

Dachverband der
gehobenen medizinisch-
technischen Dienste
Österreichs



Verband der Diätologen Österreichs



logopädieaustria



MTD Report 2011

Bericht über die gehobenen
medizinisch-technischen
Dienste (MTD) Österreichs



Österreich der Diätologen Österreichs



MTD Report 2011

Bericht über die gehobenen medizinisch-technischen
Dienste (MTD) Österreichs

Impressum

Herausgeber, Medieninhaber
und Hersteller:
MTD-Austria
Grüngasse 9 / 20, 1050 Wien,
office@mtd-austria.at,
www.mtd-austria.at

Gestaltung:
Julia Kerschbaumer, Markus Hörl
www.designpraxis.at
gesetzt in Foundry Sterling
und Palatino

Fotografien:
MTD-Austria:
Photographie Hannes Eichinger /
© MTD-Austria
Biomed:
Johannes Zinner – Fotografie /
© biomed austria
Diätologen:
© Bernhard Noll / Diätologen
Ergotherapie:
© Ergo Austria
Physio:
Helmut Wallner / © Physio Austria
Logopädie:
© Fotolia (Cédric Chabal, Kasiap,
Marcel A. Hasübert, Adam
Gregor, Eugeny Shevchenko,
Olga Sapegina)
© Archiv logopädieaustria
Radiologie:
© FH-Wiener Neustadt
(2010) Projekt Generationen &
Innovationen

Druck:
Remaprint, www.remaprint.at

Der Umwelt zuliebe wird dieser
Bericht hauptsächlich elektro-
nisch vertrieben.

Autor

Univ.-Prof. Mag. Dr. PhD. Wilhelm Frank
Gesundheitssystemberatung GmbH
ARWIG – Arbeitskreis wissenschafts-
basierte Gesundheitsversorgung

In Zusammenarbeit mit
biomed austria
– Bundesverband der Biomedizinischen
AnalytikerInnen Österreichs
Diaetologen
– Bundesverband der
DiätologInnen Österreichs
Ergo Austria
– Bundesverband der
ErgotherapeutInnen Österreichs
logopädieaustria
– Bundesverband der
LogopädInnen Österreichs
Orthoptik Austria
– Bundesverband der
OrthoptistInnen Österreichs
Physio Austria
– Bundesverband der
PhysiotherapeutInnen Österreichs
rt Austria
– Bundesverband der
RadiologietechnologInnen Österreichs

Im Auftrag von
MTD-Austria
Wien, 2011

Danksagung

Als Autor des vorliegenden zweiten MTD-Berichts war ich natürlich auf Mitteilungen, Anregungen etc. von außen angewiesen. Ich möchte mich hiermit stellvertretend für zahlreiche Diskussionen bei den sieben Präsidentinnen der Berufsverbände bedanken, die mir Zugang zu Unterlagen, Personen in den Verbänden sowie Hinweise im Zuge einer schriftlichen Befragung übermittelt haben. Darüber hinaus wurden seitens weiterer Personen in den Berufsverbänden viele Anregungen gemacht.

Bedanken möchte ich mich aber auch für die zahlreichen Anregungen und Mitteilungen von rechtskundigen Personen sowie Personen, die die Entwicklung der angesprochenen Berufsgruppen seit Jahrzehnten verfolgen.

Wesentliche Informationen haben auch die schriftlichen Erhebungen bei den Berufsverbänden erbracht, für deren Ausführlichkeit ich mich bedanke. Dadurch ist es mir möglich gewesen, auch aktuelle Probleme anzusprechen bzw. darzustellen.

Ganz speziell möchte ich mich bei MTD-Austria, der Präsidentin Frau Mag. Gabriele Jaksch, der Bildungsreferentin, Frau Mag. Christine Schnabl, MSc, sowie bei den beiden Geschäftsführern Herrn Mag. Dominik Bischof LL.M und Herrn Mag. Jost-Alexander Binder (seit Februar 2011 interimistisch) bedanken, die für Fragen und Auskünfte stets zur Verfügung standen. Die Datengrundlage für die Registrierungsanalysen stammt von Herrn Mag. Martin Latschenberger, zahlreiche weitere Anregungen kamen direkt von Personen aus den einzelnen Berufsverbänden.

In diesem Sinne hoffe ich, dass der nunmehr zweite Bericht eine Aktualisierung bietet und eine weitere Akzentuierung auf die für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste wichtigen Themen legt.

Univ.-Prof. Mag. Dr. PhDr. Wilhelm Frank

Vorwort der Präsidentin



Die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen ist der Kernfaktor jedes Gesundheitssystems. Das österreichische Gesundheitssystem wird oft als eines der besten der Welt bezeichnet. Auf erzielten Erfolgen soll und darf man sich jedoch nicht ausruhen, sondern man muss deren Weiterentwicklung vorantreiben. Im Rahmen der Gesundheitsberufe stellen neben den Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Ärzteschaft die gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) mit ihren rund 20.000 Berufsangehörigen die drittgrößte Berufsgruppe an Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen.

Bereits in unserem ersten MTD-Bericht 2008 haben wir unsere Mitglieder, die sieben Berufsgruppen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, vorgestellt, Struktur und Ziele des Dachverbandes beschrieben sowie operative Schnittstellen und berufsgruppenübergreifende Schwerpunkte abgebildet.

Im vorliegenden zweiten Bericht werden wesentliche, mitunter geänderte Rahmenbedingungen der sieben Berufsgruppen erläutert und aktuelle berufspolitische Entwicklungen hervorgehoben. Deutlich stärker als im ersten Bericht wird dabei auf rechtliche Zusammenhänge und Regelungen eingegangen. Ein besonderes Augenmerk wird darüber hinaus auf das immer mehr in den Vordergrund drängende Thema Forschung gelegt. Einen weiteren Schwerpunkt bildet das von uns seit mehreren Jahren betriebene Engagement betreffend die Führung einer MTD-Berufsliste (Stichwort: Registrierung). Nicht zuletzt werden auch diverse, sich aus dem Alltag ergebende Verbesserungspotenziale und Probleme aus der Sicht der Berufsgruppen angesprochen. Damit wird dieser Bericht auch als Diskussionsgrundlage für politische Entscheidungen, Planungen oder Weiterentwicklungen des Gesundheitswesens nutzbar. Da die Vielfalt der Rechtsmaterien, die das Gesundheitswesen regeln und gestalten, häufig nicht oder nicht in der erforderlichen Tiefe bekannt sind, haben wir den Autor gebeten, jene Hintergründe bzw. weniger bekannten Sachverhalte sowie rechtliche Grundlagen ausführlicher darzustellen, die für unsere Mitglieder unmittelbare Relevanz aufweisen. Auch der hohen Reaktionsdynamik, der die gehobenen medizinisch-technischen Dienste als Teil des Gesundheitswesens in dieser entsprechend bewegten Umwelt ausgesetzt sind, wird im vorliegenden Bericht Raum gegeben. So wurden die MTD-Gesundheitsberufe in den letzten Jahren in der Ausbildung auf Hochschulniveau gehoben. Masterprogramme wurden eingerichtet, um die erforderliche Professionalisierung in der Ausbildung und/oder der Fortbildung zu unterstützen. Die Ausbildungen wurden großteils dem harmonisierten europäischen

Ausbildungssystem angepasst (Stichwort: Bologna-Prozess) und die Berufsbezeichnungen den internationalen Vorbildern angeglichen.

Ich bedanke mich bei den sieben Berufsverbänden für ihre Unterstützung und die gute Zusammenarbeit im Sinne aller MTD-Angehörigen in Österreich. Die hohe Qualität dieser Zusammenarbeit findet ihren Ausdruck in den vielfältigen seitens des Dachverbandes installierten interdisziplinären Arbeitsgruppen und Sitzungen zur gemeinsamen Weiterentwicklung und nicht zuletzt im vorliegenden MTD-Bericht.

Bei unserem Autor, Herrn Univ.-Prof. Mag. Dr. PhDr. Wilhelm Frank, bedanke ich mich ganz herzlich für seine Ausarbeitung. Als Präsidentin von MTD-Austria freut es mich, Ihnen den zweiten Bericht der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs hiermit präsentieren zu können.

Ihre



Mag. Gabriele Jaksch
Präsidentin von MTD-Austria

Inhalt

Danksagung 3

Vorwort der Präsidentin 4

Einleitung 9

Das österreichische Gesundheitssystem 9

Gesundheitsberufe 10

Gehobene medizinisch-technische Dienste 11

Berufsübersicht und Kompetenzen 13

Berufsausübung der MTD 15

Anzahl der berufsausübenden MTD-Angehörigen 18

Berufsausübende in Krankenanstalten 18

Berufsausübende in selbstständigen

Ambulatorien 20

Ermittlung der Berufsausübenden 21

Kompetenzerwerb 25

Ausbildung – Studium 26

Fachhochschulen 26

Studienplätze – Entwicklungen – Forderungen 28

Im Ausland abgeschlossene Berufsausbildungen 28

Fort- und Weiterbildung 28

Masterstudien 29

Qualitätssicherung und PatientInnensicherheit 31

Qualitätssicherung 31

Organisatorische Maßnahmen der

Qualitätssicherung 31

Vorbehaltsregelungen 35

Tätigkeitsvorbehalte 36

Ausbildungsvorbehalt 38

Bezeichnungsvorbehalt 40

Berufsvorbehalt 40

PatientInnensicherheit 41

Delegation von Leistungen 43

Wissenschaftliche Disziplinen in der Gesundheits-
versorgung 43

Delegation an Laien 43

Folgen bei Rechtsverstößen 45

Zivilrechtliche Tatbestände 45

Strafrechtliche Tatbestände 47

Verwaltungsstrafrechtliche Tatbestände 47

Forschung 49

- Wissenschaft im Bereich MTD 49
- Forschung an Fachhochschulen 50
- Forschung durch Berufsausübende 50
- Bedarfsforschung 51

Registrierung der MTD 53

Ziele der Registrierung 55

- Gründe für die Führung der Berufsliste durch die MTD-Register GmbH 55
- Aktuelle Aufgabenstellung 55
- Alleinstellungsmerkmale von MTD-Austria bzw. der MTD-Register GmbH 55
- Strukturelle Informationen 56

Technische Lösung 57

- Datenschutz 58
- Analysen und Veröffentlichungen 58
- Leistungserbringerverzeichnis 59
- Offene Punkte 59
- Registrierungsstatus 60

E-Health und MTD 61

- Ziele von E-Health 61
- Leistungserbringer MTD 62
- ELGA und GDA-Index 62
- Integrierte Versorgung unter Miteinbeziehung der MTD 63

Rechtliche Angelegenheiten 65

- Anpassungsbedarf 67
- Vorbehaltsverstöße und gewerbliche Gesundheitsberufe 67

Interessensvertretungen 71

MTD-Austria 71

- Struktur des Dachverbands 71
- Vertikale Gliederung des Dachverbands 72
- Die Geschichte des Dachverbands 72
- Ziele von MTD-Austria 73
- Leitungsgremien von MTD-Austria 73

Berufsverbände der einzelnen Berufsgruppen 73

- biomed austria 74
- Diaetologen 76
- Ergo Austria 78
- logopädieaustria 80
- Orthoptik Austria 82
- Physio Austria 84
- rtaustria 86

Quellen 88

Abkürzungsverzeichnis 89

Anhang 1 91

Kompetenzübersicht der ausgebildeten Berufsangehörigen lt. FH-MTD-AV 91

Anhang 2 103

Ausgewählte Forschungsprojekte der Berufsgruppen der MTD in Kurzform 103

- Biomedizinische Analytik 103
- Diätologie 104
- Ergotherapie 105
- Logopädie 106
- Orthoptik 108
- Physiotherapie 109
- Radiologietechnologie 111

Einleitung

Bei den Berufsgruppen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) handelt es sich um gesetzlich geregelte Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Die Bezeichnung „gehobene“ dient unter anderem der Abgrenzung zu den Sanitätshilfsdiensten sowie dem medizinisch-technischen Fachdienst (MTF); Die Ausbildungen der MTD sind auf Maturaniveau basierend definiert.

Das österreichische Gesundheitssystem

Das Gesundheitswesen ist in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache. Die dafür erforderlichen Kompetenzen liegen jedoch nicht ausschließlich beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG), sondern auch bei anderen Bundesministerien, Ländern und Gemeinden sowie den Sozialversicherungsträgern als selbstverwaltete Körperschaften.

Die begriffliche Unschärfe des Ausdrucks „Gesundheitswesen“ im allgemeinen Sprachgebrauch war bereits oftmals Betrachtungsgegenstand. In diesem Bericht wird der Begriff im Sinne des Art. 10, Abs. 1, Z 12 B-VG verwendet.

