Arzt mache. Im niedergelassenen Bereich sei das etwas schwieriger, denn dort würden Patienten in der Praxis im Normalfall immer auf den Arzt treffen. Das Vertrauen z.B. in die Mobile Pflege sei noch nicht in diesem Ausmaß vorhanden. Patienten würden sich auch derzeit immer wieder beim Arzt rückversichern, ob das die Pflege so eh richtiggemacht hat. „Im niedergelassenen Bereich wird es sicher noch seine Zeit brauchen, bis der Patient ein ausgeprägteres Downgrading akzeptiert, denn der Arzt steht hier noch hoch im Kurs“, erzählt Dr. Ziegler aus seiner langjährigen Erfahrung als Hausarzt.

4. Blick in die Zukunft

Vor allem im Spital ist man eher unbesorgt, was das Thema interdisziplinäre Zusammenarbeit angeht. Es brauche aber klare Strukturen sowie ausreichend Gesundheitspersonal, um insgesamt von einer stärkeren Zusammenarbeit zu profitieren. Insgesamt sei eine Spielraumerweiterung für die Zusammenarbeit im Spital positiv zu bewerten.

Außerdem müssten die Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen zu deren Ausbildung passen, ansonsten drohe ein Downgrading der Medizin. Und wenn Leistungen von anderen Gesundheitsberufen übernommen werden, dann müssen diese auch die Haftungsverantwortung dafür tragen. Um diese Verantwortung auch übernehmen zu können wird es wahrscheinlich Zeit benötigen, denn das sei ein heißes Thema, das viele abschrecke.

Dass sich Dinge ändern werden, das sei allerdings ganz klar, egal, wie man das bewertet. Vor allem im Bereich der Physiotherapie, weil diese Berufsgruppe im Ausland (z.B. Kanada, Niederlande, ...) viel mehr Kompetenzen hat als hierzulande. Es gebe auch Länder, in denen Podologen Operationen durchführen dürften. Der Blick über die Grenzen wecke hier hohe Erwartungshaltungen. Die Ausbildung ist in diesen Ländern jedoch eine ganz andere. Die neuen Kompetenzen der MTB-Berufe würden aber in vielen Bereichen in die ärztlichen Kernkompetenzen eingreifen, etwa im Bereich der Physiotherapie, die künftig Aufgabenbereiche der Physikalischen Medizin übernehmen darf. Und auch im Labor könnten Biomedizinische Analytiker praktisch ohne Arzt die Tätigkeit ausüben. Das werde vermutlich derzeit noch an den hohen Investitionskosten eines Labors scheitern, jedoch sei zu erwarten, dass hier künftig Investoren auftreten werden.

Insgesamt zeigte sich innerhalb der Fokusgruppenteilnehmerinnen also ein gemischtes Bild: Obwohl man grundsätzlich Chancen in einer zunehmenden Abgabe von Aufgaben an andere Gesundheitsberufe sieht, ist man von der konkreten Umsetzung im aktuellen Gesetz wenig begeistert. Zu wenig habe man sich an der Realität orientiert und gefährde damit auch die Patientensicherheit. Man hätte sich gewünscht, in die Entwicklung des Gesetzes mit einbezogen worden zu sein, um die praktische Erfahrung der Ärzte mit einfließen zu lassen. Leider ist dies nicht geschehen, und nun wird man an der konkreten Auswirkung auf die Versorgung in den kommenden Jahren ablesen müssen, wo nachgebessert werden muss.

Mag. Gabriele Jaksch

Präsidentin MTD-Austria

Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen aus Sicht der medizinisch-technischen Dienste

1. Ärztliche Delegation und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitssystem	78
2. Delegation an Angehörige der MTD-Berufsgruppen	80
3. Ärztliche Delegation und interprofessionelle Zusammenarbeit	81
4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit am Beispiel der Primärversorgungseinheiten	83
5. Berufsbild und Spezialisierungen	84
6. Mehr Delegation – mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit – mehr Verantwortungsbereiche?	86
7. Delegation und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Fallbeispiele	87
8. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen	92
9. Vorteile interdisziplinärer Zusammenarbeit	93
10. Wohin führt der Weg?	94

1. Ärztliche Delegation und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitssystem

