

## Entwurf eines Bundesgesetzes über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024 – MTDG) GZ: 2024-0.191.454

MTD-Austria  
Grüngasse 9 / Top 20  
A-1050 Wien  
+43 664 14 14 118  
office@mtd-austria.at  
www.mtd-austria.at  
ZVR-Zahl: 975 642 225

Wien, am 27. Mai 2024

### Stellungnahme

MTD-Austria, der Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD), erlaubt sich zu o. a. Entwurf im Namen der sieben Interessensvertretungen der im MTD-Gesetz, BGBl 1992/460 idF BGBl I 2022/82, geregelten Berufe Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie und Radiologietechnologie mit insgesamt rund 41.000 Berufsangehörigen und damit 15 Prozent aller Angehörigen der Gesundheitsberufe Stellung zu nehmen.

### Vorbemerkung

Die Stellungnahme berücksichtigt, ob und wieweit die eingangs in den Erläuterungen (EB), Seite 1, erwähnten Ziele des aktuellen Regierungsprogramms mit der geplanten Reform der MTD-Berufe erreicht werden können. Dazu zählen insbesondere:

- Attraktivierung der im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen
- Stärkung und Aufwertung der „nichtärztlichen“ Gesundheitsberufe
  - Erweiterung der Kompetenzen
  - Ermöglichung von effizienten wie auch qualitätsgesicherten Versorgungsabläufen

Weiters berücksichtigt die Stellungnahme, ob und wieweit die geplante Reform mit den Zielen der Gesundheitsreform wie „digital vor ambulant vor stationär“ sowie insbesondere Art. 8 der aktuellen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens übereinstimmen.

### Allgemein

Bereits vor 21 Jahren wurden vom ÖBIG im Auftrag des Gesundheitsministeriums Berufsprofile unter Einbindung von Berufsangehörigen der MTD-Berufe sowie von Stakeholdern als Fundament für eine Neuregelung der bereits damals nicht mehr der tatsächlichen beruflichen Praxis entsprechenden Bestimmungen erarbeitet. Allerdings haben damals vor allem die Berücksichtigung berufspolitischer Motive eines Stakeholders weitere Arbeiten für eine Neuregelung verhindert. Eine Generation später und unter gänzlich anderen Rahmenbedingungen der Versorgungslandschaft einschließlich deren Organisationsformen, des medizinisch-technischen Fortschritts, der Stärkung der Patient:innenrechte, der Neuausrichtung an Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz und nicht zuletzt der

Ausbildung der MTD-Berufe liegt nun ein Entwurf vor, der einerseits die tatsächliche und derzeitige berufliche Praxis abbildet, aber andererseits wesentliche Themen nicht (ausreichend) adressiert.

Positiv hervorzuheben sind folgende Punkte des Entwurfs:

- Bezeichnung „Medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe“: Mit diesem Begriff wird das sprachliche Erbe der reichsdeutschen Bestimmungen abgeschüttelt.<sup>1</sup>
- Nähere Beschreibung der Berufsbilder und Kompetenzbereiche in den EB zu §§ 4 bis 24
- Verordnungsermächtigung für die Verordnung und Verabreichung von Arzneimitteln und Medizinprodukten unter Einbindung des MTD-Beirats und der Berufsverbände (§§ 4 bis 24).
- Klarstellung, dass als Arbeitgeber von MTD nicht nur Einrichtungen des Gesundheitswesens (Anmerkung: Als Arbeitgeber gemeint sind *Rechtsträger* von Einrichtungen) in Frage kommen. (EB, 11, zu § 28 Abs. 1). Damit wird den weiten Einsatzgebieten der MTD-Berufe außerhalb des Gesundheitswesens wie bspw. Behindertenbereich, Schulwesen, Arbeitnehmerschutz etc. Rechnung getragen.
- Klarstellung, dass ein Anstellungsverhältnis auch bei freiberuflich tätigen Berufsangehörigen bestehen kann (EB, 11, zu § 28 Abs. 1).
- Klarstellung, dass Beratungen oder Behandlungen IT-gestützt in Form von Online-Beratungen oder Online-Behandlungen erfolgen können (EB, 11, zu § 28 Abs. 3): Dies ist Teil der politischen Zielsetzung „digital vor ambulant vor stationär“.<sup>2</sup>