Allerdings umschreibt die Bundesverfassung den Begriffsinhalt des Ausdrucks „Gesundheitswesen“ nicht näher. Dieser wird vielmehr als bekannt vorausgesetzt. Dem Begriff kommt somit im Sinne der vom Verfassungsgerichtshof in ständiger Rechtsprechung entwickelten sogenannten „Versteinerungstheorie“ jene

rechtliche Bedeutung zu, in der er zum Zeitpunkt der Einführung des Kompetenztatbestandes – hier zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Kompetenzartikel der Bundesverfassung am 1. Oktober 1925 – von der Rechtsordnung geschaffen wurde.

Die begriffliche Verwendung von „Gesundheitswesen“ ist für die Nachvollziehbarkeit der Ausführungen jedoch wesentlich, da Abgrenzungsfragen zum Sozialwesen sowie zum Gewerbe erforderlich sind, um feststellen zu können, was auf der Basis des Gesundheitswesens ein Gesundheitsberuf ist. Dieser ist indirekt gemäß Art. 10, Abs. 1, Z 12 B-VG geregelt. Inhaltlich bedeutet dies die „Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung einschließlich Gefahrenabwehr“, und daher sind die den Gesundheitsberufen zuzuordnenden Tätigkeiten auf all jene Bereiche zu beziehen, die dieser Obsorge dienen. Darunter fallen der Schutz der physischen ebenso wie jener der psychischen Gesundheit, aber auch die vorbeugende Gesundheitspflege, insbesondere die Gesundheitsvorsorge.

Gesundheitsberufe

Im Gesundheitswesen werden die Leistungen von Personen erbracht, die sich in ihren berufsspezifischen Regelungen von anderen Berufen strukturell unterscheiden: Man spricht von sogenannten Gesundheitsberufen. Unter einem Gesundheitsberuf ist ein „gesetzlich geregelter Beruf zu verstehen, dessen Berufsbild die Umsetzung von Maßnahmen zur Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung umfasst. Darunter sind Tätigkeiten im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu verstehen, die unmittelbar am bzw. unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens erbracht werden.“ (Skiczuk 2006, S. 24)

Bei der Erhaltung und Verbesserung des österreichischen Gesundheitssystems spielen personelle Ressourcen eine Schlüsselrolle. Gesundheitsdienstleistungen sind ein dynamischer und expandierender Bereich. Besondere Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die Qualitätssicherung, aber auch an die Kosten-Leistungs-Relation stellen große Herausforderungen dar. Die steigende Nachfrage ist sowohl auf das entwickelte Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung zurückzuführen als auch auf deren zunehmende Alterung.

Zu den zahlenmäßig stärksten Gesundheitsberufen zählen unter anderen:

- Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
- ÄrztInnen
- Angehörige der medizinisch-technischen Dienste
- PsychologInnen, PsychotherapeutInnen
- Sanitätshilfsdienste, derzeit in Umwandlung zu medizinischen Assistenzberufen
- Hebammen

Gesundheitsberufe sind durch folgende Gemeinsamkeiten charakterisiert:

- Sie werden vom Gesetzgeber durch einen Tätigkeits- bzw. Berufsvorbehalt, einen Bezeichnungsvorbehalt und einen Ausbildungsvorbehalt geschützt, und dies wird auch verwaltungsstrafrechtlich abgesichert.

- Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung im intra- und extramuralen Bereich, in der Prävention, Diagnostik, Therapie und in der Rehabilitation.
- Sie werden konkurrenziert von Ausbildungsangeboten im kommerziellen, Bildungs- und Wissenschaftsbereich. Die Ausbildungen in diesen Bereichen außerhalb des Gesundheitswesens unterliegen nicht den seitens des Gesundheitssystems gesetzten Qualitätsmaßstäben.
- Im Bereich der Berufsausübung werden die Gesundheitsberufe zunehmend von gewerblichen Berufen konkurrenziert, die unter Verstoß gegen einschlägige gesetzliche Regelungen Tätigkeiten erbringen, zu denen sie in Österreich nicht befugt sind.

Angehörige der Gesundheitsberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der ihnen anvertrauten Menschen unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. Sie haben jede eigenmächtige Heilbehandlung zu unterlassen. Angehörige der Gesundheitsberufe haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der berufsrelevanten Wissenschaften regelmäßig fortzubilden.

In diesem Bericht wird von den sogenannten gehobenen medizinisch-technischen Diensten gesprochen. Diese sind vom medizinisch-technischen Fachdienst (MTF; eine Kombination einfacherer Tätigkeiten aus den Sparten Physiotherapie, Biomedizinische Analytik und Radiologietechnologie) sowie von den Sanitätshilfsdiensten abzugrenzen.

Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe. Obwohl für den Begriff „Gesundheitsberuf“ keine Legaldefinition existiert, verwendet der Bundesgesetzgeber diesen in zahlreichen Gesetzen und Verordnungen. In jüngster Zeit wurde die Wortfolge „gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf“ oder „gesetzlich anerkannte Gesundheitsberufe“ verwendet; vgl. § 88 Abs. 2 Z 2 Strafgesetzbuch (StGB) oder § 2 Z 11 Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG).

Eine Interpretation dieser begrifflichen Präzisierung könnte dahin gehen, dass der Gesetzgeber die

bestehenden und gesetzlich determinierten Gesundheitsberufe von „neuen“, unregulierten, am Markt agierenden, im Bereich des Gesundheitswesens verstärkt abgrenzen wollte.

In diesem Zusammenhang wurde interessanterweise jüngst vom Gesetzgeber in § 2 Z 11 Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) der Begriff der Gesundheitsleistung bezüglich der Gesundheitsberufe definiert.

In Österreich bestehen noch einige weitere Berufe, die zwar ebenfalls zu den Gesundheitsberufen zu zählen sind, allerdings nicht in einem eigenen Berufsgesetz geregelt werden. Zu diesen Berufen zählen insbesondere der/die MedizinphysikerIn (Strahlenschutzgesetz, BGBl. Nr. 227/1969, Medizinische Strahlenschutzverordnung, BGBl. II Nr. 409/2004), der/die Strahlenschutzbeauftragte (Allgemeine Strahlenschutzverordnung, BGBl. II Nr. 191/2006), der/die MedizinprodukteberaterIn (Medizinproduktegesetz, BGBl. Nr. 657/1996), der/die Sicherheitsbeauftragte für Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz, BGBl. Nr. 657/1996) oder der/die PharmareferentIn (Arzneimittelgesetz, BGBl. Nr. 185/1983) (siehe Weiss et al., 2011). Ein Teil dieser Berufe ist auch außerhalb des Gesundheitswesens tätig, wie zum Beispiel Strahlenschutzbeauftragte.

Gesundheitsberufe verfügen neben der medizinischen Wissenschaft in der Regel über weitere berufsspezifisch relevante Bezugswissenschaften. Daraus leitet sich die Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung im Sinne des lebenslangen Lernens ab.

Gehobene medizinisch-technische Dienste

Mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes Nr. 460 betreffend die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz) durch den österreichischen Nationalrat im Juli 1992 (MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992) erhielt die Berufsgruppe der gehobenen medizinisch-technischen Dienste ein eigenes Bundesgesetz, das die Positionierung innerhalb der Gesundheitsberufe definiert.

Meilensteine der Entwicklung seit 1992 waren:

- Seit 1. Jänner 1995 ist Österreich Mitglied der Europäischen Union. Das genannte Gesetz musste den EU-Richtlinien angepasst werden.
- Mit der MTD-Gesetz-Novelle 2003 (MTD-Gesetz, BGBl. I Nr. 7/2004) wurde allen gehobenen MTD-Angehörigen die Freiberuflichkeit zuerkannt.
- Seit 5. Juli 2005 besteht die gesetzliche Möglichkeit, die Ausbildung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und auch der Hebammen in Fachhochschulstudiengängen mit dem akademischen Abschluss „Bachelor of Science“ zu absolvieren. Damit sind die Voraussetzungen für die internationale Vergleichbarkeit der Ausbildungen bzw. der Ausbildungssysteme gegeben. Mit der gleichen Gesetzesnovellierung wurden die Berufsbezeichnungen aller MTD-Berufe geändert.
- Im Jänner 2006 wurde die Ausbildungsverordnung für die Fachhochschulstudiengänge (FH-MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 2/2006) verlautbart.

Die gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind gemäß § 1 des MTD-Gesetzes:

- der physiotherapeutische Dienst;
- der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst;
- der radiologisch-technische Dienst;
- der Diätendienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst;
- der ergotherapeutische Dienst;
- der logopädisch-phoniatriisch-audiologische Dienst;
- der orthoptische Dienst.

Im Jahr 2006 haben sich die Namensbezeichnungen für die einzelnen sieben gehobenen medizinisch-technischen Dienste geändert. Zahlreiche Veränderungen mussten auch auf der gesetzlichen Ebene vollzogen werden.

Die Berufsbezeichnungen lauten nunmehr:

- „Physiotherapeutin“ – „Physiotherapeut“ (§ 1 Z 1)
- „Biomedizinische Analytikerin“ – „Biomedizinischer Analytiker“ (§ 1 Z 2)
- „Radiologietechnologin“ – „Radiologietechnologe“ (§ 1 Z 3)
- „Diätologin“ – „Diätologe“ (§ 1 Z 4)
- „Ergotherapeutin“ – „Ergotherapeut“ (§ 1 Z 5)
- „Logopädin“ – „Logopäde“ (§ 1 Z 6)
- „Orthoptistin“ – „Orthoptist“ (§ 1 Z 7)

Berufsübersicht und Kompetenzen

Sämtliche Berufsbilder im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind gesetzlich geregelt. Aus dieser dem Gesetzgeber vorbehaltenen Definitionsbefugnis (vgl. Art. 6 StGG) der Berufsbilder leitet sich auch der Versorgungsauftrag ab. Personengruppen oder Laienorganisationen ohne gesetzlich geregeltes Berufsbild oder rechtliche Verankerung können daher kein Bestandteil des Gesundheitssystems sein und folglich auch keinen Versorgungsauftrag übernehmen oder besitzen.

Die Berufsbilder finden sich in § 2 des MTD-Gesetzes in der geltenden Fassung.

§ 2. (1) *Der physiotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Anwendung aller physiotherapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung im intra- und extramuralen Bereich, unter besonderer Berücksichtigung funktionseller Zusammenhänge auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation. Hierzu gehören insbesondere mechanotherapeutische Maßnahmen, wie alle Arten von Bewegungstherapie, Perzeption, manuelle Therapie der Gelenke, Atemtherapie, alle Arten von Heilmassagen, Reflexzonentherapien, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie, weiters alle elektro-, thermo-, photo-, hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen sowie berufsspezifische Befundungsverfahren und die Mitwirkung bei elektrodiagnostischen Untersuchungen. Weiters umfasst er ohne ärztliche Anordnung die Beratung und Erziehung Gesunder in den genannten Gebieten.*

- (2) *Der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst umfasst die eigenverantwortliche Ausführung aller Laboratoriumsmethoden nach ärztlicher Anordnung, die im Rahmen des medizinischen Untersuchungs-, Behandlungs- und Forschungsbetriebes erforderlich sind. Hierzu gehören insbesondere klinisch-chemische, hämatologische, immunhämatologische, histologische, zytologische, mikrobiologische, parasitologische, mykologische, serologische und nuklearmedizinische Untersuchungen sowie die Mitwirkung bei Untersuchungen auf dem Gebiet der Elektro-Neuro-Funktionsdiagnostik und der Kardio-Pulmonalen-Funktionsdiagnostik.*
- (3) *Der radiologisch-technische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Ausführung aller radiologisch-technischen Methoden nach ärztlicher Anordnung bei der Anwendung von ionisierenden Strahlen wie diagnostische Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin und anderer bildgebender Verfahren wie Ultraschall und Kernspinresonanztomographie zur Untersuchung und Behandlung von Menschen sowie*

zur Forschung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens. Weiters umfasst der radiologisch-technische Dienst die Anwendung von Kontrastmitteln nach ärztlicher Anordnung und nur in Zusammenarbeit mit Ärzten (Ärztinnen).

- (4) Der Diätendienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst umfasst die eigenverantwortliche Auswahl, Zusammenstellung und Berechnung sowie die Anleitung und Überwachung der Zubereitung besonderer Kostformen zur Ernährung Kranker oder krankheitsverdächtiger Personen nach ärztlicher Anordnung einschließlich der Beratung der Kranken oder ihrer Angehörigen über die praktische Durchführung ärztlicher Diätverordnungen innerhalb und außerhalb einer Krankenanstalt; ohne ärztliche Anordnung die Auswahl, Zusammenstellung und Berechnung der Kost für gesunde Personen und Personengruppen oder Personen und Personengruppen unter besonderen Belastungen (zum Beispiel Schwangerschaft, Sport) einschließlich der Beratung dieser Personengruppen über Ernährung.
- (5) Der ergotherapeutische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Behandlung von Kranken und Behinderten nach ärztlicher Anordnung durch handwerkliche und gestalterische Tätigkeiten, das Training der Selbsthilfe und die Herstellung, den Einsatz und die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln einschließlich Schienen zu Zwecken der Prophylaxe, Therapie und Rehabilitation; ohne ärztliche Anordnung die Beratungs- und Schulungstätigkeit sowohl auf dem Gebiet der Ergonomie als auch auf dem Gebiet des allgemeinen Gelenkschutzes an Gesunden.
- (6) Der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst umfasst die eigenverantwortliche logopädische Befunderhebung und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Hörstörungen sowie audiometrische Untersuchungen nach ärztlicher Anordnung.
- (7) Der orthoptische Dienst umfasst die eigenverantwortliche Ausführung von vorbeugenden Maßnahmen sowie die Untersuchung,

Befunderhebung und Behandlung von Sehstörungen, Schielen, Schwachsichtigkeit und Bewegungsstörungen der Augen nach ärztlicher Anordnung.