Die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe zur eigenverantwortlichen Durchführung sind zentrale Aspekte des österreichischen Gesundheitssystems. Sie bilden die Grundlage für eine effektive und qualitativ hochwertige Versorgung der Patient*innen. Durch die gezielte Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten unter allen qualitativ hochwertig ausgebildeten Berufsgruppen des Gesundheitswesens können diese ihr Wissen und ihre Kompetenzen bestmöglich einsetzen, sodass ressourcen- und patient*innenzentriert versorgt werden kann. Unter Delegation im gegenständlichen Kontext versteht man das Übertragen ärztlicher Tätigkeiten an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen. Dies ist auf der Grundlage des § 49 (3) Ärztegesetz 1998 unter der Voraussetzung möglich, dass die konkrete ärztliche Tätigkeit, welche zur Durchführung delegiert wird, auch im gesetzlichen Berufsbild des jeweiligen Gesundheitsberufes enthalten ist. Die Berufsangehörigen der sieben MTD-Berufszweige, deren eigenverantwortliche Berufsausübung in deren Berufsgesetz, dem MTD-Gesetz 2024 (seit der Stamfassung des MTD-Gesetzes 1992) verankert ist, führen die delegierte medizinische Tätigkeit eigenverantwortlich (ohne Aufsicht) bereits seit 1992 entsprechend dem beruflichen Sorgfaltsmaßstab durch. Durch die Delegation ärztlicher Tätigkeiten können zur Delegation in Frage kommenden Anteile der ärztlichen Tätigkeit an die jeweilig qualifizierten Gesundheitsberufe zur Durchführung übergeben werden. Dadurch wird die/der Ärzt*in als delegierende Person entlastet. Die/der durchführende Angehörige des gesetzlich geregelten Gesundheitsberufes darf delegierte ärztliche Tätigkeit aufgrund der jeweiligen medizinischen Ausbildung je nach Qualifikationsniveau übernehmen.¹ Die Anordnungsverantwortung verbleibt bei der/dem Ärzt*in, während die Durchführungsverantwortung bei der/m Gesundheitsberufsangehörige*n liegt. Dies geht mit einer quasi immanenten Verpflichtung zur Kommunikation und einem behandlungsoptimierenden Austausch einher. Sollten im Rahmen der Durchführung der delegierten Maßnahmen relevante Informationen fehlen, neue Umstände wie beispielsweise neue Symptomatiken, relevante Zustandsveränderungen oder Kontraindikationen auftreten, welche die Rückmel-

1 Wagner-Kreimer, R. 2013. Delegation von ärztlichen Tätigkeiten. *Österreichische Ärztezeitung*, (10).

derung aus medizinischer Sicht bedürfen, besteht Rückmeldepflicht. Ziel der Delegation ärztlicher Tätigkeiten ist es, Arbeitsaufwand zu teilen, eine qualitätsvolle und effektive Versorgung zu ermöglichen und die Effizienz sowie das Vertrauen innerhalb eines Teams zu stärken.

2. Delegation an Angehörige der MTD-Berufsgruppen

Die ärztliche Anordnung, im niedergelassenen Bereich auch als „Verordnung“ bezeichnet, kann als allgemeine „Generalverordnung“ oder als konkrete Anordnung mit spezifisch indizierten Maßnahmen ausgestellt werden. Die Entscheidung über die Art der Anordnung wird innerhalb des bestehenden Ermessensspielraums getroffen. Eine allgemeine Anordnung, wie sie im Original in den Erläuterungen zum MTDG angeführt ist, lässt eine im Rahmen der ärztlichen Anordnung stattfindende Flexibilität zu. Dadurch kann individuell auf die Bedürfnisse der Patient*innen eingegangen werden. Diese Flexibilität ermöglicht eine präzise und bedarfsgerechte Behandlung innerhalb des Rahmens der ärztlichen Anordnung.

Originalzitat aus den Erläuterungen zum MTDG:

„Eine Anordnung kann sowohl das „Ob“ als auch das „Wie“ der Durchführung und somit konkrete Maßnahmen beinhalten, eine Anordnung kann aber auch allgemeiner Natur sein, z.B. lediglich „Logopädie“, „Physiotherapie“, „Ergotherapie“ anordnen. Anordnungen allgemeiner Natur finden in der Praxis insbesondere bei den therapeutischen MTD-Berufen in großem Umfang statt. Vor einer Anordnung muss der Arzt/die Ärztin bzw. der Zahnarzt/die Zahnärztin prüfen, ob eine Übertragung einer ärztlichen Tätigkeit möglich ist. Wird die Delegationsmöglichkeit bejaht, so sind die medizinisch-wissenschaftlichen Erfordernisse und somit eine Lege- ar- tis-Berufsausübung der Maßstab für die Detailliertheit der Anordnung.“

Und weiter:

„Mit diesen Regelungen soll dem Erfordernis einer zeitgemäßen interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit im Team der im Gesundheitswesen tätigen Berufe und der Qualitätssicherung Rechnung getragen werden.“