Der Entwurf lässt jedoch in einigen zentralen Punkten zukunftsgerichtete, ausschließlich an fachlichen Anforderungen und damit an Kompetenzen orientierte Aufgaben sowie eine fachliche Weiterentwicklung der MTD-Berufe vermissen. Eine generalistische Grundausbildung allein ist nicht ausreichend, um sämtliche Einsatzgebiete, Settings oder Zustandsbilder fachlich abzudecken. Dem steht die immer rasantere Zunahme an Wissen entgegen. In dieser Hinsicht bietet der vorliegende Entwurf keine Lösung an.

<sup>1</sup> Verordnung über die Berufstätigkeit und die Ausbildung medizinisch-technischer Gehilfeninnen und medizinisch-technischer Assistentinnen (I. MGAV RGBI I S. 371ff und II., MGAV RGBI I S. 378ff).

<sup>2</sup> Siehe Art. 1 Abs. 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

## Ad Eigenverantwortung und Zusammenarbeit – Anordnung/Zuweisung (§§ 5 bis 24)

MTD-Austria begrüßt die Einführung des Begriffs der Zuweisung, die inhaltlich der aufgrund der geltenden Rechtslage möglichen „Generalanordnung“ entspricht.

Für Berufsangehörige sowie für Patientinnen und Patienten sollte für eine Rechtssicherheit eine Anleitung zur Interpretation der Begriffe Anordnung und Zuweisung erstellt werden. Damit würde auch Klarheit über den Kernbereich des Berufsbilds wie konkrete Tätigkeiten geschaffen. Im Psychotherapiegesetz (PthG 2024) ist dies ausgezeichnet dargestellt.

Hinsichtlich des Begriffs „Zuweisung“ ist die Verbindung zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz herzustellen, um eine reibungslose Abrechnung mit bzw. Kostenerstattung durch die Sozialversicherungsträger zu gewährleisten.

Bei einer „Anordnung“ muss gewährleistet sein, dass eine Patientin bzw. ein Patient nicht bei jeder Änderung wie z.B. der Auswahl Therapiemittels eine Änderung der ärztlichen Anordnung erwirken muss. Es stellt sich die Frage, wie konkret Ärztinnen und Ärzte die den MTD-Berufen zur Verfügung stehenden Maßnahmen im Detail kennen. Therapieverläufe können von Sitzung zu Sitzung den Wechsel einer Maßnahme erforderlich machen. Dafür jedes Mal eine Ärztin oder einen Arzt beiziehen zu müssen, ist fachlich unbegründet und belastet somit die vorhandenen Ressourcen über Gebühr. Die Auswahl der Methodenwahl soll in der Hand der MTD-Berufe bleiben. Akademisch ausgebildete Gesundheitsberufe wissen detailliert um die Indikationen und Kontraindikationen der Methoden und Maßnahmen gemäß Berufsbild. Dafür tragen sie auch die Verantwortung. Selbst bei einer sehr konkreten Anordnung trägt die Verantwortung für die Durchführung und damit letztlich auch für die endgültige Entscheidung, ob eine Methode oder Maßnahme bei der konkreten Patientin bzw. beim konkreten Patienten zum konkreten Zeitpunkt indiziert und lege artis angewendet werden kann, ausschließlich die bzw. der einzelne Berufsangehörige. Dies ist der Kern der seit 1992 im MTD-Gesetz geregelten „Eigenverantwortlichkeit“. Anders wäre es ja insofern absurd, als die anordnende Ärztin bzw. der anordnende Arzt physisch dauernd bei der Behandlung anwesend sein müsste, zumal die „Anordnungsverantwortung“ mit einer eingehenden Untersuchung der Patientin bzw. des Patienten einhergehen muss. Die Anführung in den Erläuterungen, wonach die ärztliche Anordnung das „Ob“ und das „Wie“ enthält, ist einer Entscheidung des OGH aus dem Jahr 1996 entnommen.<sup>3</sup> Bei dieser in der Folge rechtswissenschaftlich kontrovers diskutierte Entscheidung fällt insbesondere auf, dass die der angestellten Physiotherapeutin bekannt gegebene medizinische Diagnose unrichtig war und auf eine Verkettung von Kommunikationsmängeln zwischen Operateur, Hausarzt und Kurärztin, vermengt mit den Anforderungen an eine mit der Krankenkasse verrechenbaren Leistung zu Missverständnissen