Die Kompetenzen der MTD-Berufsbilder sind somit klar gesetzlich geregelt. Zusätzlich werden den Berufsbildern in den Ausbildungsgesetzen weitere, vertiefende Kompetenzen zur Seite gestellt, die die fachliche Zuordnung sowie die Tätigkeitsfelder der einzelnen Sparten näher erkennen lassen.

Ferner haben sich die Berufsbilder mittlerweile vielfach weiterentwickelt und einen deutlichen Professionalisierungsschub, nicht zuletzt durch die Fachhochschulentwicklung und auch die Weiterentwicklung der Bezugswissenschaften im jeweiligen Gebiet, erfahren. Aus organisatorisch/politischen Gründen haben diese Weiterentwicklungen aber noch nicht im Gesetz Eingang gefunden.

Berufsausübung der MTD

Die Berufsausübung ist bei Gesundheitsberufen an gesetzliche Rahmenbedingungen geknüpft. Dadurch kommt der Gesetzgeber seiner Gestaltungsermächtigung nach und regelt die Bedingungen, die für die Berufsausübungsberechtigung erforderlich sind. Die Grundlage bei den gehobenen medizinisch-technischen Diensten bildet das MTD-Gesetz.

Zur berufsmäßigen Ausübung eines bestimmten in diesem Bundesgesetz geregelten gehobenen medizinisch-technischen Dienstes ist berechtigt, wer eigenberechtigt ist, die für die Erfüllung der Berufspflichten notwendige gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit besitzt, eine Ausbildung an einer medizinisch-technischen Akademie für den entsprechenden gehobenen medizinisch-technischen Dienst erfolgreich absolviert sowie die kommissionelle Diplomprüfung erfolgreich abgelegt hat und dem hierüber ein Diplom ausgestellt wurde und über die für die Berufsausübung notwendigen Sprachkenntnisse verfügt (§ 3 Abs. 1 MTD-Gesetz).

Die Bereitstellung von berufsrechtlichen Rahmenbedingungen für die Ausübung von Gesundheitsberufen kann – vor allem vor dem kompetenzrechtlichen Hintergrund der Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung – als wesentlicher Beitrag für die Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung gesehen werden. Dies hängt aber nicht zuletzt von der Qualität der konkreten Gesundheitsdienstleistungen ab, die die Angehörigen der Gesundheitsberufe erbringen. Das Gesundheitsrecht zählt zu einer umfangreichen Rechtsmaterie im Kontext der die Gesellschaft regelnden Rechtsnormen.

- § 7. (1) Eine Berufsausübung darf freiberuflich oder
1. im Dienstverhältnis zum Träger einer Krankenanstalt oder
 2. im Dienstverhältnis zum Träger sonstiger unter ärztlicher Leitung bzw. ärztlicher Aufsicht stehenden Einrichtungen, die der Vorbeugung, Feststellung oder Heilung von Krankheiten oder der Betreuung pflegebedürftiger Personen dienen, oder
 3. im Dienstverhältnis zu freiberuflich tätigen Ärzten (Ärztinnen) oder
 4. im Dienstverhältnis zu Gruppenpraxen gemäß § 52a ÄrzteG 1998
 5. im Dienstverhältnis zur Justizbetreuungsagentur gemäß Justizbetreuungsagenturgesetz, BGBl. I Nr. 101/2008 erfolgen.
- (2) Der Diätendienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst darf auch im Dienstverhältnis zu einem (einer) Gastgewerbetreibenden und zu Einrichtungen der Forschung, Wissenschaft und Industrie ausgeübt werden.
- (3) Der physiotherapeutische Dienst, der Diätendienst und ernährungsmedizinische Beratungsdienst, der ergotherapeutische Dienst und der logopädisch-phoniatrisch-audiologische Dienst dürfen auch
1. im Dienstverhältnis zu nicht unter ärztlicher Leitung oder Aufsicht stehenden Einrichtungen erfolgen oder

- 2. im Dienstverhältnis zu Privatpersonen ausgeübt werden, sofern dieser Tätigkeit eine Meldung gemäß § 7a Abs. 2 zugrunde liegt.
- (4) Der medizinisch-technische Laboratoriumsdienst und der radiologisch-technische Dienst dürfen auch im Dienstverhältnis zu Einrichtungen der Forschung, Wissenschaft, Industrie und Veterinärmedizin ausgeübt werden.
- (4) Gegen eine Untersagung gemäß Abs. 3 kann Berufung an den unabhängigen Verwaltungssenat des Landes erhoben werden.
- (5) Die freiberufliche Tätigkeit darf aufgenommen werden, sobald die Meldung gemäß Abs. 2 bei der Bezirksverwaltungsbehörde eingelangt ist.

Die freiberufliche Berufsausübung ist ebenfalls im MTD-G geregelt.

- § 7a.** (1) Die freiberufliche Berufsausübung hat persönlich und unmittelbar zu erfolgen. Die freiberufliche Berufsausübung darf auch in Zusammenarbeit mit anderen gehobenen medizinisch-technischen Diensten oder sonstigen Angehörigen von Gesundheitsberufen erfolgen.
- (2) Die beabsichtigte Aufnahme einer freiberuflichen Ausübung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste ist der auf Grund des in Aussicht genommenen Berufssitzes zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu melden, wobei folgende Unterlagen vorzulegen sind:
1. ein Qualifikationsnachweis gemäß § 3 Abs. 1 Z 3 oder Abs. 3,
 2. eine Strafregisterbescheinigung oder bei EWR-Staatsangehörigen ein gleichwertiger Nachweis des Heimat- oder Herkunftsstaates, die bzw. der nicht älter als drei Monate ist, und
 3. ein ärztliches Zeugnis über die gesundheitliche Eignung, das nicht älter als drei Monate ist.
- (3) Anlässlich der Meldung gemäß Abs. 2 hat die Bezirksverwaltungsbehörde das Vorliegen der Voraussetzungen für die Berufsausübung zu prüfen und die freiberufliche Berufsausübung unverzüglich, längstens binnen drei Monaten, zu untersagen, sofern eine oder mehrere Voraussetzungen nicht vorliegen. Im Falle der Untersagung der freiberuflichen Berufsausübung ist unverzüglich ein Verfahren betreffend die Entziehung der Berufsberechtigung gemäß § 12 einzuleiten.

Die freiberufliche Berufsausübung gilt nunmehr für alle sieben Sparten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. Die Bedingungen sind jedoch ungleich, da nur für einen Teil der PatientInnen die Kostenübernahme durch die Sozialversicherungsträger geregelt ist. Eine entsprechende Anpassung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ist daher unumgänglich, um den Grundsatz der Gleichbehandlung zu verwirklichen. Die Biomedizinischen AnalytikerInnen, die DiätologInnen, OrthoptistInnen sowie RadiologietechnologInnen sind derzeit noch nicht im ASVG berücksichtigt.

Darüber hinaus wird mit einer entsprechenden, die Berufsausübung präzisierenden Regelung verhindert, dass Einrichtungen – quasi als Etikett – eine/n Berufsangehörige/n der MTD anstellen, diese Arbeiten intern aber an Unbefugte weiterdelegieren. Gemäß § 7a Abs. 1 und 2 MTD-Gesetz gilt, dass die freiberufliche Berufsausübung persönlich und unmittelbar zu erfolgen hat. Obwohl diese Regelung scheinbar nur für den Bereich der freiberuflichen Berufsausübung Gültigkeit hat, ist aus den Berufspflichten abzuleiten, dass die gewissenhafte Ausübung verhindert bzw. verhindern soll, dass erforderliche Maßnahmen an Unbefugte (zum Beispiel im Rahmen einer unselbstständig erwerbstätigen Berufsausübung) delegiert werden.

Die freiberufliche Berufsausübung darf in Zusammenarbeit mit anderen gehobenen medizinisch-technischen Diensten oder sonstigen Angehörigen von Gesundheitsberufen erfolgen. Die beabsichtigte Aufnahme einer freiberuflichen Ausübung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste ist der aufgrund des in Aussicht genommenen Berufssitzes zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu melden.

Gemäß § 5 des MTD-Gesetzes dürfen Personen, die zur Ausübung eines gehobenen medizinisch-technischen Dienstes berechtigt sind, über Antrag bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde einen mit einem Lichtbild versehenen Berufsausweis, der die betreffende

Berufsbezeichnung (gemäß § 10 MTD-Gesetz) enthält, ausgestellt bekommen. Der/die BundesministerIn für Gesundheit hat nähere Bestimmungen über Form und Inhalt der Berufsausweise durch Verordnung festzulegen.

Diese Maßnahmen sollen die zahlreichen Bemühungen von unbefugten Personen, am Gesundheitsmarkt „mitnaschen“ zu wollen, unterbinden. PatientInnen können Berufsangehörige am Kriterium, einen Berufsausweis zu besitzen, erkennen.

Unbefugte Personen benötigen keinen Berufssitz und können auch nicht zu Hilfstätigkeiten herangezogen werden (außer entsprechend der Regelungen des ÄrzteG 1998).

Der Gesetzgeber ist bestrebt, die Systematik der österreichischen Gesundheitsberufe nicht zu verwässern. Ungeachtet dessen wird durch die generelle Tendenz des Rückzugs des Staates die aktive Rechtsdurchsetzung von Vorbehaltsverstößen immer wichtiger.

Vermeht scheinen inzwischen nicht mehr nur Einzelpersonen, sondern mittlerweile auch Organisationen auf den Markt zu drängen, die gezielt Gesetzeslücken zu nutzen wissen, oder Bestimmungen schlicht ignorieren. Ein Umstand, der den Verwaltungsbehörden, nicht zuletzt aufgrund knapper Ressourcen, mitunter gar nicht zur Kenntnis gelangt; sodass – mangels Zurechtweisung von hoheitlicher Seite – bei Kunden/PatientInnen der Eindruck entstehen kann, es handle sich bei diesen Personen/Organisationen um ernstzunehmende Partner im Gesundheitswesen.

Als besonderes Problem erweisen sich das Anbieten und der Verkauf von Ausbildungen, die mit Bezeichnungen abschließen, die mit den gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufen verwechslungsfähig sind. Solche Ausbildungen erwecken bei den AbsolventInnen den Eindruck der eigenständigen Berufsberechtigung sowie der Niederlassungsbewilligung. Da diese Berechtigungen jedoch gar keine sind, sind sie für alle Beteiligten irreführend.

Auch der Versuch, mit verwechslungsfähigen Bezeichnungen Gewerbeberechtigungen zu erlangen, wird oftmals festgestellt. Die ausstellenden Institutionen sind jedoch mittlerweile besser informiert und melden sich verstärkt bei den Berufsverbänden der gehobenen

medizinisch-technischen Dienste, um die sachliche Richtigkeit zu hinterfragen.

Der Gesetzgeber ist hier gemeinsam mit den Gesundheitsberufen gefordert, die vielfältigen Qualitätsbemühungen (z.B. GQG), die Qualifizierungsoffensiven (z.B. Fachhochschulentwicklung) und Refundierungsgrundsätze (z.B. Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit) auch in einem „freien Markt“ aufrechtzuerhalten. Damit sind Fragen der Effizienz der Krankenbehandlung, der PatientInnensicherheit und der Wettbewerbsverzerrungen angesprochen.

Anzahl der berufsausübenden MTD-Angehörigen

Die Anzahl der im Gesundheitswesen tätigen Personen hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht. Diese Entwicklung betrifft praktisch alle Gesundheitsberufe, deren Anzahl sich in unterschiedlicher Stärke erweitert hat. Im Folgenden wird die Entwicklung der Personenanzahl der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Krankenanstalten für ausgewählte Jahre dargestellt.

Tabelle 1: Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980 – (31.12)

Gehobene medizinisch-technische Dienste	
1980	3.445
1985	4.613
1990	5.896
1995	7.563
2000	8.893
2005	10.704
2007	11.315
2008	11.457
2009	11.605

Quelle: St.AT

Die Entwicklung der in freier Berufsausübung tätigen Personen ist historisch nicht bekannt und wird gegenwärtig durch die Registrierung seitens der MTD-Register GmbH durchgeführt.

