



physioaustria

Physio Austria, Bundesverband der
Physiotherapeut*innen Österreichs
Lange Gasse 30/1
1080 Wien

Telefon +43 (0)1 587 99 51
office@physioaustria.at
www.physioaustria.at

ZVR 511125857
IBAN AT87 1100 0096 1325 3500
BIC BKAUATWW

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Mit der interprofessionellen Zusammenarbeit sind verschiedene rechtliche Themen verbunden, die dieses Dokument – unter spezieller Berücksichtigung der Fragestellungen von leitenden Physiotherapeut*innen im Überblick darstellt. Dabei gibt es Ihnen auf der Basis des neuen MTDG praxisnahe Informationen über den Themenbereich ärztliche Anordnung (nach MTDG), Durchführungsverantwortung und Anordnungsverantwortung, Aufsicht über Assistenzberufe (MMHmG, MAB-Gesetz) sowie den wesentlichen Bereich der Kommunikation samt Rückmeldepflicht zwischen Physiotherapeut*innen und den Verordner*innen.

Neben der Grundinformation über den niedergelassenen Bereich liegt der Fokus auf der Zusammenarbeit im institutionellen Bereich (z.B. Krankenanstalten).

Die multiprofessionelle Behandlung basiert auf interprofessioneller Kommunikation und gemeinsamer Handlungskompetenz, tieferliegend aber auch auf klaren Rollen und Verantwortungsbereichen, denen die sich ergänzenden, jeweiligen Kompetenzen der einzelnen beteiligten Berufsgruppen zu Grunde liegen.

In der Krankenanstalt wird der Behandlungsvertrag zwischen der/dem Patient*in und der Krankenanstalt abgeschlossen, sodass jene für die Behandlung und Pflege der Patient*innen unmittelbar verantwortlich ist. Für die Patient*innen besteht grundsätzlich keine freie Arztwahl (abgesehen von punktuellen Spezifika der Sonderklasse) vielmehr stellen die an der Behandlung beteiligten Gesundheitsberufe ein der Krankenanstalt rechtlich zugeordnetes Team dar, welches an die/den Patient*in eine gesamthafte Leistung erbringt. Dementsprechend trifft die Krankenanstalt die Verpflichtung einer zentralen Dokumentation (abgesehen von speziellen Einsichtsrechten im Detail §10 KAUG) und der optimalen Gestaltung der intramuralen Zusammenarbeit und Kommunikation der an der Behandlung beteiligten angestellten Professionen. Diese Abläufe sind komplex und werden dementsprechend durch das Bundes-, Kranken- und Kuranstaltengesetz, die jeweiligen Landesgesetze als Ausführungsgesetze und auf Ebene der einzelnen Krankenanstalt u. a. durch die Anstaltsordnung und die dienstrechtlichen Verträge und Strukturen organisiert.

Dennoch tritt den Patient*innen gegenüber der Träger der Krankenanstalt als Verantwortlicher für eine Einheit auf, in der die beteiligten Gesundheitsberufe jedenfalls miteinander sprechen müssen, die Behandlung in fachlich optimaler Weise gemeinsam koordinieren und durchführen und eine gemeinsame Dokumentation führen müssen. Optimale Voraussetzungen für die multiprofessionelle Zusammenarbeit könnte man meinen! **In Krankenanstalten gilt** es jedoch die aufgrund der Organisationsgröße und spitz zulaufende Leitung der Krankenanstalt in Form der Dreierspitze - Verwaltungsdirektion, Ärztliche Direktion und Pflegedienstleitung - insbesondere die interprofessionelle Kommunikation innerhalb der hierarchischen Organisation zu pflegen, als auch die Durchlässigkeit der Kommunikation unter den Professionen und fachlichen Organisationseinheiten zu fördern.