<sup>3</sup> 100b2348/96h, siehe auch RdM 1997,19 = SZ 69/198 = Kind, RdM 2019/36 S 58 - Kind, RdM 2019,58.

führte. Überdies hat die Kurärztin entgegen ihrer Zuständigkeit einer eingehenden ärztlichen Untersuchung die vom Hausarzt und für eine Verrechenbarkeit geeignete Verordnung einschließlich der medizinischen Diagnose nicht geprüft. Dass der OGH eine mangelnde Kommunikation zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten damit zu beheben gedenkt, dass jeder Handgriff genau vorzugeben ist, geht in einem höchst arbeitsteiligen Gesundheitswesen, in dem wie hier eigenverantwortlich tätige Gesundheitsberufe zusammenarbeiten, am Kern des Problems vorbei. Richtig ist, dass Angehörige von MTD-Berufen alle für ihre Berufsausübung relevanten Informationen ärztlicherseits zur Verfügung zu stellen sind. Das ist im gegenständlichen Fall unterblieben.

Selbstverständlich nehmen Angehörige der MTD-Berufe aufgrund der bereits 1992 eingeführten Eigenverantwortlichkeit bei Fragestellungen z.B. aufgrund berufsspezifischer Anamnese und Befundung Unklarheiten, Kontraindikationen oder Ähnlichem Kontakt mit der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt zur Klärung auf.

Dieses untaugliche Beispiel für die Begründung einer konkreten ärztlichen Anordnung mit Vorgabe des „Ob“ und des „Wie“, zeigt, dass der in den EB, Seite 1, angeführten Stärkung des Teamgedankens und der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit nicht Rechnung getragen wird. Die Zusammenarbeit soll auf Augenhöhe zwischen allen in den jeweiligen Fachbereichen tätigen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gestärkt werden. Die Regelungen über die Zusammenarbeit bzw. die Anordnung soll sich ausschließlich an fachlichen Anforderungen orientieren.

Diese Ziele können mit dem vorliegenden Entwurf nicht erreicht werden.

Eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe wäre gegeben, wenn die entsprechende Regelung bspw. lautete: *„Angehörige der MTD-Berufe üben je nach Erfordernis in Zusammenarbeit mit anderen Vertreter:innen anderer Gesundheitsberufe aus.“*

Regelungen wie die im Entwurf vorgeschlagenen finden sich unter anderem nicht im jüngst beschlossenen Psychotherapiegesetz 2024. Im Psychologengesetz wird der Begriff „Anordnung“ ausschließlich für die Zusammenarbeit mit Hilfspersonen verwendet (§ 32 Abs. 2 Psychologengesetz). Auch das Kardiotechnikergesetz enthält keine entsprechende Regelung, sondern hält bloß fest, dass Kardiotechniker:innen *„den für die Operation und die Anästhesie verantwortlichen Ärzten laufend, bei allen regelwidrigen und gefährdenden Zuständen unverzüglich, diese Daten zu melden haben.“* (§ 6 Abs. 2 KTG).

Eine Zusammenarbeit, die in die Richtung einer künftigen Zusammenarbeit auf Augenhöhe führt, läge am ehesten mit einer Formulierung in Anlehnung an eine Regelung im Hebammengesetz bspw. wie folgt vor: *„Angehörige der MTD-Berufe üben ihren Beruf je nach Erfordernis in Zusammenarbeit mit Vertreter:innen anderer Gesundheitsberufe aus.“<sup>4</sup> Bei regelwidrigen und den Patient:innen gefährdenden Zuständen ist der Beruf nur in Zusammenarbeit mit einer Ärztin bzw. einem Arzt oder*

---

<sup>4</sup> Siehe oben.