Berufsausübende in Krankenanstalten

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, die zum Stichtag 31. Dezember 2009 in Krankenanstalten mit bettenführenden Abteilungen angestellt waren. Berufsausübende in selbstständigen Ambulatorien sind dabei nicht erfasst. Auch Dienstverhältnisse von Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste bei freiberuflich tätigen ÄrztInnen, bei sonstigen Einrichtungen ohne ärztliche Leitung oder Dienstverhältnisse bei Privatpersonen sind nicht bekannt.

Diese Zahlen stellen offizielle Daten dar. Den Berufsverbänden ist bekannt, dass auch Personal, das nicht die eigenständige Berechtigung zur Berufsausübung als MTD-Angehörige besitzt (z.B. vorübergehende Berufsausübung, Personen ohne anerkannte Ausbildung aus dem Ausland sowie MTF), in bettenführenden Krankenanstalten angestellt und vermutlich in die Berichterstattung eingerechnet ist.

Ebenfalls erhoben wird die Zahl der Personen in sogenannten Vollzeitäquivalenten; diese Ergebnisse werden jedoch nicht veröffentlicht und sind in der Regel nicht zugänglich.

Tabelle 2: Personal in den Krankenanstalten Österreichs am 31. Dezember 2009 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern

Personal nach Fachrichtungen		GESAMT	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STMK	TI	VBG	WIEN
Insgesamt	g	10.915	218	793	1.524	1.818	734	1.719	941	255	2.913
	m	1.534	29	127	193	233	112	211	188	52	389
	w	9.381	189	666	1.331	1.585	622	1.508	753	203	2.524
Physiotherapeutischer Dienst	g	2.901	65	202	500	494	190	479	220	65	686
	m	611	7	52	87	106	48	93	73	19	126
	w	2.290	58	150	413	388	142	386	147	46	560
Medizin.- technischer Laboratoriumsdienst	g	3.109	59	188	318	511	207	544	256	75	951
	m	193	3	10	10	19	14	39	23	12	63
	w	2.916	56	178	308	492	193	505	233	63	888
Radiolog.- technischer Dienst	g	2.912	73	260	341	470	202	430	286	71	779
	m	604	17	52	80	91	43	67	80	19	155
	w	2.308	56	208	261	379	159	363	206	52	624
Diätendienst u. ernährungsmedizinischer Beratungsdienst	g	560	14	37	113	83	43	82	49	18	121
	m	14	-	3	2	4	-	1	2	-	2
	w	546	14	34	111	79	43	81	47	18	119
Ergotherapeutischer Dienst	g	926	4	70	171	158	57	121	79	14	252
	m	74	1	7	7	12	6	7	6	1	27
	w	852	3	63	164	146	51	114	73	13	225
Logopäd.-phoniatr.-audiolog. Dienst	g	408	3	29	66	80	23	56	47	7	97
	m	36	1	3	6	1	1	4	4	-	16
	w	372	2	26	60	79	22	52	43	7	81
Orthoptischer Dienst	g	99	-	7	15	22	12	7	4	5	27
	m	2	-	-	1	-	-	-	-	1	-
	w	97	-	7	14	22	12	7	4	4	27

Quelle: St.AT – Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2009, eigene Darstellung und Berechnungen

Berufsausübende in selbstständigen Ambulatorien

Demnach kommen zu den Zahlen aus den bettenführenden Krankenanstalten nochmals knapp 2.300 Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste hinzu. Insgesamt sind im gesamten Krankenanstaltenbereich bereits 13.200 MTD-Angehörige tätig.

Die folgende Tabelle zeigt die mit März 2008 (letzte verfügbare Auswertung des Bundesministeriums für Gesundheit) erhobenen Zahlen über die berufsausübenden Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste in selbstständigen Ambulatorien in Österreich. Theoretisch kann es hier zu Doppelzählungen mit den Krankenanstalten gekommen sein, da es sich dabei – im Gegensatz zur Registrierung – um keine personenbezogene Statistik handelt.

Tabelle 3: gehobene MTD-Angehörige in selbstständigen Ambulatorien nach Sparte

Personal nach Fachrichtungen	Ö GES	BGL	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STMK	TI	VBG	WIEN
Insgesamt	2285	143	363	498	686	239	910	328	115	1.085
Physiotherapeutischer Dienst	1151	27	69	110	160	96	261	119	37	272
Medizin.-technischer Laboratoriumsdienst	390	7	32	14	92	18	89	6	7	125
Radiolog.-technischer Dienst	341	18	41	36	53	16	38	23	7	109
Diätendienst u. ernährungsmedizinischer Beratungsdienst	71	1	11	10	15	6	17	1	1	9
Ergotherapeutischer Dienst	200	0	11	39	50	16	20	16	12	36
Logopäd.-phoniatr.-audiolog. Dienst	119	0	6	21	34	9	15	7	8	19
Orthoptischer Dienst	13	0	0	1	0	3	2	0	0	7

Selbstständige Ambulatorien in Österreich, Hrsg.: BMGFJ, März 2008

Ermittlung der Berufsausübenden

Die genaue Anzahl der im österreichischen Gesundheitswesen insgesamt berufstätigen MTD-Angehörigen ist unbekannt. Aus diesem Grund hat MTD-Austria die Registrierungsinitiative gestartet, um – auch mit Zahlen unterlegt – ein wesentlicher Ansprechpartner für jene Stellen in den Bundesländern zu sein, die für die Planung des Gesundheitswesens im Sinne der Vereinbarung nach § 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens zuständig sind.

Oftmals wird die Zahl der Berufsausübenden mit der Zahl der in Krankenanstalten Beschäftigten verwechselt. Weiters sind zum Beispiel die oftmals nicht durchgehend transparenten Bedarfsanalysen im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (z.B. für die Akkreditierung von Studiengängen an Fachhochschulen) mit zu hinterfragenden Zahlen durchgeführt worden. Punktuelle Einblicke der Berufsverbände ergaben, dass der Bedarf sowie der Ersatzbedarf nur mithilfe der Anzahl der in Krankenanstalten Tätigen ermittelt wurde. Daraus ergibt sich gerade bei jenen Berufsgruppen, die in erster Linie extramural tätig sind, eine drastische Unterschätzung des tatsächlichen Bedarfs und daher auch der Ausbildungskapazität. Aus all diesen Gründen wird dieses Problem aber offiziell nicht diskutierbar. Selbst die Präsidentinnen der Berufsverbände haben – nach persönlichen Mitteilungen – keine Einsicht in die zugrunde gelegten Zahlen erhalten.

Auch bei den vorliegenden intramural beschäftigten Berufsgruppen ergibt sich durch die „Nichterhebung“ von privaten Anbietern (z.B. Ordinationen) eine unvollständige Darstellung. Im nichtöffentlichen Sektor fehlen diese Berufsgruppen und werden teilweise durch nicht adäquates Personal ersetzt, wodurch PatientInnen über die Kompetenz getäuscht werden. Nicht zuletzt stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob nicht auch die DienstgeberInnen, möglicherweise aus Gründen des für diese attraktiveren Lohnniveaus, den Vorbehalts-tatbestand einfach ignorieren.

Verbindet man nun die Informationen aus den Krankenanstaltenmeldungen mit der Anzahl der Mitglieder der Berufsverbände sowie der Anzahl der in der

Registrierung erfassten Personen, so kann auf die Anzahl der Personen in Berufsausübung geschlossen werden.

Basis für die unten angeführte Tabelle sind die Zahlen der freiwilligen Registrierung sowie eine auf statistischen Relationen basierende Korrektur für die noch nicht registrierten Daten.

Tabelle 4: Geschätzte Berufsausübende nach Berufsgruppe, Juni 2011

Biomedizinische Analytik	3.509
Diätologie	641
Ergotherapie	1.446
Logopädie	1.144
Orthoptik	296
Physiotherapie	5.873
Radiologietechnologie	3.253
Gesamt	16.162

Quelle: Eigene Erhebungen und Berechnungen

Die vorläufige Anzahl der gegenwärtig aktiv Berufstätigen beträgt also mehr als 16.000. Die Schätzung von 20.000 Personen, die berechtigt sind, den Beruf auszuüben, kann daher auch nach den weiteren Vervollständigungen der Registrierungsdaten seit dem letzten Bericht als plausibel angenommen werden. Der Erfassungsgrad innerhalb der Berufsgruppen schwankt zwischen 35 und 100 Prozent.

Darstellung der quantitativen Verhältnisse der Berufsausübenden in Krankenanstalten und selbständigen Ambulatorien je Berufsgruppe

Legende

- Ambulatorien
- Krankenanstalten

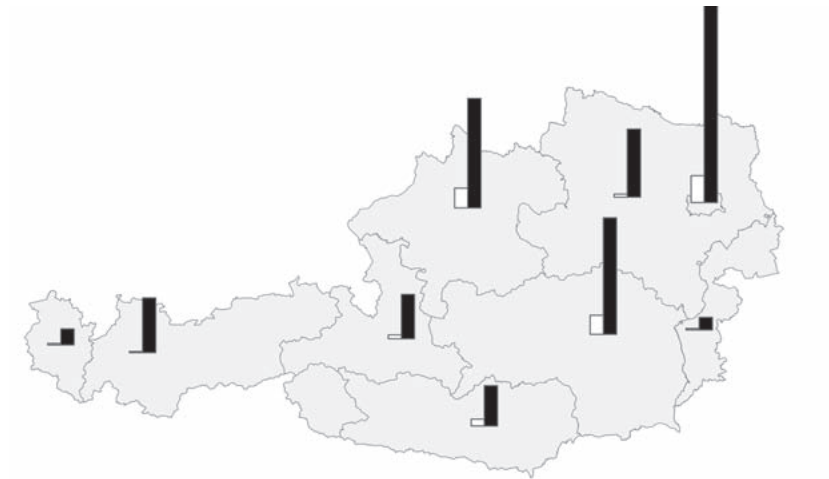


Abbildung 1:
Biomedizinische AnalytikerInnen

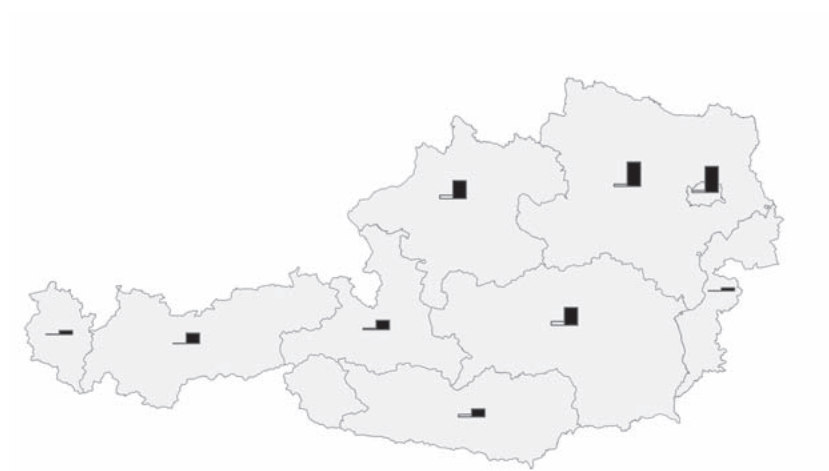


Abbildung 2:
DiätologInnen



Abbildung 3:
ErgotherapeutInnen



Abbildung 4:
LogopädInnen



Abbildung 5:
OrthoptistInnen

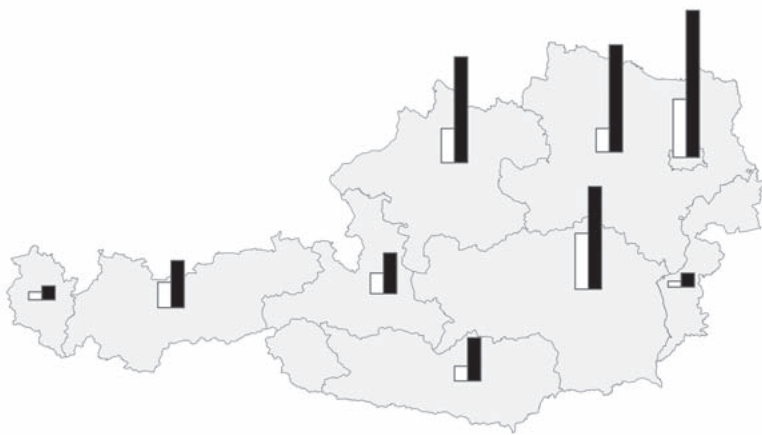


Abbildung 6:
PhysiotherapeutInnen

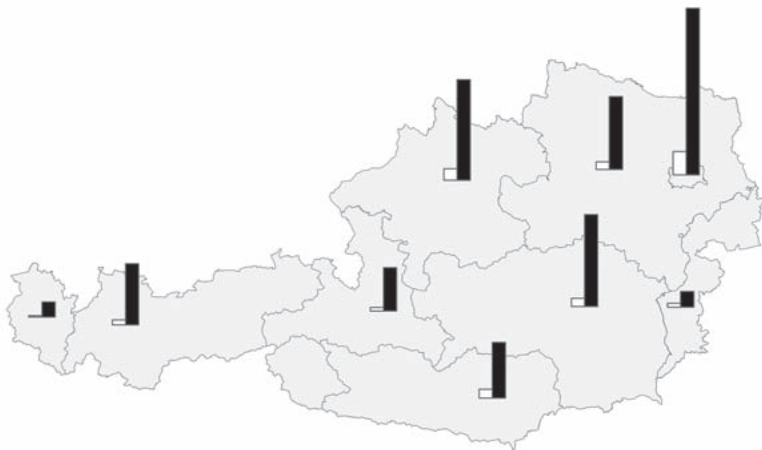


Abbildung 7:
RadiologietechnologInnen

Quelle: Statistik Austria, BMG, MTD-Austria; eigene Erhebung;
Darstellung: FH Wr. Neustadt, Studiengang Informatik

Kompetenzerwerb

Die Ausbildung zu Berufen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste ist in den letzten Jahren grundlegend verändert worden. Während seit dem MTD-Gesetz 1992 die Ausbildung an Akademien durchgeführt wurde, sind diese Einrichtungen nunmehr im Auslaufen begriffen bzw. in dieser Form nicht mehr vorhanden.