3. Ärztliche Delegation und interprofessionelle Zusammenarbeit

Die mit der Delegation einhergehenden Vorteile sind vielfältig. Sie steigert die Effizienz, trägt zu einer fachlichen Vertiefung im Sinne einer Spezialisierung innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe bei und entlastet Ärzt*innen, wodurch die Wartezeiten für Patient*innen verkürzt werden. Durch die Aufgabenverteilung können spezifische Behandlungs- und Therapieformen sowie berufsspezifische Maßnahmen in Therapie und Diagnostik von den dazu qualifizierten Gesundheitsberufsgruppen, die in ihrem Gebiet die jeweilige berufsspezifische Expertise besitzen, durchgeführt werden. Dies eröffnet Ärzt*innen mehr zeitliche Kapazitäten für die Betreuung von Patient*innen. Delegiert werden dürfen jedoch nur jene Aufgaben, die im Berufsbild des jeweiligen gesetzlichen Gesundheitsberufes enthalten sind. Dies ist von ärztlicher Seite im Vorfeld der Delegation zu überprüfen. Sollte es irrtümlich zur Delegation von Tätigkeiten kommen, die nicht vom Berufsbild der adressierten Person umfasst sind, ist dies an die/den delegierende*n Ärzt*in rückzumelden. Eine erfolgreiche Delegation setzt somit eine klare Kommunikationsstruktur und -kultur, eine hohe Verantwortlichkeit im Rahmen der eigenen Berufsausübung begleitet von guter Kenntnis des eigenen Berufsbildes sowie der Berufsbilder anderer Gesundheitsberufe voraus. Eine strukturierte, respektvolle und wertschätzende Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen ist dafür die Grundlage.

Delegation und interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitssystem gehen somit Hand in Hand und sind für eine umfassende Patient*innenversorgung unerlässlich. Während Delegation das Übertragen von Aufgaben und Tätigkeiten an qualifizierte Berufsgruppen bezeichnet, bezieht sich die interprofessionelle Zusammenarbeit auf eine koordinierte Zusammenarbeit und Kommunikation zum Zweck der interprofessionellen Behandlung. Interprofessionalität beschreibt die Zusammenarbeit von Ärzt*innen, Pflegekräften, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und weiteren Gesundheitsberufen, die ihre jeweilige Fachkompetenz in den gemeinsamen Behandlungsprozess einbringen. Diese Zusammenarbeit stärkt das Vertrauen und die Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen. Es ist wesentlich, die unterschiedlichen Qualifikationen, Qualifikationsniveaus sowie die damit verbundenen Fähigkeiten und Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen zu erkennen, anzuerkennen und gezielt einzusetzen. Jede Berufsgruppe trägt spezifische Fachkenntnisse bei, die in einem angemessenen Qualitätsstandard nur

von ihr erbracht sowie in Bezug auf Vorbehaltstätigkeiten auch nur von den hierzu berechtigten Berufsgruppen durchgeführt werden dürfen. Um daher in einem interprofessionellen Team effektiv zu arbeiten, ist es entscheidend, die Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Berufsbilder der jeweiligen Gesundheitsberufe zu kennen, um Behandlungsabläufe optimal zu gestalten. Dies fördert den Wissensaustausch und trägt maßgeblich zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung bei.

4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit am Beispiel der Primärversorgungseinheiten

Primärversorgungseinheiten können als Beispiele für bereits in der Struktur angelegte und immanent die Primärversorgung definierende multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit (§ 1 Abs. 1 PrimVG) gesehen werden. Sie ermöglichen eine enge und strukturierte Kooperation zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen. Ärzt*innen, Pflegekräfte, Physiotherapeut*innen und andere Gesundheitsberufe arbeiten im Idealfall unter einem Dach (Primärversorgungseinheiten) oder in Form eines Primärversorgungsnetzwerkes zusammen und nutzen ihre jeweilige Expertise, um eine multiprofessionelle und umfassende Versorgung der Patient*innen sicherzustellen. Diese Teamarbeit führt zu einer koordinierten und patient*innenzentrierten Versorgung. Die Vorteile dieser interdisziplinären Zusammenarbeit liegen in effizienten und zielgerichteten Behandlungspfaden, da lange Wege für Patient*innen und Verzögerungen bei der Informationsweitergabe minimiert werden. Zudem führen sie zu effizienteren Therapien und einer besseren Betreuung von chronisch erkrankten Menschen, da der direkte persönliche Austausch eine sofortige Abstimmung ermöglicht und Informationsverluste durch Übergaben vermieden werden. Der unmittelbare Austausch zwischen den einzelnen Berufsangehörigen erlaubt es, Behandlungspläne individuell abzustimmen und anzupassen, was nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Patient*innenzufriedenheit steigert. Darüber hinaus ist die Ausrichtung von Primärversorgungseinheiten ein wesentlicher Pfeiler, welcher zur Entlastung von Spitalsambulanzen und niedergelassenen Ärzt*innen beiträgt. Insgesamt leisten sie einen bedeutenden Beitrag zur Optimierung des Gesundheitssystems und zur ressourcenschonenden Patient*innenversorgung. Da die medizinisch-diagnostisch-therapeutischen Gesundheitsberufe (MTD) eine zentrale Rolle im österreichischen Gesundheitssystem spielen, wäre es für die Zukunft ideal, wenn alle sieben MTD-Sparten (Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Radiologietechnologie, Orthoptik) in der Primärversorgung vertreten wären. Dadurch könnten Patient*innen in Primärversorgungseinheiten das vollständige Leistungsspektrum nutzen und eine umfassende integrierte Versorgung erhalten.