*eines anderen für die Behebung des regelwidrigen und gefahrdrohenden Zustandes zuständigen Person bzw. Gesundheitsberufs auszuüben.“*

Darüber setzt eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit Stärkung des Teamgedankens und der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit voraus, dass die berufsrechtlichen Regelungen aller in Frage kommenden Gesundheitsberufe einheitlich und aufeinander abgestimmt sind. Mit den dafür „in Frage kommenden Gesundheitsberufen“ sind jedenfalls MTD-Berufe und alle weiteren Gesundheitsberufe gemeint, die berufsrechtlich zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt sind.

Der derzeit im Entwurf vorliegende Textvorschlag fördert – unabhängig ob der aus dem Verwaltungsrecht stammende sehr hierarchische Begriff der „Anordnung“ oder der mehr horizontale Arbeitsteilung suggerierende Begriff der „Zuweisung“ verwendet wird – nicht den Teamgedanken im Sinne der Arbeit auf Augenhöhe. Die Expertise, die MTD-Berufe einbringen, würde hier maximal dort genutzt werden, wo es sich um einen Einwand gegen eine ärztlich „angeordnete“ oder „zugewiesene“ Aufgabe oder Maßnahme z.B. aufgrund einer vorliegenden Kontraindikation handelt.

MTD-Berufe bringen aber eine von ärztlicher Expertise unabhängige zusätzliche Expertise in Diagnostik und Behandlung zum Wohle der Patientinnen und Patienten ein.<sup>5</sup>

Zudem wird die Besonderheit der Immaterialität von (Gesundheits-)Dienstleistungen nicht berücksichtigt. Diese Immaterialität und den Dienstleistungen innewohnende Interaktivität begrenzen deren Standardisierbarkeit auf 30-50%. Daher hängen Gesundheitsdienstleistungen zu 50-70% von der individuellen und damit situativen Handlungskompetenz der einzelnen Berufsangehörigen ab.<sup>6</sup> Umgekehrt bedeutet dies, dass bspw. Patientinnen und Patienten darauf angewiesen sind, dass alle Angehörigen von Gesundheitsberufen über eine auf das jeweilige Individuum gerichtete situative Handlungskompetenz verfügen müssen. Dies trifft umso mehr auf Gesundheitsberufe wie die MTD-Berufe zu, die ihren Beruf in der Regel ohne zeitgleiche physische Anwesenheit eines anderen Gesundheitsberufs ausüben (dürfen). Das setzt selbstverständlich voraus, dass alle Berufsangehörigen die Gesundheit, Sicherheit und alle Patient:innenrechte in der geforderten Art und Weise sicherstellen können. Daher müssen alle Angehörigen der MTD-Berufe die Indikationen und Kontraindikationen für alle Aufgaben gemäß Berufsbild kennen und individuell-konkret auf Basis einer berufsspezifischen Anamnese und Befundung bei jeder Begegnung prüfen.

Daher müssen Qualifikation bzw. Berufsberechtigung in einem MTD-Beruf und die hier dargestellte Kompetenz je nach Aufgaben- und Einsatzbereich Hand in Hand gehen. Dafür tragen die

<sup>5</sup> Siehe dazu auch die EB, 2, wonach dies insbesondere auf Grundlage originärer Wissenschaft und genuiner Forschung des jeweiligen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufs und relevanter Bezugswissenschaften sowie vorhandener nationaler und internationaler Standards und Leitlinien erfolgt.

<sup>6</sup> Quelle: Nachreiner, Kompetenzorientierte Qualitätsprozesse, Lebensqualität 01/2016, 9.