Im Bereich der Ausbildung sind die folgenden rechtlichen Grundlagen maßgeblich:

1. MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. Nr. 678/1993: Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betreffend die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (MTD-Ausbildungsverordnung – MTD-AV) StF: BGBl. Nr. 678/1993
2. FH-MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 2/2006: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (FH-MTD-Ausbildungsverordnung – FH-MTD-AV), BGBl. II Nr. 2/2006.

Seit dem Jahr 2010 sollte entsprechend dem aktuellen Regierungsübereinkommen die Ausbildung nur mehr auf Fachhochschulebene durchgeführt werden, die letzten Akademie-Jahrgänge laufen aus. Diese Umwandlung wurde einerseits aufgrund der Harmonisierung des europäischen Hochschulraumes initiiert (Bologna-Prozess), andererseits durch den vielfachen Wunsch der Berufs-

ausübenden nach weiteren Qualifikationsmöglichkeiten angeregt, insbesondere in Hinblick auf die Durchlässigkeit der Ausbildung in vertikaler Hinsicht (z.B. Zugang zu Master- oder Doktoratsstudien).

Seit dem Jahr 2001 wurde die weitere Vereinheitlichung vor dem Hintergrund des Bologna-Prozesses diskutiert und die Ausbildungen auf Hochschulniveau angepasst. Dies bedeutete in vielen Fällen eine Reorganisation der Studienpläne, da die Unterrichtsform auf Fachhochschulebene strukturell anders organisiert ist als auf Akademieebene. Das hatte eine Reduktion der Präsenzstunden und einen höheren Selbststudienanteil zur Folge.

Um diese strukturellen Unterschiede der Ausbildung entsprechend dem MTD-Gesetz bzw. den gleichgehaltenen Ausbildungen im Rahmen eines Fachhochschul-Bachelorstudiengangs gemäß Fachhochschulstudienengesetz (FHStG, BGBl. Nr. 340/1993 i.d.g.F.) zu ermöglichen, musste eine Verordnungsermächtigung erlassen werden, die die Übergänge dieser beiden Ausbildungen regelt.

Die organisatorischen Unterschiede zwischen Akademien und Fachhochschulen sind teilweise beträchtlich; beispielsweise betrifft dies die ministerielle Zuständigkeit. Die Zuständigkeit zur Regelung der Fragen der Ausbildung im Rahmen des MTD-Gesetzes

obliegt dem Bundesministerium für Gesundheit. Darüber hinaus können die Ausbildungen im Bereich der Fachhochschulen nicht – wie bei Akademien – in Verbindung mit einer Krankenanstalt errichtet bzw. einer ärztlichen Leitung unterstellt sein (§ 14 MTD-G). Auch das Genehmigungsverfahren (Landeshauptmann/frau versus Fachhochschulrat) änderte sich fundamental.

Umso bedeutender ist das Zusammenspiel der beiden Ausbildungslinien. Das MTD-Gesetz anerkennt die Gleichwertigkeit der Ausbildungen im Bereich der Fachhochschulen. Dies wird nur in einem Satz im Zuge der Erlangung der Berufsberechtigung (§ 3 Abs. 4 MTD-Gesetz) erwähnt und ist an Aufgaben an den Fachhochschulrat sowie an Rahmenbedingungen für Träger der Ausbildungen geknüpft (z.B. Akkreditierung des Studiengangs; Einhaltung der entsprechenden FH-MTD-AV etc.).

„Zur fachlichen Beurteilung der einzelnen Anträge sind vom Fachhochschulrat bei Bedarf Sachverständige heranzuziehen.“

Neben den GutachterInnen des Fachhochschulrates überprüfen zwei fachliche GutachterInnen im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit im Zuge der Akkreditierung, ob die FH-MTD-AV im Curriculum umgesetzt wird.“ (§12 Abs. 4, 3. Abschnitt, FHStG i.d.g.F.)

Ausbildungsverantwortliche

Ein wesentliches strukturelles Qualitätskriterium für den Bildungserwerb ist die Ausbildungsleitung. Im Hochschulbereich ist vorgesehen, dass das Studium unter der Leitung eines/einer Berufsangehörigen des entsprechenden gehobenen medizinisch-technischen Dienstes stehen und die Ausbildung der erlassenen Ausbildungsverordnung (FH-MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 2/2006) entsprechen muss. Trotz der Beziehungspflicht des Gesundheitsministeriums ist die zentrale Kompetenz durch den Übergang von Akademien zu Fachhochschulen in das Wissenschaftsressort gewechselt. Für die Umsetzung der Ausbildung sind die Fachhochschulträger zuständig, die Aufsicht bzw. die Genehmigungsverantwortung obliegt dem Fachhochschulrat.

§ 6. *Die Praktikumsanleitung für die praktische Ausbildung hat durch fachkompetente Personen zu erfolgen, die*

1. *über eine mindestens einjährige facheinschlägige Berufserfahrung in einem für das jeweilige Praktikum relevanten Berufsfeld verfügen und*
2. *pädagogisch geeignet sind (FH-MTD-AV).*

Ausbildung – Studium

Der Beschluss der österreichischen Bundesregierung zum Aufbau des Fachhochschulsektors wurde im Jahr 1990 gefasst. Neben den im Regierungsübereinkommen formulierten Zielen der Diversifizierung des Hochschulwesens, der Erhöhung der Durchlässigkeit und der Harmonisierung des österreichischen Bildungssystems mit den EU-Staaten war auch die Stärkung der Eigenständigkeit und Verantwortlichkeit der Bildungsinstitutionen zum Zweck der Qualitäts- und Effizienzsteigerung ein wichtiges bildungspolitisches Ziel. Durch den Abbau der hohen Regelungsdichte im Organisations- und Studienrecht auf Gesetzes- und Verordnungsebene sollte es zu einer Steigerung der Innovationsfähigkeit des Bildungssystems und zu einer größeren Flexibilität gegenüber dem Beschäftigungssystem sowie gegenüber allgemeinen gesellschaftlichen Anforderungen kommen.

Fachhochschulen

Im Jahr 2005/2006 begann im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste die Ausbildung an den Fachhochschulen mit 17 Studiengängen, 2007/2008 waren es bereits 30 Studiengänge. Seither haben sich diese Zahlen kaum verändert.

Die Ausbildung in den Berufen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste findet – mit einer in Auslauf befindlichen Übergangsphase – heute praktisch nur mehr an Fachhochschulen statt. Auch jene Bundesländer, die diese Umstellung noch nicht vollständig vollzogen haben, werden voraussichtlich mit Herbst 2011 diese Entwicklung abgeschlossen haben.

Finanzierung

Die Finanzierung der FH-Studiengänge unterscheidet sich von der üblichen Form der Hochschulfinanzierung.

Eine stärkere Betonung betriebswirtschaftlicher Aspekte soll dadurch erreicht werden, dass auf jener Ebene, auf der die sachlichen Entscheidungen getroffen werden, Anreize zu einem effizienten Umgang mit knappen Ressourcen geboten werden. Auf der Basis des jeweils gültigen Fachhochschulentwicklungs- und Finanzierungsplans verpflichtet sich der Bund, die Kosten für eine vereinbarte Anzahl von Studienplätzen zu übernehmen (Finanzierungskonzept der Studienplatzbewirtschaftung).

Die für die Finanzierung von FH-Studiengängen zentralen Kennzahlen sind die Kosten pro Studienplatz. Zur Berechnung dieser Kosten wurden im Rahmen eines Background-Berichts an die OECD Vorarbeiten geleistet. Darin wurde errechnet, dass die jährlichen Kosten für einen Studienplatz im technischen Bereich etwa 7.600 Euro, im wirtschaftlichen Bereich rund 6.400 Euro betragen. Um Anreize für Mischfinanzierungssysteme zu schaffen, übernimmt der Bund grundsätzlich nur rund 90 Prozent der jährlichen Normkosten eines Studienplatzes (das sind ca. 6.900 Euro bei technischen bzw. ca. 5.800 Euro bei wirtschaftlichen Studiengängen).

Mit Beschluss des Nationalrats vom 23. November 2000 sind die Erhalter jeder Fachhochschule berechtigt, Studienbeiträge in der Höhe von 363,36 Euro je Semester einzuheben (vgl. § 2 Abs. 2 FHStG idGF).

Gänzlich anders gestaltet sich die Finanzierung der Studienplätze bei den gehobenen medizinisch-technischen Diensten, die ab 2006 auch im Bereich der Fachhochschulen angesiedelt sind. Hier sind die Bundesländer die Finanziers der Ausbildungen in den Gesundheitsberufen.

Eine Umgestaltung der Finanzierung hin zur Bundesfinanzierung wäre aber anzustreben, da auch die Ausbildung auf Bundesrecht basiert (Fachhochschulstudiengesetz bzw. MTD-Gesetz). Das Problem der lokalen Finanzierungsorgane könnte damit reduziert werden. Dies setzt jedoch wahrscheinlich eine Berücksichtigung im Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern voraus.

Die Erhalter sind die Trägereinrichtungen von FH-Studiengängen oder Fachhochschulen. In der Regel sind diese als GmbH, als Verein oder als gemeinnützige Privatstiftung organisiert und ersetzen den Staat als Träger der FH-Studiengänge.

FH-Studiengänge dienen einer wissenschaftlich fundierten Berufsausbildung und vermitteln eine praxisbezogene Ausbildung auf Hochschulniveau. Es handelt sich also um berufsqualifizierende Ausbildungen, die curricular so zu gestalten sind, dass AbsolventInnen begründete Chancen haben, eine ihrer Qualifikation entsprechende Berufstätigkeit aufzunehmen. Die Grundkonzeption eines FH-Studiengangs besteht in der Darstellung des Zusammenhangs zwischen beruflichen Tätigkeitsfeldern, berufsfeldspezifischem Qualifikationsprofil und Curriculum, in dem dieses Profil seinen Niederschlag findet, sowie in der Darlegung der Umsetzung dieses Zusammenhangs im didaktischen Konzept. Der hohe Stellenwert didaktischer Konzepte resultiert im FH-Sektor nicht zuletzt daraus, dass die FH-Studiengänge den Bildungsauftrag einer praxisbezogenen Berufsausbildung auf Hochschulniveau unter limitierten zeitlichen Bedingungen zu realisieren haben. Mit der Formulierung des Bildungsauftrags der österreichischen FH-Studiengänge und Fachhochschulen wird zum Ausdruck gebracht, dass gegenüber den Studierenden eine hohe Verantwortung in Bezug auf die Verwertbarkeit der vermittelten Qualifikationen am Arbeitsmarkt besteht (Informationen des Fachhochschulrates, Mai 2011).

Gerade vor diesem Hintergrund ist die Praxisorientierung der Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten zu betonen. Ein wesentliches Qualitäts- und Differenzierungsmerkmal bei der Fachkompetenz des Umgangs mit Menschen und PatientInnen liegt in der hohen PatientInnenorientierung, wenngleich deren Umfang (u.a. z.B. „bedside teaching“) im Vergleich zur früheren Ausbildung an den Akademien reduziert wurde. Nicht-Gesundheitsberufe besitzen diese Qualifikation nicht und können darüber auch gar nicht verfügen, da sie keine PatientInnen behandeln, betreuen oder beraten dürfen.

Harmonisierungsbedarf

Für die Ausgestaltung der Ausbildung ist im Rahmen der gesetzlichen Regelungen die Fachhochschule zuständig. Im Speziellen sind die Entwicklungsteams in der Lage, den Ausbildungen deutliche Akzente zu verleihen. Diese kompetenzmäßige Schwerpunktsetzung mag bei allgemeiner Betrachtung zwar fachfördernd sein, erschwert jedoch einen Wechsel zwischen einzelnen Trägern der

Studiengänge. Eine stärkere Harmonisierung wäre daher zweckmäßig.