Im Niedergelassenen (extramuralen) Bereich handelt es sich zumeist um die Zusammenarbeit selbständiger im Sinne des Berufsrechts freiberuflich tätiger Gesundheitsberufe. Aus Sicht der Patient*innen sind im Falle von multiprofessioneller Zusammenarbeit die einzelnen handelnden, verantwortlichen Ansprechpartner*innen nicht mehr so leicht zu unterscheiden. Umso wichtiger aber auch positiv strukturierender und damit sehr hilfreich sind klare Vereinbarungen zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen und die klare Kommunikation gegenüber den Patient*innen über die Art der Beziehung, Weiterverweisung oder gemeinsamen Behandlung. **Die Behandlungsverantwortung folgt stets dem Behandlungsvertrag und der Antwort auf die Frage, mit wem dieser jeweils abgeschlossen wurde.** Diese Person behält sodann gegenüber der/dem Patient*in auch die Gesamtverantwortung für die Behandlung. In der Praxis gilt es daher aus rechtlicher Sicht die gemeinschaftliche Behandlung (v.a. in Krankenanstalten) zu unterscheiden von den im niedergelassenen Bereich (außerhalb von Anstellungsverhältnissen) auftretenden konsiliarischen Beziehung weiterer Professionals durch den/die Behandler*in, die (im Vorder,- oder Hintergrund erfolgende) Beratung der/des Behandler*in multiprofessionellen Kolleg*innen (z.B. in Form einer multiprofessionellen Fallbesprechung) und mehrere parallel bestehende Behandlungsverträge zu einzelnen mit einander in Kommunikation stehenden Behandler*innen. Es braucht jedenfalls eine/-n Verantwortliche/n für die jeweilige (Gesamt-)Leistung der Behandlung gegenüber der/dem Patient*in. Einer multiprofessionellen Zusammenarbeit ist dies jedoch im Sinne der Patient*innen durchaus dienlich, denn klare Verantwortlichkeiten ziehen zumeist auch eine klare Entscheidungskompetenz und gebündelte Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten nach sich. Man kann sich also als Teammitglied auf die jeweilige fachliche Rolle konzentrieren.

Dienstrechtliche Strukturen multiprofessioneller Teams im intramuralen Bereich korrelieren nicht immer mit berufsrechtlichen Weisungsrechten

Dienstrechtliche und organisatorische Strukturen und die sich daraus ergebende Möglichkeit bzw. Notwendigkeit dienstlicher Weisungen sollten optimaler Weise der berufsrechtlichen Ausgestaltung von Verordnung, Weiterdelegation und Anleitung und Aufsicht folgen. Ist dies nicht der Fall, bedarf es einer

rechtlich und inhaltlich recht anspruchsvollen Unterscheidung zwischen einerseits fachlichen physiotherapeutischen/pflegerischen/medizinischen Weisungen und dienstrechtlichen Weisungen. Fachliche Weisungen dürfen aufgrund des Berufsrechts gegenüber Physiotherapeut*innen natürlich nur durch Ärzt*innen bzw. durch leitende Physiotherapeut*innen erfolgen. Fachliche Weisungen gegenüber der Pflege dürfen ihrerseits durch Ärzt*innen oder Angehörige der DGKP bzw. in den durch das GuKG erfolgten berufsrechtlichen Abstufungen erfolgen. Angehörige weiterer Gesundheitsberufe unterliegen zum überwiegenden Teil ausschließlich einer ärztlichen Anordnungsbefugnis, wohingegen die Aufsicht und damit verbundene Weisungen und Anleitung auch durch andere Gesundheitsberufe erfolgen kann. Dies erscheint durchaus bekannt und schlüssig – problematisch kann sich allerdings die Zusammenarbeit gestalten, wenn dienstrechtliche Weisungen durch berufsrechtlich nicht zu fachlichen Vorgaben in Bezug auf die Berufstätigkeit berechtigten Vorgesetzten erfolgen. Wenn beispielsweise die Physiotherapeut*innen einer Krankenanstalt organisatorisch der Pflegedienstleitung zugeordnet werden, welche nun die Grenze einer rein organisatorisch-dienstlichen Weisung überschreitet, indem beispielsweise die Zuordnung von Patient*in zu Physiotherapeut*in, die Art der Behandlung oder die hierfür zur Verfügung stehenden Therapiemittel und Zeitressourcen derart vorgibt, dass eine lege artis Behandlung nicht möglich wird. In solchen Fällen gilt rechtlich ein klarer Grundsatz: die interne organisatorische Struktur als auch das Dienstrecht muss das jeweilige Berufsrecht des Angehörigen des Gesundheitsberufes wahren und diesem entsprechen ausgestaltet sein. Das Berufsrecht geht vor und ist in den Strukturen, Abläufen und Weisungsrechten abzubilden.