Berufsangehörigen aufgrund ihrer Eigenverantwortlichkeit die Verantwortung. Die ärztlichen Informationen wie medizinische Diagnose, Verdachtsdiagnose, Symptome etc. sind eine wesentliche Grundlage im medizinischen Setting. Ob und wie sehr Maßnahmen durch Angehörige der MTD-Berufe ärztlicherseits determiniert werden (können und sollen), hängt von einer Vielzahl von Kriterien ab. Berufsrechte sollen ausschließlich diese Kompetenzen als Maßstab des „Könnens“ und damit den äußersten Rahmen des „Dürfens“ unabhängig vom Setting beschreiben. Daher wäre im Sinne moderner berufsrechtlicher Regelung davon generell Abstand zu nehmen, sondern in setting-, organisations- und/oder arbeitsrechtlichen Regelungen zu berücksichtigen. Derzeit vermengt das geplante MTD-Gesetz 2024 berufsrechtliche Anforderungen mit einem setting-, organisations- und/oder arbeitsrechtlichen Regelungsbedarf. Die Berufsausübung bspw. von Diätolog:innen in einem Pflegeheim ist hinsichtlich der Anforderungen und der Rahmenbedingungen nicht vergleichbar mit der Berufsausübung in einer PVE, auf einer Intensivstation einer Universitätsklinik oder freiberuflich im niedergelassenen Bereich.

Die Systematik dieser Regelungen fußt auf einer Wissenschaftsorientierung der Berufsrechte der Gesundheitsberufe. Diese Wissenschaftsorientierung besteht seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert und entspricht seit langem nicht mehr der erforderlichen Kompetenzorientierung.<sup>7</sup>

### **Ad Gesundheitsförderung und Prävention (§§ 1 bis 25)**

Gesundheitsförderung und Prävention nehmen einen zentralen Stellenwert in der Gesundheitsversorgung. Dem tragen die für alle MTD-Berufe geltenden Regelungen in §§ 1 und 25 Rechnung.

Völlig unverständlich ist jedoch, weshalb dies für die Bereiche Biomedizinische Analytik (§ 5) und für Radiologietechnologie (§ 23) in der konkreten Umschreibung der Berufsbilder nicht ident mit den allen anderen MTD-Berufen gelten soll. Gesundheitsförderung und der Primär- und Sekundärprävention in intra- und extramuralen Settings betrifft auch diese MTD-Berufe. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die o.g. MTD-Berufe davon ausgeschlossen sein sollten, wo die Einbettung der Gesundheitsziele in die Gesundheitsreform und damit in das Gesundheitswesen ein wesentlicher Meilenstein ist, für alle Gesundheitsberufe und somit auch für die Bereiche Biomedizinische Analytik und Radiologietechnologie. Wie alle anderen MTD-Berufe müssen daher diese beiden Berufe im Bereich Gesundheitsförderung und der Primär- und Sekundärprävention in intra- und extramuralen Settings ebenfalls ohne Anordnung oder Zuweisung im Rahmen ihres Berufsbilds und Kompetenzbereichs eigenverantwortlich tätig sein.

---

<sup>7</sup> Siehe [https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/120410\\_CF\\_Careum\\_Report\\_Dialog\\_PDF\\_Internet.pdf](https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/120410_CF_Careum_Report_Dialog_PDF_Internet.pdf) (Abruf: 23.05.2024); Careum Stiftung, Eine neue globale Initiative zur Reform der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten, 2012, 20 (Übersetzung eines Berichts der Lancet-Commission, Frenk J, Chen L, et al., Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.

Darüber bedarf der Begriff der „Sekundärprävention“ einer genauen Definition und der Klarstellung, dass ein sozialversicherungsrechtlicher Anspruch auf Kostenerstattung von Patientinnen und Patienten auch für Maßnahmen im Rahmen der Sekundärprävention wie zur Verminderung von Risikofaktoren, den Krankheitsverlauf zu stabilisieren oder zu mildern besteht.

### Ad Fortbildung (§§ 38 und 54)

§ 38 des Entwurfs lässt die Verordnungsermächtigung gemäß des aktuell geltenden § 11d Abs. 3 MTD-Gesetz vermissen. Es kann sich dabei aus Sicht von MTD-Austria nur um ein Versehen handeln, zumal § 54 Abs. 2 Z 2 des Entwurfs „die Erarbeitung von Standards für die Anerkennung von Fortbildungen“ als Teil der Aufgaben des MTD-Beirats zur Beratung des Gesundheitsministeriums vorsieht. Hier wurde in den Entwurf der Wortlaut des geltenden § 12a Abs. 2 Z 2 MTD-Gesetz übernommen. Die EB enthalten keine Begründung, weshalb die Bestimmung nicht in § 38 des vorliegenden Entwurfs aufgenommen wurde.