Praktikumsstellen

In manchen Sparten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste ist zu bemerken, dass Praktikumsstellen nicht automatisch ausreichend zur Verfügung stehen. Eine Rahmenvereinbarung mit maßgeblichen potenziellen Dienstgebern sollte flächendeckend zur Verfügung stehen genauso wie Listen über Ausbildungsplätze für Praktikumsstellen. Entsprechende Abgeltungen für die Ausbildungsaufwendungen wären hier ebenfalls angezeigt, analog zu den Lehrpraxen im Ärztebereich. Auch sollte es selbstverständlich sein, dass die Studierenden ihre Praktika innerhalb Österreichs absolvieren können.

Studienplätze – Entwicklungen – Forderungen

Die Anzahl der Studienplätze muss aufgrund der vorhandenen Daten und Bedarfsanalysen dimensioniert werden. Die Durchführung von Bedarfsanalysen durch geeignete Einrichtungen, die über Bedarfsermittlungen im Gesundheitswesen verfügen, kann daher nur dringend angeraten werden. Durch die in der Regel auf intramural tätige Personen aufbauenden Analysen wird der extramurale Sektor nicht erfasst, der Bedarf unterschätzt und das Angebot unterdimensioniert. Die daraus resultierende Knappheit an fachlich qualifiziertem Personal ist die Eintrittsperre für unbefugte Personen.

Im Ausland abgeschlossene Berufsausbildungen

Die im Ausland abgeschlossenen Berufsausbildungen sind gemäß verschiedener EWR-Anerkennungsrichtlinien genehmigungsfähig. Die Beurteilung der Gleichhaltung ist im Einzelfall vorzunehmen. Dabei sind Nostrifikationen und die EWR-Zulassung für die Berufsankennung zu unterscheiden. Während bei Nostrifikationen die Prüfung auf Ausbildungsdefizite erfolgt, ist bei der automatischen Berufsankennung das Problem der unterschiedlichen Ausbildungsni-

veaus, auch zum Beispiel gegenüber Deutschland, sowie das Problem einer nicht ausreichenden Beherrschung der deutschen Sprache anzutreffen. Die Anzahl der Personen, die durch die Berufsankennung nach Österreich kommen, ist den Berufsverbänden unbekannt. Folglich kann der Berufsverband auch nicht reagieren, wenn DienstgeberInnen keine Berufsankennung verlangen. Damit wird das Qualitätsniveau der Berufsausübung potentiell abgesenkt.

Insbesondere die Anerkennungen der deutschen Ausbildungen, die teilweise auf Ebene der Berufsschule angesiedelt sind, stellen für die praktische Berufsausübung und ihre einheitliche Betrachtung große Irritationen dar. Auch die Frage nach der Zeitspanne zwischen Ausbildung im Ausland und der Anerkennung in Österreich wäre zu klären. Vereinzelt durchlaufen Personen mit sehr lange zurückliegenden Ausbildungen das Anerkennungsprozedere, und es ist hier keine Regelung erkennbar, die bei solchen Anerkennungen einen mitunter notwendigen Schulungsbedarf ableiten ließe.

Fort- und Weiterbildung

Fort- und Weiterbildung setzen die Erlangung der Berufsberechtigung voraus und finden auf der Basis eines nachvollziehbaren, definierten und fundierten Curriculums statt. Sie dienen der Erlangung von besonderen Befähigungen auf einem bestimmten Arbeitsgebiet im Rahmen der bestehenden Berufsausübungsberechtigung. Die Weiterbildung hat im Gegensatz zur Fortbildung freiwilligen Charakter. Eine Ausweitung des Kompetenzbereichs ist dabei grundsätzlich nicht möglich.

Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste wie auch aller anderen Gesundheitsberufe haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der berufsrelevanten Wissenschaften regelmäßig fortzubilden. Die Fortbildungspflicht ist als Berufspflicht gesetzlich verankert, wobei die regelmäßige und kontinuierliche Fortbildung als Qualitätsmerkmal der Gesundheitsberufe zu betrachten ist.

Die Bereitschaft zu Weiterentwicklung, Effizienz und optimiertem Ressourceneinsatz zum Wohle von PatientInnen zeigt sich unter anderem in der verstärk-

ten Erforschung und Anwendung evidenzbasierter Maßnahmen.

Die geforderte kontinuierliche Anpassung der Kompetenzen an neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse und an gesellschaftliche Veränderungen hat durch das Übereinkommen über die Anerkennung von Qualifikationen im Hochschulbereich in der europäischen Region (Lissabon 1997) eine neue Dimension bekommen. Als europäisches Bildungsziel in Lissabon erstmals 2000 gefordert und 2002 als Notwendigkeit eines „lebensbegleitenden Lernens“ zur Entwicklung einer dynamischen und wettbewerbsfähigen Wissensgesellschaft definiert, hat dies für Gesundheitsberufe einen besonders hohen Stellenwert (Weiss et al., 2011).

Hier muss auf eine Benachteiligung der MTD-Berufe hingewiesen werden, die sich in geringeren Möglichkeiten der akademischen Höherqualifizierung niederschlägt. Die Weiterbildungen in zahlreichen Berufen werden vom Bund finanziert. Ein Masterstudium an einer Universität kostet für die Studierenden in der Regel nur die Studiengebühren. Die gegenwärtigen, bereits zahlreich an Masterprogrammen teilnehmenden MTD-Angehörigen sind jedoch SelbstzahlerInnen und haben zum jetzigen Zeitpunkt keine Chance auf eine im Vergleich zu anderen Berufen gleichwertige Partizipation an der beruflichen Weiterqualifikation.

Die Berufsgruppen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste besitzen teils seit geraumer Zeit ausgearbeitete Kriterienkataloge über Umfang, Fachzugehörigkeit, Lernmodi und Anrechnungsfähigkeit. Die diesbezügliche Harmonisierung über alle sieben Berufsgruppen ist bereits abgeschlossen. Damit ist für den gesamten Bereich der Fort- und Weiterbildung ein einheitlicher Bezugsrahmen verfügbar, der als Grundlage für die Präzisierung der gesetzlich geforderten Weiterbildung dienen kann.

Masterstudien

Masterstudien (Weiterbildungsangebote, die mit dem akademischen Titel „Master of Science“ abschließen) werden gegenwärtig von einem Teil der Angehörigen der MTD in Anspruch genommen. Problematischerweise ist hier im Vergleich zu universitären und anderen Fachhochschul-Studien insofern eine ungleiche Behandlung gegeben, als die MTD-Angehörigen die Masterstudien praktisch aus der eigenen Tasche zu bezahlen haben. Die übliche Studienfinanzierung sowie die Durchlässigkeit des dreistufigen Studiensystems (Bachelor, Master, Doktorat bzw. PhD) ist bei den MTD-Berufen noch nicht realisiert. Eine Finanzierung durch den Bund, womit nur noch die Studiengebühren bezahlt werden müssten, wäre eine mit anderen Bildungsangeboten auf dieser Ebene vergleichbare und faire Situation. Auch im Bereich der Masterstudien gibt es Qualitätskriterien, die aus dem Ausbildungsbereich abgeleitet werden können und berufsspezifisch gelten.

Ein Fachhochschul-Diplom zur Erlangung der Berufsausübungsberechtigung ist einem Akademieabschluss gleichgehalten, wenn diese Ausbildung unter der Leitung einer/eines Angehörigen des entsprechenden gehobenen medizinisch-technischen Dienstes steht (§ 3 Abs. 4 Z.1 MTD-Gesetz). Was im Rahmen der Ausbildung bereits gesetzlich geregelt ist, wäre daher analog auf den Bereich der Fort- oder Weiterbildungen zu übertragen, da hier durch die Spezialisierung ein fachlicher Kompetenzbedarf erforderlich ist. Eine Durchlässigkeit der Masterstudienprogramme zu Doktoratsprogrammen ist unerlässlich. Angebote, die die Formalkriterien nicht erfüllen, sollten diesen angepasst werden.

Qualitätssicherung und PatientInnensicherheit

Die Qualitätssicherung ist zentraler Bestandteil einer hochwertigen medizinischen Versorgung. Eine Versorgung, bei der keinerlei Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergriffen werden, läuft Gefahr, in ihrem Standard abzusinken.

Gleichzeitig ist die Qualitätssicherung als ernst zu nehmende Aufgabe vielfach auch zum populistischen Schlagwort geworden, wodurch der hohe implizite Anspruch an die Qualität der damit verbundenen Prozesse untergraben wird. Auch unbefugte Personengruppen bewerben ihre Leistungen mit Begrifflichkeiten des Qualitätsmanagements und tragen daher wesentlich zu einer Verwässerung dieser für PatientInnen und Politik wichtigen Eigenschaft bei.

Qualitätssicherung

In Österreich hat die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eine lange Tradition. Bereits zu Beginn der 1990er Jahre hat die damals boomende Qualitätsdiskussion zu Überlegungen eines österreichischen Qualitätsmodells geführt. Diese Bemühungen gipfelten in der Verabschiedung eines Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004).

Organisatorische Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung ist ebenfalls ein Thema, mit dem sich der Gesetzgeber seit langem beschäftigt. Die Angabe eines Berufssitzes, die Verpflichtung zu einem seriösen Auftreten, klare Bezeichnungen der Tätigkeit und Berufspflichten gelten als die wesentlichsten Maßnahmen im Umgang mit PatientInnen oder KlientInnen. Seit der Implementierung des MTD-Gesetzes ist die Einhaltung solcher Regelungen für MTD-Angehörige gesetzlich vorgeschrieben und sind Verstöße dagegen zumindest verwaltungsstrafrechtlich zu ahnden. MTD-Angehörige verpflichten sich (MTD-G

§ 11; ÄGes § 49), das Wohl der PatientInnen zu wahren und den Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben.

Berufssitz

Die freiberufliche Berufsausübung ist an einen Berufssitz gebunden. Damit wird die sanitätsbehördliche Erfassung ermöglicht.

- § 8.** (1) *Berufssitz ist der Ort, an dem oder von dem aus eine freiberufliche Tätigkeit regelmäßig ausgeübt wird.*
- (2) *Jede(r) freiberuflich tätige Angehörige eines gehobenen medizinisch-technischen Dienstes hat mindestens einen Berufssitz in Österreich zu bestimmen.*
- (3) *Jeder Berufssitz, dessen Änderung und Auffassung ist der Bezirksverwaltungsbehörde anzuzeigen.*
- (4) *Die freiberufliche Ausübung eines gehobenen medizinisch-technischen Dienstes ohne Berufssitz ist verboten.*
- (5) *Der Berufssitz ist von den Angehörigen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes in einem solchen Zustand zu halten, dass er den hygienischen Anforderungen entspricht. Der Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde hat den Berufssitz zu überprüfen, dies insbesondere wenn Umstände vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass dieser den hygienischen Anforderungen nicht entspricht. Entspricht der Berufssitz nicht den hygienischen Anforderungen, ist die Behebung der Mängel innerhalb einer angemessenen Frist aufzutragen.*
- (6) *Kommt bei der Überprüfung gemäß Abs. 5 zu Tage, dass Missstände vorliegen, die für das Leben oder die Gesundheit von Patienten eine Gefahr mit sich bringen, ist die Sperre des Berufssitzes bis zur Behebung dieser Missstände durch die Bezirksverwaltungsbehörde zu verfügen.*
- (7) *Für die vorübergehende Erbringung von Dienstleistungen in einem gehobenen medizinisch-technischen Dienst gemäß § 8a ist die Begründung eines Berufssitzes in Österreich nicht erforderlich.*

Werbebeschränkung allgemein

Bezug nehmend auf das MTD-Gesetz ist eine Werbebeschränkung wesentlich. Eine Weiterentwicklung im Sinne einer Richtlinie ist durch MTD-Austria in Vorbereitung. Diese soll die Rahmenbedingungen präzisieren, inwieweit eine Anpreisung von Leistungen als gerechtfertigt erscheint.

Damit wird auch ein Regulativ geschaffen, mit dem Werbeaktivitäten von Personengruppen, die nicht einer Werbebeschränkung unterliegen, gemessen werden können. Dies ist für die Beurteilung von Fragestellungen, wie etwa eines unlauteren Wettbewerbs nach dem UWG-Bundesgesetz, erforderlich.

Da Unbefugte einer solchen Werbebeschränkung naturgemäß nicht unterliegen und ihre Leistungen häufig über das Internet anpreisen, muss diesen Vorgängen in Zukunft ebenfalls größere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Auch hier sind Regulative für die Angemessenheit des Erscheinungsbildes in Ausarbeitung.