5. Berufsbild und Spezialisierungen

Im Gesundheitswesen sind klare Abgrenzungen der Aufgaben und Zuständigkeiten von zentraler Bedeutung, um eine hohe Qualität der Versorgung sicherzustellen und innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen zu agieren. Jede Berufsgruppe hat spezifische Tätigkeitsbereiche, die im jeweiligen Berufsbild gesetzlich geregelt sind. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten darf daher nur innerhalb dieser erfolgen. Dennoch ist es notwendig, darüber nachzudenken, welche Aufgaben zukünftig von wem ausgeführt werden dürfen, um eine effektive und dennoch qualitativ hochwertige Versorgung bieten zu können. Zudem steigen die Anforderungen an die Qualifikation der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe stetig, und mit der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden und Technologien ist es unerlässlich, dass sich die Berufsangehörigen kontinuierlich weiterbilden. Spezialisierungen im Gesundheitswesen sind daher maßgeblich, um qualitativ hochwertig zu arbeiten und die Patient*innenversorgung zu optimieren. Sie ermöglichen es, spezifische Fachkenntnisse zu vertiefen, wodurch die Qualität der Behandlung steigt. Doch neben der fachlichen Spezialisierung sind auch Befugnisserweiterungen von großer Bedeutung. In internationalen Beispielen führen Spezialisierungen oft zu einer Erweiterung der beruflichen Befugnisse, was eine Entlastung des Systems durch die Delegation von Aufgaben, eine Sicherstellung von qualifiziertem Gesundheitspersonal und eine Attraktivierung der Gesundheitsberufe mit sich bringt. Die derzeitige Lage der formalen Spezialisierung ist ein guter Ausgangspunkt, reicht jedoch noch nicht aus, um die vollen Vorteile einer echten Spezialisierung für das gesamte System zu realisieren. Es bedarf weiterer intensiver Überlegungen zu dieser Thematik mit einer offenen Diskussion, um die notwendige Entlastung zu erreichen und die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens zu sichern. Auch die Betrachtung der Bildungsangebote auf Masterebene, wie etwa „Diagnostischer Ultraschall“ oder „Kardiorespiratorische Physiotherapie“ müssen hinsichtlich der Finanzierung und Förderung in diese Diskussionen mitaufgenommen werden, um eine echte fachliche Weiterentwicklung zu ermöglichen.

Nun stellt sich die Frage, inwiefern Ärzt*innen dadurch in ihrem beruflichen Alltag profitieren. Einerseits resultiert daraus eine Entlastung des Berufs, da Kompetenzen und Aufgaben, orientiert an Expertisen, aufgeteilt werden können. Dies führt zu einer Kapazitätssteigerung durch Fokussierung auf den spezifisch ärztlichen Tätigkeitsbereich, der keiner Delegation zugänglich ist, und ermöglicht dabei auch bessere Rahmenbedingungen für ein ressourcenorientiertes Arbeiten. Andererseits ermöglicht das Einbeziehen spezialisierter Berufsangehöriger der MTDs in den Behandlungsprozess eine hochwertige und individuelle Versorgung und fördert eine patient*innenzentrierte Betreuung. Aus den genann-

ten Gründen und Aspekten dürfen nicht nur die Delegation und interdisziplinäre Zusammenarbeit als punktuelle Entscheidungen diskutiert werden, da diese im gesamten Prozess nicht alleine stehen und Auswirkungen auf die Gesamtheit der Abläufe und Prozesse nehmen. Die Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung, Spezialisierung und Anerkennung der Kompetenzen weiterer Gesundheitsberufe ist maßgeblich für die gesamte Versorgungslandschaft im Gesundheitswesen, da sich dadurch attraktive Karrieremöglichkeiten für die Gesundheitsberufe ergeben und der Verbleib im Beruf attraktiver werden kann. Im Zuge des Inkrafttretens der Neuverlautbarung des MTD-Gesetzes 2024 wurde erstmalig die Möglichkeit der formalen Spezialisierungen, im Mindestausmaß von 60 ECTS, abgebildet. Weitere Regelungen in Bezug auf die detaillierten Ausgestaltungen müssen jedoch noch ausgearbeitet werden. Unklar ist zum jetzigen Zeitpunkt auch die Finanzierung