Die Berufsverbände der MTD-Berufe haben ein fortschrittliches Fortbildungszertifikat für Berufsangehörige entwickelt. Dies ermöglicht, die Einhaltung der gesetzlichen Fortbildungspflicht qualitätsgesichert, unabhängig von der Art der Berufsausübung und einfach nachvollziehbar nachweisen zu können. Dieses MTD-CPD-Zertifikat<sup>8</sup> nutzen nicht nur viele Berufsangehörige, sondern auch zahlreiche Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Berufsverbände verfügen mit ihren jeweiligen berufsspezifischen Fachgruppen über die erforderliche Expertise in Anwendung der Vorgaben für das MTD-CPD-Zertifikat. Daher soll das Zertifikat, das auch vom MTD-Beirat unterstützt wird, ebenfalls in § 38 berücksichtigt werden.

Es wird daher dringend ersucht, die Verordnungsermächtigung als Abs. 3 in § 38 wie folgt zu ergänzen: „Die / Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin / Bundesminister kann durch Verordnung Richtlinien über die Anerkennung von Fortbildungen unter Bedachtnahme auf die vom MTD-Beirat erarbeiteten Standards unter Berücksichtigung des MTD-CPD-Zertifikats erlassen.“

Dieses Anliegen wurde gegenüber dem Gesundheitsministerium bereits mehrfach vorgebracht. Mit der geplanten Neuregelung des MTD-Gesetzes liegt nun die Voraussetzung vor, dies aufzugreifen.

Dies bedeutet eine Anerkennung und damit Wertschätzung der fachlichen Expertise der MTD-Berufe durch den Staat und ist folglich Teil der Attraktivierung.

<sup>8</sup> Details zum MTD-CPD-Zertifikat siehe <https://www.mtd-austria.at/bildung/bildungsgruppe/cpd/> (Abruf: 23.05.2024).

## Ad Höherqualifizierung – Spezialisierungen (§ 43)

Gemäß den Erläuterungen sollen mit der geplanten Reform Höherqualifizierungsmöglichkeiten für Spezialisierungen im tertiären Bereich eröffnet werden.

Diese Aussage ist ebenso unrichtig wie die Aussage der OTS-Aussendung des Gesundheitsministeriums vom 15.05.2024, wonach *Fachhochschulen künftig spezialisierte Masterstudiengänge anbieten dürfen*.<sup>9</sup> Ob Fachhochschulen solche Masterstudiengänge anbieten „dürfen“, bemisst sich ausschließlich nach Fachhochschulrecht und ist unabhängig von Regelungen des MTD-Gesetzes. Außerdem haben Angehörige der MTD-Berufe bereits seit nahezu 30 Jahren in Folge des Abschlusses der dreijährigen Akademieausbildungen Zugang zu Masterstudien, faktisch gibt es aber nur privat zu finanzierende Masterlehrgänge (Heute: a.o. Masterstudien). Der aktuelle Entwurf ändert daran nichts.

Richtig ist vielmehr, dass es weiterhin kein Bekenntnis zu öffentlich finanzierten Masterstudiengängen gibt im Gegensatz wie z.B. jüngst bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Öffentlich finanzierte Masterstudiengänge sind für ein zukunftsfitte Gesundheitswesen und für attraktive Rahmenbedingungen in den MTD-Berufen erforderlich. Der Abschluss solcher Masterstudiengänge sollte internationalen Beispielen folgend mit Befugnisserweiterung verbunden sein. Damit stünde künftig Berufsangehörigen unabhängig von ihren persönlichen finanziellen Mitteln der Zugang zu Doktoratsstudien offen. Zudem kann damit eine hochspezialisierte Versorgung von Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.