Berufsbezeichnungen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste

Um Transparenz für PatientInnen und KlientInnen zu schaffen, hat der Gesetzgeber auf eine Einheitlichkeit bei der Berufsbezeichnung (§ 10 MTD-Gesetz) geachtet. Der vielfach bedauerte Wegfall der Bezeichnung „Diplomierte“ wurde dabei durch die Ausbildungsvereinheitlichung im Zuge der Ausbildung an Fachhochschulen erforderlich. Das Führen von verwechslungsfähigen Bezeichnungen bzw. anderer als im MTD-Gesetz vorgesehenen Bezeichnungen (z.B. durch AbsolventInnen aus Deutschland) ist verboten und fällt ebenfalls unter die Straf- und Sanktionsnorm des § 33 Abs. 3 MTD-Gesetz.

- § 10.** (1) *Wer zur berufsmäßigen Ausübung der jeweiligen Fachrichtung des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes berechtigt ist, hat in Ausübung seines Berufes die Berufsbezeichnung*
1. *„Physiotherapeutin“ – „Physiotherapeut“ (§ 1 Z 1)*
 2. *„Biomedizinische Analytikerin“ – „Biomedizinischer Analytiker“ (§ 1 Z 2)*
 3. *„Radiologietechnologin“ – „Radiologietechnologe“ (§ 1 Z 3)*
 4. *„Diätologin“ – „Diätologe“ (§ 1 Z 4)*

5. „Ergotherapeutin“ – „Ergotherapeut“ (§ 1 Z 5)
6. „Logopädin“ – „Logopäde“ (§ 1 Z 6)
7. „Orthoptistin“ – „Orthoptist“ (§ 1 Z 7) zu führen.
- (2) Staatsangehörige eines EWR-Vertragsstaates oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft, die gemäß § 6b zur Berufsausübung zugelassen sind, sind berechtigt, ihre im Heimat- oder Herkunftsmitgliedstaat gültige rechtmäßige Ausbildungsbezeichnung und deren Abkürzung in der Sprache dieses Staates zu führen, sofern diese
 1. nicht mit einer Berufsbezeichnung gemäß § 2 ident sind und nicht mit einer Bezeichnung verwechselt werden können, die in Österreich eine zusätzliche Ausbildung voraussetzt, und
 2. neben der Ausbildungsbezeichnung Name und Ort der Lehranstalt oder des Prüfungsausschusses, die (der) diese Ausbildungsbezeichnung verliehen hat, angeführt werden.
- (3) Personen, die eine Sonderausbildung für Spezialaufgaben gemäß § 32 absolviert haben, dürfen neben der Berufsbezeichnung gemäß Abs. 1 eine zusätzliche Bezeichnung, die auf die absolvierte Sonderausbildung hinweist, führen.
- (4) Die Führung anderer als durch dieses Bundesgesetz zugelassener Berufsbezeichnungen sowie die Führung gesetzlich zugelassener oder verwechslungsfähiger anderer Berufsbezeichnungen durch hiezu nicht berechtigte Personen ist verboten.

Berufspflichten

Berufspflichten sind ebenfalls wesentliche Qualitätsmerkmale, die für die Leistungsdurchführung von Gesundheitsberufen charakteristisch sind. Die Berufspflichten sind im MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992, wie folgt festgehalten:

- § 11.** (1) Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten und Klienten unter Einhaltung der hiefür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der

fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren.

- (2) Sie haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse des jeweiligen gehobenen medizinisch-technischen Dienstes sowie der medizinischen Wissenschaft, soweit diese für den jeweiligen gehobenen medizinisch-technischen Dienst relevant ist, regelmäßig fortzubilden.
- (3) Jede eigenmächtige Heilbehandlung ist zu unterlassen.

Dokumentation

- § 11a.** (1) Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren.
- (2) Den betroffenen Patienten oder Klienten oder deren gesetzlichen Vertretern ist auf Verlangen Einsicht in die Dokumentation zu gewähren.
 - (3) Bei freiberuflicher Berufsausübung sowie nach deren Beendigung sind die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation dienlichen Unterlagen mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Sofern Patienten oder Klienten durch eine andere zur freiberuflichen Ausübung eines entsprechenden gehobenen medizinisch-technischen Dienstes berechtigte Person weiterbetreut werden, kann die Dokumentation mit Zustimmung des Patienten oder Klienten oder deren gesetzlichen Vertretern durch diese weitergeführt werden.

Auskunftspflicht

- § 11b.** (1) Angehörige von gehobenen medizinisch-technischen Diensten haben den betroffenen Patienten oder Klienten oder deren gesetzlichen Vertretern alle Auskünfte über die von ihnen gesetzten Maßnahmen zu erteilen.
- (2) Sie haben anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betroffenen Patienten oder Klienten behandeln oder pflegen, die für die Behandlung oder Pflege erforderlichen Auskünfte über Maßnahmen gemäß Abs. 1 zu erteilen.

Verschwiegenheitspflicht

§ 11c. (1) *Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.*

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn

1. *die durch die Offenbarung des Geheimnisses betroffene Person den (die) Angehörige(n) eines gehobenen medizinisch-technischen Dienstes von der Geheimhaltung entbunden hat, oder*
2. *die Offenbarung des Geheimnisses für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist, oder*
3. *Mitteilungen des (der) Angehörigen eines gehobenen medizinisch-technischen Dienstes über den (die) Versicherte(n) an Träger der Sozialversicherung und Krankenfürsorgeanstalten zum Zweck der Honorarabrechnung, auch im automationsunterstützten Verfahren, erforderlich sind.*

Die Berufsberechtigung kann durch die Bezirksverwaltungsbehörde entzogen werden, wenn die Voraussetzungen für die Berufsausübung nicht gegeben waren oder nachträglich weggefallen sind. Auf diese Weise werden die Qualitätsnormen für die Berufsausübung auch sanktionierbar.

Mit anderen Worten sind Personengruppen, die nicht Angehörige von Gesundheits- oder Sozialberufen sind, meistens nicht zur Verschwiegenheit verpflichtet, müssen keine Dokumentation führen und können beliebig über persönlich mitgeteilte Probleme Auskunft geben. Zahlreiche Beispiele belegen, wie sorglos teilweise mit gesundheitlichen Problemen von Betroffenen umgegangen wird und wie wenig die persönlichen Grundrechte dabei beachtet werden.

Berufsausweise

Die Berufsausweisverordnung für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste ist am 8. September 2006 kundgemacht worden (MTD-AusweisV, BGBl. II Nr. 343/2006). Die Inhalte sowie ein Muster und die technische Ausgestaltung sind in dieser Verordnung geregelt.

Dementsprechend hat die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde MTD-Angehörigen auf deren Antrag hin einen Berufsausweis auszustellen. Die Bezirksverwaltungsbehörde kann Berufsausweise aus Papier folieren oder Berufsausweise aus Kunststoff verwenden, ein Muster ist vorgegeben.

Der Berufsausweis hat zu enthalten:

1. die Berufsbezeichnung gemäß § 10 MTD-Gesetz,
2. den bzw. die allfälligen akademischen Grade,
3. den bzw. die Vor- und Zunamen,
4. das Geburtsdatum,
5. das Foto und
6. die Unterschrift.

Die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde hat jeden Berufsausweis mit

1. dem Ausstellungsdatum,
2. einem Vermerk über die ausstellende Behörde und
3. einer Ausweisnummer zu versehen.

Der MTD-Berufsausweis ist bei Ausfolgung von dem/der AntragstellerIn eigenhändig zu unterfertigen.

Änderungen im Berufsausweis

§ 2. (1) *Der/Die Ausweisinhaber/Ausweisinhaberin hat die Ausstellung eines neuen Berufsausweises bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde binnen vier Wochen zu beantragen:*

1. *bei Änderung des/der Vor- bzw. Zunamens/ Vor- bzw. Zunamen,*
 2. *wenn Angaben gemäß § 1 Abs. 2 und 3 nicht mehr eindeutig lesbar sind,*
 3. *wenn das Foto beschädigt ist oder*
 4. *wenn das Foto den/die Ausweisinhaber/Ausweisinhaberin nicht mehr einwandfrei erkennen lässt.*
- (2)** *Bei Änderung des/der akademischen Grades/Grade kann der/die Ausweisinhaber/*

Ausweisinhaberin die Ausstellung eines neuen Berufsausweises bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde beantragen.

- (3) *Die Bezirksverwaltungsbehörde hat in den Fällen des Abs. 1 und 2 den bisherigen Berufsausweis einzuziehen und zu vernichten.*

Diese Ausweise sind ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal im Vergleich zu kommerziell orientierten, unbefugten Personen oder Personengruppierungen. Allerdings betrachten die Berufsverbände diese Regelung als nicht zufriedenstellend, da die Ausstellung eines Berufsausweises mit einer Verpflichtung zur Registrierung beim Berufsverband einhergehen sollte. Damit würde eine Dokumentation über die Berufsausübungsberechtigung geschaffen werden. Darüber hinaus ist abzuleiten, dass die Ausstellung der Berufsausweise und die Registrierung der MTD-Angehörigen in der gleichen Organisation, am besten beim entsprechenden Berufsverband erfolgen sollten. Die politische Willensbildung zur gesetzlichen Verankerung dieses Anspruchs ist indes noch nicht abgeschlossen.

Vorbehaltsregelungen

„Unter dem Begriff Vorbehalt ist im Kontext der Gesundheitsberufe ein gesetzlicher Anspruch auf Ausschließlichkeit der Durchführung eines Tätigkeitsgebietes zu verstehen, der entweder explizit als solcher bezeichnet wird oder sich aus einer Berechtigungsnorm ergibt. Die berufsrechtlichen Rahmenbedingungen für die Ausübung von Gesundheitsberufen kann, insbesondere vor dem kompetenzrechtlichen Hintergrund der Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung, als wesentlicher Beitrag für die Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung betrachtet werden.“ (Skiczuk 2006, S. 51)

Unbestreitbar hängt die Qualität der Gesundheitsversorgung von den durch die Angehörigen der Gesundheitsberufe zu erbringenden Gesundheitsleistungen im Sinne des GQG ab. Aus dieser grundsätzlichen Überlegung kann die Notwendigkeit des Berufs- und Tätigkeitsschutzes der Gesundheitsberufe und damit die Notwendigkeit von Vorbehalten abgeleitet werden. Zur Wahrung der Qualitätssicherung werden diese Regelungen immer wichtiger.

Es handelt sich daher bei den Vorbehaltsregelungen schon allein aufgrund des kompetenzrechtlichen Hintergrundes nicht um eine wettbewerbsrechtliche Problematik, dem der europäische Waren- und Dienstleistungsverkehr im Sinne der europarechtlichen Grundfreiheitenregelung entgegensteht, sondern um qualitätssichernde Regelungen zum Schutz von PatientInnen.

Die strikte Einhaltung von Qualitätsvorschriften im Gesundheitsbereich zur Erlangung der Ermächtigung zur Berufsausübung darf auch keinesfalls durch Dienstleistungsfreizügigkeiten unterwandert werden. Die oftmals gewünschte Deregulierung oder ein „Rückzug des Staates“ bei der Gestaltung des Gesundheitsbereichs muss daher als außerordentlich problematisch betrachtet werden. Deregulierung bei qualitätsinduzierenden Vorschriften, wie Ausbildungsnormierung oder Berufsausübungsberechtigung, kann eine PatientInnengefährdung und über den Weg der Krankheitsverschleppung eine Verteuerung der Gesamtbehandlungskosten nach sich ziehen.

Diesem Schutzcharakter und der Ausschlussfunktion der Vorbehaltsregelungen gegenüber

unbefugten Personen kommt ein Ordnungscharakter zu, der eine für die PatientInnen wesentliche Transparenzfunktion und eine Qualitätssicherungsfunktion besitzt. Für den Gesetzgeber ist diese Regelung des Marktzugangs ein wichtiges Steuerungsinstrument, weshalb sämtliche Vorbehaltsregelungen, auch um die Einhaltung der Qualitätssicherungsnormen zu gewährleisten, verwaltungsstrafrechtlich abgesichert sind bzw. sanktioniert werden können. Die unbefugte medizinische Leistungserbringung ist wiederum ein strafrechtlicher Tatbestand (Kurfuscherei, § 184 StGB).

Es existieren zahlreiche Entscheidungen sowie die ständige Rechtsprechung zum Strafrecht wie auch zum Wettbewerbsrecht.

Dazu einige Beispiele:

Der OGH hat eine Person, die PatientInnen mit Gebeten, Handauflegen und rituellen Bewegungen eines Messers „behandelte“, der Verletzung des § 184 für schuldig befunden (11 Os 99/83 = SSt 54/52 = EvBl 1984/88 S 327 = JBl 1984, 329 (zustimmend Pfersmann) = RZ 1984/35 S 100).

Ähnliche strafrechtliche Schuldsprüche erfolgten für

- das Erkennen von Krankheiten mit Röntgenaugen,
- die Heilung durch Energieübertragung, Auslegen und Massieren mit heilenden Händen (OGH 30.10.1997, 12 Os 109/97),
- die Irisdiagnostik und Empfehlung homöopathischer Mittel (OGH 29.4.2003, 11 Os 42/03 = RdM 2004/21).