Physiotherapeut*innen gehören zu den gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen im Sinne des §49 Abs.3 Ärztegesetz, in deren Berufsbild die eigenverantwortliche Durchführung physiotherapeutischer Maßnahmen ohne ärztliche Aufsicht allein auf der Grundlage einer ärztlichen Anordnung gelegen ist.

In multiprofessionellen Teams befinden sich jedoch auch Gesundheitsberufe, welche ausschließlich unter Aufsicht und tlw. auch Anleitung tätig sein dürfen. Im speziellen Kontext zur physiotherapeutischen Behandlung stehen jene Gesundheitsberufe, welche aufgrund ärztlicher Verordnung und gleichzeitig ausschließlich unter ärztlicher oder physiotherapeutischer Aufsicht tätig sein dürfen. Im Falle von **medizinischen Masseur*innen und Heilmasseur*innen (MMHmG)** kann auf der Basis der Verordnung und lex artis auch eine Weiterdelegation der ärztlich verordneten Maßnahmen durch die/den Physiotherapeut*in – im Falle der angestellten medizinischen Masseur*innen zur Durchführung unter physiotherapeutischer oder ärztlicher Aufsicht – erfolgen.

Auch bei der Trainingstherapie durch Sportwissenschaftler*innen (MAB-Gesetz), welche ausschließlich im Angestelltenverhältnis zulässig ist, gibt es – **nur noch bis zum Inkrafttreten der Novellierung des MAB-Gesetzes mit 01.01.2025** – die Möglichkeit der physiotherapeutischen Weiterdelegation der jedenfalls erforderlichen ärztlichen Anordnung an berechnigte Sportwissenschaftler*innen. Dabei muss **bis 01.01.2025 die Aufsicht durch Physiotherapeut*innen oder Ärzt*innen** erfolgen. In diesen Fällen ist es wesentlich, die Zusammenarbeit unter der Prämisse sowohl der ärztlichen Verordnung als auch der entsprechenden zu gewährleistenden Anleitung und Aufsicht zu gestalten, die natürlich organisatorisch und dienstrechtlich jenem Gesundheitsberuf zugeordnet werden sollte, welche auch aufgrund der berufsrechtlichen Regelungen zur Anleitung und Aufsicht berechnigt ist.

Mit 01.01.2025 werden die Änderungen im MAB-Gesetz in Bezug auf die **neuen Rahmenbedingungen der Trainingstherapie in Kraft treten** und die Aufsicht und Weiterdelegation durch Physiotherapeut*innen ersatzlos der Vergangenheit angehören.

Die Krankenbehandlung (mit 01.09.2024 mit der Ausnahme der Behandlung zwecks Sekundärprävention) basiert berufsrechtlich auf ärztlicher Verordnung. Die Anordnungsverantwortung der/des Arztes/Ärztin und die Durchführungsverantwortung der/des Physiotherapeut*in greifen ineinander. Sie erfordern die gemeinschaftliche Betrachtung der

Patient*innen aus der jeweiligen beruflichen Perspektive und Kompetenz und die gelungene Kommunikation darüber.

Alle physiotherapeutischen Maßnahmen, die zu Heilzwecken gesetzt werden, bedürfen ausnahmslos einer ärztlichen Anordnung im Gegensatz zum Präventionsbereich (Primärprävention an Gesunden und seit 01.09.2024 Krankenbehandlung zwecks Sekundärprävention), in welchem für die bisher im §2 (1) MTD-Gesetz als „Beratung und Erziehung Gesunder“ bezeichnete Primärprävention und seit 01.09.2024 im § 20 (2) gelistete Gesundheitsförderung, Primär- und Sekundärprävention im Rahmen des Berufsbildes keine ärztliche Anordnung notwendig ist.