Grundsätzlich enthält der Entwurf eine begriffliche Unschärfe, indem er zwei dem Grunde nach voneinander unabhängige Themen junktimiert. Dies führt in der Diskussion laufend zu Missverständnissen. Diese Begriffe sind in Zukunft auseinanderzuhalten.

„Höherqualifizierung“ ist der Erwerb einer hochschulischen Qualifikation im tertiären Bereich im Sinne der Bologna-Architektur. Die Bologna-Architektur kennt mit Bachelor-, Master- und Doktorats-/PhD-Abschlüssen drei Zyklen. Der im Entwurf vorgesehene Mindestumfang von 60 ECTS kann in Österreich aufgrund der Beschränkung der Bachelorstudien an Fachhochschulen auf 180 ECTS nur dann im Sinne der Bologna-Architektur gelten, wenn die Ausbildung im Umfang 60 ECTS Teil eines Masterstudiums mit 120 ECTS ist.

„Spezialisierungen“ sind über die Grundausbildung hinausgehende Kompetenzen, die über Bildungsmaßnahmen in Verbindung mit Berufserfahrung erworben werden. Die Bildungsmaßnahmen sind hinsichtlich organisatorischer Anbindung, Umfang und Ausrichtung (z.B. Anteile an Theorie und Praxis) je Spezialisierung individuell zu regeln. Daher kann dies z.B. kumulativ über qualitätsgesicherte Fortbildungen mit unterschiedlicher organisatorischer Anbindung erreicht werden oder je nach

<sup>9</sup> Siehe OTS-Aussendung des BMSGPK vom 15.05.2024

[https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20240515\\_OTS0098/mehr-kompetenzen-fuer-medizinisch-therapeutisch-diagnostische-gesundheitsberufe](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20240515_OTS0098/mehr-kompetenzen-fuer-medizinisch-therapeutisch-diagnostische-gesundheitsberufe) (Abruf: 23.05.2024).

Erfordernis für die jeweilige Spezialisierung ausschließlich über Hochschulen, z.B. als Masterstudium. Beispiele für „Spezialisierungen“ als Masterstudium mit 120 ECTS sind Angebote wie „Diagnostischer Ultraschall – Sonographie“<sup>10</sup> oder „Kardiorespiratorische Physiotherapie“<sup>11</sup>.

Lehre und Management fallen per definitionem in der Fachwelt nicht unter den Begriff „Spezialisierungen“, sondern sind Qualifizierungen für andere Funktionen oder Aufgaben. Auf der oberen Managementebene sowie für die hauptberufliche Lehre ist eine Qualifikation auf Masterebene geboten.

Österreich weist hinsichtlich der Qualifizierung eine im internationalen Vergleich große Differenz des Ausbildungsumfangs und der -dauer zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und anderen Gesundheitsberufen wie den MTD auf. Dies ist hinsichtlich der Ziele der Gesundheitsreform bedenklich.

Der Anteil aller Berufsangehörigen der MTD an der Gesamtzahl von Berufsangehörigen im Gesundheitswesen von mehr als 300.000 beträgt rund 15 Prozent und ist damit gleich hoch wie der Anteil an Ärzt:innen. Allerdings erbringen Angehörige der MTD-Berufe einen verhältnismäßig größeren Anteil an Leistungen im medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Bereich, sofern es sich nicht um Operationen oder medikamentöse Maßnahmen handelt. Das trifft in besonderem Maße und in zunehmendem Umfang auf den ambulanten Versorgungsbereich bzw. im niedergelassenen Bereich zu, die im Rahmen der Gesundheitsreform gestärkt werden. Adäquat qualifizierte MTD können hier durch „task-shifting“ Aufgaben abdecken, die derzeit teilweise von Ärzt:innen abgedeckt werden. Die dafür erforderlichen Qualifikationen sind im Rahmen von Spezialisierungen zu erwerben. Ein Vorteil ist, dass sich die grundlegende Ausrichtung der MTD-Berufe und damit deren Mindset bereits stärker an den für ein Gelingen der Gesundheitsreform relevanten Aspekten wie Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz, Prävention, Begleitung und Beratung orientiert. Erst die sichtbare Anerkennung dessen durch die Regelung von Spezialisierungen würde eine Attraktivierung der MTD-Berufe bedeuten, da Entwicklungs- bzw. Karriereperspektiven wesentliche Elemente von Wertschätzung und damit Attraktivität sind.