6. Mehr Delegation – mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit – mehr Verantwortungsbereiche?

Ob und inwiefern Delegation im Gesundheitswesen in Zukunft ausgeweitet werden soll, erfordert eine intensive Betrachtung des aktuellen Systems. Mehr ärztliche Delegation bedeutet im selben Zug mehr Verantwortung, mehr Möglichkeiten innerhalb der Tätigkeitsbereiche in jenen Berufsgruppen sowie eine dadurch entstehende Entlastung des gesamten Gesundheitssystems. Mehr Delegation gemeinsam mit einer intensiven interdisziplinären Zusammenarbeit kann daher maßgeblich dazu beitragen, eine umfassende und qualitätsvolle Patient*innenversorgung zu gestalten, in welcher die nötigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen für die Behandlung optimal eingesetzt werden. Zudem können Aufgaben neu verteilt sowie fachspezifische Expertise in die Behandlungen eingebracht werden und ein Austausch auf Augenhöhe kann entstehen. Ein genaues Definieren der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche ist daher maßgeblich, um einen reibungslosen Ablauf zu sichern. Diese Art der Zusammenarbeit trägt nicht nur zum Wissensaustausch bei, sondern auch zur besseren Koordination von Therapie- und Behandlungsmaßnahmen, sodass Red Flags und Kontraindikationen schneller kommuniziert werden können und insgesamt die Patient*innensicherheit steigt.

7. Delegation und interdisziplinäre Zusammenarbeit: Fallbeispiele

Im Gesundheitswesen führt die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe zu einer umfassenden und optimierten Behandlung der Patient*innen.

Ein Beispiel im Bereich der *Physiotherapie* ist die Behandlung von chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. Studien belegen, dass die Physiotherapie eine wesentliche Rolle in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen spielt und integraler Bestandteil einer effektiven Rehabilitationsstrategie ist. Ein wichtiger Teil der ersten physiotherapeutischen Einheit ist die Identifikation von Risikofaktoren (Red Flags), welche entscheidend für den Therapieerfolg ist. Physiotherapeut*innen spielen daher im Screeningprozess eine wesentliche Rolle, da sie gezielte Fragen innerhalb der Anamnese stellen sowie spezifische Testverfahren innerhalb der physiotherapeutischen Untersuchung durchführen. Die Screeningkompetenz ist demnach ein wichtiger Bestandteil der Qualifikation von Physiotherapeut*innen und beschreibt die Fähigkeit, systematisch und gezielt Informationen zu sammeln, um potenzielle Gesundheitsrisiken oder Probleme zu erkennen. Zu Red Flags bei Patient*innen mit chronischen Rückenschmerzen zählen unter anderem unerklärlicher Gewichtsverlust, anhaltende Schmerzen in der Nacht und neurologische Ausfälle wie Taubheitsgefühle oder Schwäche in den Gliedmaßen. Diese Symptome könnten auf schwerwiegende Erkrankungen wie z.B. Tumore, entzündliche Erkrankungen oder neurologische Störungen hinweisen. Physiotherapeut*innen können durch ihre fundierte Ausbildung und regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen gezielt darauf eingehen. Durch die kontinuierliche Betreuung ihrer Patient*innen bauen sie eine Vertrauensbasis auf, die offene Gespräche fördert. So können Risiken frühzeitig identifiziert werden und geeignete Maßnahmen, wie eine Rücksprache mit Ärzt*innen, stattfinden. Im Behandlungsprozess übernehmen Physiotherapeut*innen demzufolge nicht nur die Verantwortung für alle an sie delegierten physiotherapeutischen Tätigkeiten, wie die unmittelbare Therapie, sondern erbringen auch einen wertvollen Beitrag zur Erkennung von weiteren Gesundheitsproblemen. Durch diese Herangehensweise der Kompetenznutzung wird nicht nur die Qualität der Patient*innenversorgung verbessert, sondern auch das Vertrauen in die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitsteams gestärkt.

Das Berufsbild der *Ergotherapie* umfasst laut MTD-Gesetz 2024 § 10 ergotherapeutische Maßnahmen zur Entwicklung, Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder Wiedererlangung der individuellen Handlungsfähigkeit. Im Mittelpunkt der