Die sogenannte Durchführungsverantwortung der Physiotherapeut*in bedeutet, dass die Physiotherapeut*in gemäß ihrem Wissens- und Erfahrungsstand die Behandlung des Patient*innen im Sinne der ärztlichen Anordnung durchführt. Dabei ist selbstverständlich die berufsspezifische lex artis als Parameter für die grundlegende Zulässigkeit der verordneten Maßnahme als auch für die Art der Ausführung zu Grunde zu legen. Daraus ergibt sich unabdingbar auch die Verpflichtung der Rückmeldung an die/den verordnenden Arzt/Ärztin, sollte aus Sicht der/des Physiotherapeut*in die lex artis aufgrund der ärztlichen Anordnung nicht eingehalten werden können. Sollte beispielsweise die durch die Physiotherapeutin/den Physiotherapeuten durchgeführte Anamnese, Befundung oder physiotherapeutische Diagnosestellung ergeben, dass die in der ärztlichen Anordnung enthaltene Diagnose nicht nachvollziehbar bzw. verfehlt erscheint, für die in der ärztlichen Verordnung gewählten Maßnahmen Kontraindikationen aufscheinen, besteht schlichtweg die Verpflichtung zur Rückmeldung. Sollten für die Befundung oder Therapieplanung Befunde (Röntgenbilder, OP-Bericht) erforderlich sein oder sollten auch andere zur lege artis Durchführung notwendigen medizinischen Informationen fehlen, besteht die Pflicht zur Nachfrage und Einholung der notwendigen Informationen bei der/dem verordnenden Ärztin/Arzt.

Die in diesem Sinne rechtlich nur bedingt zugeteilte und damit verzahnte Verantwortung der beteiligten Professionen für die Behandlung nach lex artis stellt natürlich sowohl die rechtliche Verpflichtung zur Rückmeldung/Nachfrage, als auch starke Motivation zur Kommunikation über die Patientin/den Patienten und die jeweilige Sichtweise auf das Krankheitsbild und die optimale Therapieplanung dar. Man sitzt im wahrsten Sinne des Wortes in einem Boot und verantwortet gemeinsam den gewählten Kurs.

In der gelebten Praxis schlägt sich dies häufig in einer dem gesetzlichen Ablauf entsprechenden Abfolge der ärztlichen Diagnose, darauffolgenden physiotherapeutischen Befundung und Diagnose und sodann gemeinsamen Beratschlagung über die jeweilige Sichtweise und optimale Therapieplanung, die sodann von ärztlicher Seite verordnet und durch die/den Physiotherapeut*in durchgeführt wird. Selbstverständlich stellt die der Therapie nachfolgende Information an die Ärztin/den Arzt über die erreichten Therapieziele, den funktionalen Status Quo und die Einschätzung weiterer Behandlungsziele wiederum eine Grundlage für die ärztliche Befundung und etwaige Verordnung fortführender Physiotherapie dar.

Dieser Kreislauf und das zugrundeliegende rechtliche Regelwerk sind aber die kleinste Einheit eines multiprofessionellen Teams und stellen damit die organisatorische und rechtliche Grundstruktur als auch die Keimzelle für eine gedeihliche Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsberufen und der ärztlichen Profession dar.

In gleicher Weise bildet dieser Verordnungs-, Informations- und Berichtskreislauf auch die Grundlage der Zusammenarbeit zwischen eigenverantwortlich tätigen Gesundheitsberufen und jenen Gesundheitsberufen, welche aufgrund der Weiterdelegation und unter Aufsicht, gegebenenfalls auch Anleitung der eigenverantwortlichen Gesundheitsberufe tätig werden.

In jeder berufsrechtlichen und dienstrechtlichen Konstellation bedeutet die interprofessionelle und multiprofessionelle Arbeit, eine aufgeschlossene neugierige Grundhaltung für die Kompetenzen und berufsspezifischen Sichtweisen des Anderen, als auch die Wertschätzung der Anderen. Dies scheint nicht

zufällig mit dem so gerne zitierten Wandel von einer „Eminenz-basierten“ zu einer evidenzbasierten Behandlungsentscheidung und einem solchen Gesundheitswesen zu korrelieren.