### Ad MTD-Beirat (§ 54)

Die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens hängt davon ab, dass Angehörige der Gesundheitsberufe wie der MTD-Berufe über die erforderlichen Kompetenzen verfügen. Die berufsspezifisch-fachliche Expertise liegt dabei bei den Berufsangehörigen selbst und den Interessenvertretungen, in denen die Berufsangehörigen organisiert sind. Zur Beratung des Gesundheitsministerium in fachlichen Angelegenheiten sind zudem seit Jahren Vertreter:innen der MTD-Berufe aufgrund ihrer beruflichen und wissenschaftlichen Qualifikation bereits im MTD-Beirat

<sup>10</sup> Siehe <https://www.fhwn.ac.at/studiengang/diagnostischer-ultraschall-sonographie#top> (Abruf: 23.05.2024).

<sup>11</sup> Siehe <https://postgraduate-school.medunigraz.at/diagnostik-pflege-therapie/kardiorespiratorische-physiotherapie> (Abruf: 23.05.2024).

vertreten. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Expertise der MTD-Vertreter:innen im MTD-Beirat kaum in Anspruch genommen wird. Wie zuvor anlässlich § 38 zu Fortbildungen ausgeführt, ist der MTD-Beirat verstärkt einzubeziehen. Das bezieht sich unter anderem auf Richtlinien zur Anerkennung von Fortbildungen sowie auf Inhalte, Umfang, organisatorische Anbindung für Qualifikationen zu Spezialisierungen. Hinzu kommen aktuell Themen, die im Zusammenhang mit geplanten Maßnahmen in Folge der Art. 15a Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, soweit diese die fachlichen und/oder rechtlichen Belange der MTD-Berufe berühren.

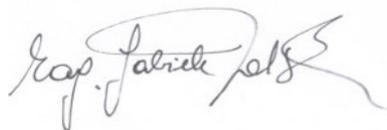
Verstärkte Einbeziehung bedeutet, dass den Vertreter:innen der MTD im Beirat ein Recht, bei fachlichen und/oder rechtlichen Angelegenheiten, die die MTD-Berufe betreffen, gehört zu werden und ihnen ein stärkeres Gewicht hinsichtlich Entscheidungen in fachlichen Angelegenheiten zukommen soll.

### Schlussfolgerung

Zusammengefasst setzt der vorliegende Entwurf wenige zukunftsgerichtete Schritte. Wesentliche Punkte für die gesundheitspolitisch gewünschte Neuausrichtung des Gesundheitswesens wie z.B. die Expertise von Gesundheitsberufen wie der MTD-Berufe verstärkt zu nutzen und der zunehmenden Komplexität und Differenzierung mittels Spezialisierungen mit Befugnisweiterungen Rechnung zu tragen, bleiben gänzlich unberührt. Manches wie bspw. die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, die sich bereits derzeit im beruflichen Alltag anders gestaltet, werden mit dem Entwurf bloß legitimiert. Hinsichtlich der Mitwirkung von Vertreter:innen der MTD-Berufe auf Ebene des Gesundheitssystems, hier im MTD-Beirat liegt sogar ein Rückschritt gegenüber der geltenden Rechtslage vor.

MTD-Austria ersucht um Berücksichtigung der Anmerkungen und Anregungen in dieser Stellungnahme sowie der Forderungen der sieben MTD-Berufsverbände, welche sich auf die §§ 1 bis 61 inkl. Erläuterungen beziehen. MTD-Austria und die sieben MTD-Berufsgruppen sehen dies als Ausdruck der Wertschätzung gegenüber den mehr als 41.000 Angehörigen der MTD-Berufe.

Mit freundlichen Grüßen



Mag.<sup>a</sup> Gabriele Jaksch  
Präsidentin MTD-Austria