ergotherapeutischen Diagnosestellung, steht der fachspezifische Blick auf die Einschränkungen der Person bei der Bewältigung bestimmter Aktivitäten im täglichen Leben. Im folgenden Beispiel wird die Relevanz der interdisziplinären Zusammenarbeit von Ergotherapeut*innen und Ärzt*innen innerhalb einer PVE dargestellt. Ein 5-jähriges Kind zeigt Konzentrationsprobleme in der Schule. Die Lehrerin wendet sich an die Eltern, da das Kind oft müde wirkt und soziale Kontakte meidet. Die Eltern berichten von Schlafstörungen und suchen ärztlichen Rat in einer PVE. Der Kinderarzt erwägt eine leichte Medikation, die die Familie jedoch ablehnt. Stattdessen wird die Ergotherapie herangezogen. Die Ergotherapeutin erstellt ein Betätigungsprofil, indem sie die Eltern zu Tagesabläufen und Freispielzeiten befragt. Umweltfaktoren, wie die Familienstruktur, werden ebenfalls erfasst. Das Kind kann aktiv am Gespräch teilnehmen und die Ergotherapeutin nutzt kindgerechte Assessments, um die Bedürfnisse und Ressourcen zu erheben. Es zeigt sich, dass das Kind ein Geschwisterchen bekommen hat und die Eltern stark gefordert sind. Die Mutter kümmert sich um beide Kinder und ihre eigene Mutter, während der Vater Vollzeit arbeitet. Diese Situation beeinträchtigt die Aufmerksamkeit für das Vorschulkind, was zu Schlafproblemen und Konzentrationsschwierigkeiten in der Schule führt. Gemeinsam werden Maßnahmen entwickelt, die das Kind im Alltag sowie bei der Wiedererlangung der Einschlaffähigkeit und Konzentrationsfähigkeit unterstützen. Relevante Bezugspersonen, wie Freunde oder Großeltern, werden einbezogen. In der Ergotherapie übt das Kind, das Energielevel einzuschätzen und die Konzentrationsfähigkeit wird trainiert. Das verbessert die schulischen Leistungen, sodass keine weiteren medizinischen Interventionen erforderlich sind. Der Arzt wird informiert. Durch die Zusammenarbeit in der PVE kann die Informationsweitergabe schnell erfolgen, was sich positiv auf die Patient*innen auswirkt.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in der *Logopädie* wesentlich, um hochwertige Behandlungen, wie etwa bei Dysphagien (Schluckstörungen), durchzuführen. Diese treten in unterschiedlichen Schweregraden auf und können unter anderem neurologische, neurodegenerative oder strukturelle Ursachen, wie etwa Kopf- und Halstumoren, haben. Dabei können Menschen aller Altersgruppen, auch Säuglinge, betroffen sein. Um eine optimale logopädische Therapie zu ermöglichen, ist neben einer frühzeitigen ärztlichen Anordnung eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit essenziell. Zuweisende Fachrichtungen wie HNO/Phoniatrie, Neurologie, Pädiatrie, Chirurgie und Allgemeinmedizin spielen hier eine zentrale Rolle. Ergänzt wird das interdisziplinäre Team durch Diätologie, Ergotherapie, Physiotherapie und die Pflege. Logopäd*innen sind aufgrund ihrer Kompetenzen in der Lage, eine umfangreiche Diagnostik unter Einbeziehung der medizinischen Befunde durchzuführen und abzuschätzen, ob eine sichere orale Nahrungsaufnahme möglich ist. Entsprechend den Ergebnissen wird basierend auf der IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) eine individuelle und sichere

Nahrungskonsistenz gewählt oder die Ernährung mittels (PEG-)Sonde in Erwägung gezogen. Mittels patient*innenbezogener logopädischer Therapie wird versucht, die physiologischen Abläufe für ein sicheres Schlucken unter Einbeziehung von manuellen, funktionellen und aktivierenden Maßnahmen wiederherzustellen. Beratende und unterstützende Ansätze für die pflegenden und angehörigen Personen sowie die Beachtung von Körperhaltung, das Erlernen von Kompensationsmechanismen und die Mundhygiene spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle. Logopäd*innen leisten hier einen wertvollen Beitrag zur Wiedererlangung einer sicheren genussvollen Nahrungsaufnahme und der Eingliederung der Betroffenen in die Gesellschaft.

Zur Kernkompetenz von *Diätolog*innen* gehört die Planung und Durchführung von ernährungstherapeutischen Maßnahmen. Gerade bei chronisch kranken Menschen liegen oft komplexe Krankheitsbilder vor, die für die Ernährungstherapie eine besondere Herausforderung darstellen und eine individualisierte Vorgehensweise erfordern. Beispielsweise haben Patient*innen nach einem Insult häufig vorübergehende oder dauerhafte Schluckstörungen. Anhand von diätologischen Assessments, welche u.a. ein Mangelernährungsscreening, die Erhebung sämtlicher ernährungsrelevanter Daten und Befunde sowie eine ausführliche Ernährungsanamnese mit anschließender Beurteilung des Ernährungszustandes inkludieren, werden patient*innenzentrierte, individualisierte Ernährungsziele festgelegt. Anhand der Ergebnisse der Assessments sowie der definierten Ziele werden weitere Maßnahmen geplant. Für den Patienten im oben angeführten Beispiel kann es daher erforderlich sein, die Ernährung in ihrer Konsistenz so zu gestalten, dass diese schmackhaft und gefahrlos schluckbar ist. Zudem ist darauf zu achten, dass die Speisen nicht nur die passende Konsistenz aufweisen, sondern auch optisch und geschmacklich ansprechend gestaltet und alle notwendigen Nährstoffe abgedeckt sind, sodass Patient*innen einen zur Genesung positiv beitragenden Effekt erleben. Dies wird durch die passende Auswahl, Berechnung und entsprechende Dosierung von speziell entwickelte Rezepturen und geeignete Produkte ermöglicht. Darüber hinaus weisen Patient*innen häufig Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Fettstoffwechselstörungen auf, die im Rahmen der Ernährungstherapie berücksichtigt werden. In einem interdisziplinären Team kann zudem ein Austausch mit Ergotherapie und Logopädie über Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie etwa die Möglichkeit, die Nahrung selbstständig zu konsumieren, stattfinden. Dadurch wird eine ganzheitliche Betrachtung des*der Patient*in ermöglicht.