Gemeinsame Sprache erfordert einen Grundbestand an gemeinsamen Begrifflichkeiten, denen gemeinsame oder zumindest miteinander geteilte Perspektiven und Herangehensweisen zu Grunde liegen, aber letztlich immer auch möglichst differenzierte Kenntnisse der jeweils fremden Expertise der weiteren beteiligten Gesundheitsberufe. Denn die Zusammenarbeit basiert prinzipiell nicht auf der Aneignung fremder Kompetenzen, sondern vielmehr auf dem Wissen um die Möglichkeit und größtmöglichen Chancen durch die Ergänzung. Die gemeinsame Zusammenarbeit bedarf auch Kompetenzen in der konkreten gemeinschaftlichen Arbeit an der Patientin/am Patienten im Sinne von Skills, welche über die theoretische Kenntnis der Kompetenzen und Tätigkeitsbereiche der einzelnen Teammitglieder hinausgehen. Optimalerweise sollte interprofessionelle Zusammenarbeit bereits im Rahmen der Ausbildung – beispielsweise in gemeinsamen Grundmodulen – bereits vermittelt und erlernt werden.¹

Bedingt die multiprofessionelle Teamsituation auch die freie Wahl des behandelnden Gesundheitsberufes durch Patient*innen?

Ähnlich den alternativen Behandlungsweisen und Privatleistungen kennzeichnet die Arbeit im Behandlungsteam nicht die Beliebigkeit bei der Wahl der Behandler*innen bzw. die frei gestaltbare „Wunschbehandlung“ durch die/den Patient*in aus, sondern die systematische an Patient*in und Diagnose orientierte Beratung/Beziehung/Zusammenarbeit mit dem Ziel für die/den Patient*in eine optimale Abklärung aus unterschiedlichen Perspektiven zu erreichen, eine patient*innenzentrierte und in diesem Sinne „integrierte“ Behandlung durch mehrere Professionen aus einer Hand anzubieten oder auch einzelne, sich durch die Zusammenarbeit und Kommunikation im Behandlungsverlauf optimal ergänzende Behandlungen zu ermöglichen. Dies erfordert aus rechtlicher Sicht für die einzelnen Schritte im Behandlungsverlauf klare, den Kompetenzen folgende Zuständigkeiten und eine optimale Kommunikation bei der informierten (und dokumentieren) „Staffelübergabe“, um eine gesamthafte, an den Bedürfnissen der Patient*innen orientierte Behandlung zu ergeben. Rechtlich bedeutet dies, dass jeweils eine feinzahnige Anordnungsverantwortung und Durchführungsverantwortung funktioniert. In diesem Zahnrad stellen Kommunikationsbarrieren, wie sie durch mangelnde gemeinsame Sprache, Unkenntnis der fremden Kompetenzen, mangelndes Vertrauen/mangelnden Respekt durch die Exekution von Hierarchiestrukturen entstehen können, potentielle Stör- und Risikofaktoren für das Gelingen der Behandlung und damit auch unmittelbar für die Patientin/den Patienten dar.

Jedenfalls steht die optimale Versorgung des/der Patient*in und damit die fundierte ärztliche, therapeutische oder auch durch weitere Teammitglieder getroffene Behandlungsentscheidung im Zentrum – die interprofessionelle Kommunikation, Befundung/konsiliarische Beziehung oder auch gemeinschaftliche Arbeit kann die Grundlage für eine Entscheidungsoptimierung und gelungene Behandlung darstellen und wird unter Berücksichtigung dieser spezifischen Rahmenbedingungen auch optimal erfolgen können!

¹ Siehe hierzu den Vortrag von Dr. Beat Sottas, Stiftungsrat der Careum Stiftung, Zürich bei der 30-Jahr-Jubiläumsveranstaltung MTD-Zukunftskonferenz am 14.November 2014