Im Bereich der *Orthoptik* wird am Beispiel neu auftretender Doppelbilder die essenzielle Rolle der Orthoptist*innen in der interdisziplinären Patient*innenversorgung deutlich. Doppelsichtigkeit ist oft ein Erstsymptom einer schwerwiegenden

Erkrankung, z.B. Schlaganfall oder Tumor, kann aber auch durch strukturelle Veränderungen am Auge oder vorbestehendes Schielen verursacht werden. Orthoptist*innen können mittels fachspezifischer (neuro-)orthoptischer Untersuchungsverfahren „Doppelbilder“ einer orthoptischen Diagnose zuordnen, woraus sich die weitere Diagnostik zielgerichtet und mit der nötigen Dringlichkeit innerhalb des interdisziplinären Behandlungsprozesses ableiten lässt. Aufgrund ihrer fundierten Ausbildung und regelmäßigen Teilnahme an fachspezifischen und interdisziplinären Fortbildungen erkennen Orthoptist*innen im Zuge des an sie delegierten orthoptischen Untersuchungs- und Behandlungsprozesses relevante Veränderungen im orthoptischen Befund, die mitunter richtungsweisend für die ärztliche Weiterbehandlung sein können. Damit leistet die orthoptische Diagnostik einen wertvollen Beitrag zur ärztlichen Diagnosestellung. Der interdisziplinäre Austausch zwischen Orthoptist*innen und Ärzt*innen birgt ein hohes Potenzial für eine effektive und ressourcenschonende Patient*innenversorgung.

Ein Beispiel in der *Radiologietechnologie* ist die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen inklusive der Erstellung eines radiologietechnologischen Befunds. Radiologietechnolog*innen sind nicht nur in ihrem Fachbereich, sondern auch in anderen Disziplinen wie der Echokardiografie etabliert. Kardiolog*innen schätzen die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams, da Radiologietechnolog*innen als Expert*innen eine zentrale Rolle bei der Durchführung eines Herzultraschalls einnehmen. Besonders positiv für Patient*innen wirkt sich das Vier-Augen-Prinzip bei der Befunderstellung aus, bei dem Radiologietechnolog*innen und Ärzt*innen eng zusammenarbeiten. In der Strahlentherapie wird Ultraschall zudem zur täglichen Evaluierung des Blasenvolumens bei Patient*innen verwendet, die im Beckenbereich bestrahlt werden. Dies schützt die Blase als empfindliches Organ und schafft eine stabile anatomische Situation im Becken. Die Anwendung durch Radiologietechnolog*innen ermöglicht eine einfache und nicht invasive Kontrolle, ob das individuell von den Radioonkolog*innen festgelegte Mindestvolumen der Blase erreicht wurde. Diese Methode wird interdisziplinär als schnell und dosis-sparend anerkannt, um festzustellen, ob Patient*innen für die Behandlung bereit sind. Die Erhebung des Blasenvolumens mittels Ultraschall dauert nur wenige Minuten und verursacht keine zusätzliche Strahlenbelastung.

*Biomedizinische Analytiker*innen* leisten relevante, unterstützende Tätigkeiten bei der ärztlichen Diagnosestellung, da 80 % der Diagnosen auf den Interpretationen von Laborparametern aufbauen. Diese sind für die Stellung einer richtigen und raschen Diagnose essentiell. Die Praxis in den Laboren, sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor, hat gezeigt, dass etwa 70 % aller Laborproben ausschließlich mit einer biomedizinischen Befundung an die Einsender*innen übermittelt werden. Nur etwa 30 % der Proben erhalten zusätzlich eine medizini-

sche Befundung durch die Laborfachärzt*innen. Dadurch unterstützen die biomedizinischen Analytiker*innen sowohl die Laborfachärzt*innen in ihrem täglichen Arbeitsalltag als auch die einsendenden Ärzt*innen bei der Diagnosestellung. Der regelmäßige Informationsaustausch mit den Laborfachärzt*innen sowie den Ärzten*innen auf den einsendenden Stationen, in Ambulanzen und in den Ordinationen gehört ebenso zu den Aufgaben der biomedizinischen Analytiker*innen wie die qualitätsgesicherte Analyse aller Laborproben. Alle kritischen Parameter müssen umgehend den Ärzten*innen mitgeteilt werden, um lebensbedrohliche Zustände zu vermeiden und rasch geeignete Maßnahmen ergreifen zu können. Eine engmaschige interdisziplinäre Zusammenarbeit ist daher ein wesentlicher Bestandteil und fördert eine sichere und qualitativ hochwertige Behandlung von Patient*innen.

8. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen

Die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Professionen im Gesundheitswesen setzt voraus, dass einerseits fundiertes Wissen über die Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche der Berufsangehörigen besteht und andererseits eine klare, respektvolle und wertschätzende Kommunikation zwischen den Disziplinen gepflegt wird. Ein offener und regelmäßiger Austausch steht dabei im Fokus. Bereits in den Ausbildungen sollte der Grundstein für das Wissen um die Tätigkeitsfelder der jeweils anderen Gesundheitsberufe sowie die Möglichkeiten der Zusammenarbeit gelegt werden. Insgesamt trägt dies maßgeblich zur gemeinsamen Zielerreichung, eine optimale Patient*innenversorgung zu ermöglichen, bei.

9. Vorteile interdisziplinärer Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen bringt für verschiedene Stakeholder in Österreich zahlreiche Vorteile. Zu den wichtigsten Stakeholdern gehören Ärzt*innen, Gesundheitsberufe (Pflegeberufe, MTDs etc.), Patient*innen, das Gesundheitssystem als Ganzes sowie politische Entscheidungsträger*innen und Kostenträger*innen. Ärzt*innen können durch die Delegation bestimmter Aufgaben an andere Gesundheitsberufe, wie zum Beispiel physiotherapeutische Behandlungen an Physiotherapeut*innen, ihre Zeit effizienter nutzen und sich auf andere medizinische Aufgaben konzentrieren. Dies entlastet die Ärzt*innen und steigert ihre Kapazität für andere wichtige Tätigkeiten. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird Wissen vereint und der bestmögliche Therapieplan erstellt. Zudem bietet die interprofessionelle Zusammenarbeit den MTD-Berufsangehörigen und Pflegekräften die Möglichkeit, ihre spezialisierten Kompetenzen stärker einzubringen und eigenverantwortlich Aufgaben zu übernehmen, was die berufliche Zufriedenheit und Motivation steigert. Durch den intensiven Austausch und das gegenseitige Lernen wird die Teamarbeit gefördert und das Vertrauen zwischen den Berufsgruppen gestärkt. Diese Zusammenarbeit eröffnet Chancen zur Karriereentwicklung und Spezialisierung, wodurch berufliche Qualifikationen vertieft erworben werden und die Anerkennung des gesamten Berufszweigs gesteigert wird. Dies kann langfristig die Fluktuation im Gesundheitssektor verringern. Aus Patient*innensicht wird durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen eine umfassende und individuelle Behandlung ermöglicht. Das Zusammenführen der Expertisen der Gesundheitsberufe führt zu einer Spezifizierung des Gesundheitszustandes, was eine effektivere, nachhaltige und umfassende Behandlung nach sich zieht. Durch das Zusammenarbeiten können zudem Wartezeiten reduziert werden. Eine gut strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen steigert daher maßgeblich die Effizienz, vermeidet Doppelarbeit und optimiert den Ressourceneinsatz. Dies trägt zur Senkung der Gesundheitskosten bei und stärkt das System insgesamt. Ein funktionierendes System mit zufriedenen Patient*innen hat positive politische Auswirkungen und bietet Vorteile für alle Stakeholder.

10. Wohin führt der Weg?

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit und eine Erweiterung der ärztlichen Delegation wesentliche Bausteine für die weitere Diskussion darstellen. Die Berufsbilder und die darin definierten Tätigkeitsbereiche beeinflussen die Zukunft des Gesundheitssystems erheblich, da sie festlegen, welche Aufgaben delegiert und in weiterer Folge durchgeführt werden dürfen. Klare und respektvolle Kommunikationsstrukturen fördern eine effiziente Patient*innenversorgung und eine gezielte Aufgabenteilung. Diese Faktoren sollten daher in allen Diskussionen über die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems berücksichtigt werden. Es ist zudem entscheidend, dass alle Beteiligten aktiv an der Gestaltung des Systems mitwirken, um eine nachhaltige und integrative Entwicklung sicherzustellen. Nur durch eine kontinuierliche Reflexion und Anpassung kann man den Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden.

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: LIG@ligforschung.at

Bestellformular: <http://www.ligforschung.at/abonnieren>