Die medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse, die für die MTD-Angehörigen in der Berufsausübung gesetzlich geregelt sind, werden nun auch ein wesentliches Tatbestandsmerkmal für die wettbewerbsrechtliche Rechtsprechung.

In zahlreichen Entscheidungen wurde ein wettbewerbswidriger Rechtsbruch festgestellt. Entscheidend ist, ob dabei eine Therapie, Heilbehandlung oder auf der Basis von medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Tätigkeiten durchgeführt werden.

Unabhängig davon dürfen auch Tätigkeiten, die auf medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen aufbauen und in den Tätigkeitsbereich von MTD-Angehörigen fallen, trotzdem nur von diesen erbracht werden. Das Kriterium der Existenz medizinisch-wissenschaftlicher Grundlagen

erscheint daher zusätzlich für die Klärung der Vorbehaltsverstöße notwendig. Maßnahmen, die nicht über ein Mindestmaß an klinischer Rationalität verfügen, sind ebenfalls von den Vorbehaltsregelungen erfasst.

Tätigkeitsvorbehalte

Der Tätigkeitsvorbehalt ist der generelle Ausschließlichkeitsanspruch auf die Ausübung von Tätigkeiten, unabhängig davon, ob diese berufsmäßig oder nicht berufsmäßig ausgeübt werden. Im Gegensatz dazu bezeichnet der Begriff Berufsvorbehalt den Ausschließlichkeitsanspruch auf die berufsmäßige Ausübung von Tätigkeiten. Folglich ist der Berufsvorbehalt ein Teil des Tätigkeitsvorbehaltes, da dieser den Schutz der berufsmäßigen Ausübung umfasst.

Der Schutz der berufsmäßigen Ausübung von Tätigkeiten wird in erster Linie durch die Regelung der Voraussetzungen für die Erlangung der Berufsberechtigung verwirklicht.

Die auch im Ärztegesetz 1998 verwirklichte Regelungstechnik, über das Berufsbild einen Berufsvorbehalt zu normieren und dann durch eine Strafnorm einen Tätigkeitsvorbehalt zu konstruieren, indem die unberechtigte Ausübung einer Tätigkeit verwaltungsstrafrechtlich abgesichert wird, findet sich in zahlreichen gesundheitsbezogenen Gesetzen. Im Unterschied zum Ärztegesetz 1998 oder zum Tierärztegesetz wird der Berufsvorbehalt im MTD-Gesetz hingegen positiv umschrieben.

§ 4 Abs. 1 MTD-Gesetz normiert eine inhaltliche Regelung, wonach eine Tätigkeit in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten für den Bereich der Humanmedizin berufsmäßig nur von jenen Personen ausgeübt werden darf, die nach den Bestimmungen dieses Gesetzes hierzu berechtigt sind. Die Gewerbeordnung wird hier explizit ausgeschlossen.

Sanktionen im Rahmen des MTD-Gesetzes:

- § 33.** *Sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 3.600 Euro zu bestrafen, wer*

1. *eine Tätigkeit in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten im Bereich der Humanmedizin ausübt, ohne hiezu berechtigt zu sein oder jemanden der hiezu nicht berechtigt ist zu einer derartigen Tätigkeit heranzieht;*
2. *eine Tätigkeit unter der in diesem Bundesgesetz festgelegten Berufsbezeichnung (§ 10 Abs. 1) ausübt oder eine solche Berufsbezeichnung führt, ohne hiezu berechtigt zu sein.*

Mit dieser Regelung wird auch dem Problem begegnet, dass Organisationen, die oftmals einen vereinsrechtlichen Hintergrund haben, eine befugte Person an die Spitze stellen (Obmann/Obfrau) und die tatsächliche Leistungserbringung durch andere Personen durchführen lassen. Diese Vorgehensweise wird seitens derartiger Organisationen häufig mit einem Personalengpass bei den Gesundheitsberufen begründet. Feststellbar ist indes aber ein energisches, stark marktorientiertes Auftreten dieser Personen/Organisationen, die darüber hinaus, nicht selten unter Hintanhaltung gesetzlicher Rahmen, ein aus Sicht der Gesundheitsberufe rücksichtsloses Lobbying betreiben.

Aufgrund der Nachweispflicht des Verstoßes sind die MTD-Berufsangehörigen nunmehr gefordert, im Sinne der Gefahrenabwehr gewissermaßen selbst zu ermitteln, Verstöße anzuzeigen und sehen sich dabei auch noch dem Vorwurf der wettbewerbsrechtlich bevorzugten Situation ausgesetzt. Gerade dies ist unsinnig, denn die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsanforderungen (z.B. die Ausbildung) einzuhalten, gilt für jede/n in gleicher Weise. Auch sollte festgehalten werden, dass jede unbefugte Person eine Berufsausübungsberechtigung als MTD (mit Zulassungsbeschränkungen) erwerben kann.

Die gesetzliche Verankerung einer entsprechenden Beweislastumkehr sollte daher ins Auge gefasst werden. Dies könnte die Einhaltung der Qualitätsregulative wesentlich erleichtern. Zusätzlich ist auf die Tatsache hinzuweisen, dass gemäß Verwaltungsstrafrecht die Bezirksverwaltungsbehörde bei Verdacht oder Kenntnis verpflichtet ist, ein Strafverfahren einzuleiten (§ 25 sowie § 26 Abs. 1 VStG). In zahlreichen Gesprächen und Wahrnehmungen hat sich jedoch der Eindruck erhärtet, dass auf der Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden

ein diesbezügliches Problembewusstsein wenig ausgeprägt ist.

Die den Tätigkeitsvorbehalt betreffenden Normen des MTD-Gesetzes stellen im Gegensatz zu denen des Ärztegesetzes 1998 nicht auf das Erfordernis der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse ab, sodass der Tätigkeitsvorbehalt der MTD-Angehörigen durch den Wegfall dieser Erfordernis auch nicht beschränkbar und folglich hinsichtlich des Umfanges weiter gefasst ist als jener des ärztlichen Tätigkeitsvorbehaltes (vgl. Skiczuk, 2006).

Für zahlreiche erfundene Bezeichnungen, die in Österreich als „Beruf“ auftreten und mit verwechslungsfähigen oder irreführenden Kompetenzen Personen oder PatientInnen ansprechen, kann die Regelung, die die HeilpraktikerInnen betrifft, analog herangezogen werden. Da der Beruf der/des HeilpraktikerIn in Österreich nicht gesetzlich geregelt und infolgedessen auch kein anerkannter Gesundheitsberuf ist, gilt der ärztliche Tätigkeitsvorbehalt mit allen Konsequenzen uneingeschränkt auch für Personen, die in einem anderen Staat eine Heilpraktikerausbildung absolviert haben und/oder den Beruf der/des HeilpraktikerIn dort rechtmäßig ausüben und eine heilpraktische Tätigkeit in Österreich grundsätzlich anstreben.

Diese österreichische Rechtslage, wonach die Ausübung der Medizin im Sinne der ärztlichen Vorbehaltsbestimmungen den ÄrztInnen vorbehalten ist und demzufolge für die Ausübung des Heilpraktikerberufes in Österreich keine rechtliche Basis existiert, steht im Übrigen auch im Einklang mit dem Gemeinschaftsrecht.

Aus dem Wortlaut der ärzte- und strafrechtlichen Bestimmungen ergibt sich konsequent, dass die Ausübung ärztlicher Tätigkeiten im Sinne eines Tätigkeitsvorbehalts umfassend geschützt wird und somit andere Personen von deren Ausübung ausgeschlossen sind, sofern nicht eine besondere Rechtsgrundlage eine spezielle gesetzliche Erlaubnis zur Ausübung einzelner ärztlicher Tätigkeiten vorsieht, wie dies beispielsweise für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste aufgrund gesetzlicher Regelungen (MTD-Gesetz) der Fall ist.

Ausbildungsvorbehalt

Um den Ausbildungsvorbehalt bei den MTD-Angehörigen darlegen zu können, ist der Begriff Ausbildung zunächst von den in der Praxis oftmals verschleiernd verwendeten Begriffen Fortbildung und Weiterbildung abzugrenzen. Ausbildung bezeichnet den geregelten Erwerb der für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse, Fertigkeiten oder Fähigkeiten. Die erfolgreiche Absolvierung ist die Voraussetzung für die Erlangung der Berufsausübungsbe-
rechtigung.

Fortbildung bedeutet den regelmäßigen Besuch von Bildungsveranstaltungen nach absolvierter Ausbildung und Erlangung der Berufsausübungsbe-
rechtigung, um bei der Berufsausübung die aktuellen Entwicklungen der Erkenntnisse auf dem Gebiet der für den jeweiligen Gesundheitsberuf relevanten Wissenschaften nach bestem Wissen und Gewissen gewährleisten zu können. Eine Fortbildung dient daher besonders der Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten. Die MTD-Angehörigen unterliegen einer gesetzlich geregelten Fortbildungspflicht.

Eine Sonderausbildung ist ebenfalls nur für Berufsberechtigte zugelassen und deckt Spezialaufgaben, Lehr- und Unterrichtstätigkeit sowie Führungsaufgaben ab (§ 32 MTD-Gesetz).

Wesentlich ist, dass weder durch die Weiter- noch durch die Fortbildung eine Ausweitung der Kompetenz bezüglich des Berufsbildes und des Tätigkeitsspektrums erfolgen kann. Darüber hinaus ist entscheidend, dass in solche Ausbildungen daher auch nur Personen aufgenommen werden dürfen, die bereits über eine Berufsausübungsbe-
rechtigung verfügen. Für TeilnehmerInnen, die keine Berufsausübungsbe-
rechtigung besitzen, sind Zeit und Geld umsonst investiert, da dieses Bildungsangebot juristisch als nichtig einzustufen ist und mit dem erworbenen Wissen praktisch nicht gearbeitet werden darf.

Der Ausbildungsvorbehalt als Anspruch der Ausschließlichkeit auf das Anbieten und die Durchführung einer Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf wird immer bedeutsamer. Ein typisches Merkmal von Ausbildungen zu Gesundheitsberufen ist das Erfordernis der staatlichen Anerkennung der entsprechenden Bildungseinrichtung.

Das Ausbildungsvorbehaltsgesetz (AusbVorbG), das vor allem als gesetzgeberische Reaktion auf die Zunahme

der Werbung für Heilpraktikerausbildungen Mitte der 1990er Jahre betrachtet werden kann, bestimmt in § 1 Abs. 1, dass die Ausbildung zu Tätigkeiten, die durch zahlreiche Gesetze (vor allem auch das MTD-Gesetz) geregelt sind, ausschließlich den nach diesen Bundesgesetzen dafür vorgesehenen Einrichtungen obliegt. Das Anbieten oder Vermitteln solcher Ausbildungen durch andere Personen oder Einrichtungen ist verboten (klare Verbotsnorm). Gemäß § 1 Abs. 2 AusbVorbG ist bereits der Versuch strafbar, wobei Werbung als Versuch gewertet wird (vgl. Skiczuk, 2006).

Wer – abgesehen von gerichtlicher Verfolgung – durch Handlungen oder Unterlassungen gegen dieses Gesetz verstößt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu 36.300 Euro zu bestrafen.

Diese im Vergleich zum Tätigkeitsvorbehaltsverstoß zehnfach höhere Strafe wird mit der bewusst irreführenden Bewerbung von Ausbildungen begründet, die häufig gezielt den Eindruck vermitteln, als könne man mithilfe dieser Ausbildung eine Berufsberechtigung oder eine Ausweitung der Berufsberechtigung erwerben oder neue Tätigkeiten erlernen.

Solche Bildungsangebote werden manchmal irrtümlich als Chance für langzeitarbeitslose Personen betrachtet, weshalb auch Fördermittel des Arbeitsmarktservice fehlgesteuert zum Einsatz kommen – abgesehen vom ernüchternden Eindruck, ein so sensibler Bereich wie die Durchführung von Heilbehandlungen sei eine Angelegenheit, mit der man Menschen womöglich ohne entsprechende Eignung befassen kann. Derartige Maßnahmen (teils mit Unterstützung durch Bundesländermittel) unterlaufen die Qualitätsbemühungen eines Gesundheitssystems.

Das Ausbildungsvorbehaltsgesetz (AusbVorbG) war vor allem vor dem Hintergrund von Heilpraktikerausbildungen (aus Deutschland) Gegenstand höchstgerichtlicher Entscheidungen. Zahlreiche ineinandergreifende Judikate zeigen, dass das AusbVorbG nicht gegen verfassungsgesetzlich gewährleistete Rechte verstößt (VfSlg 15766 = ARD 5238/36/2001) und auch unter dem Gesichtspunkt des Art. 6 StGG wie auch unter jenem des Art. 17, Abs. 2 StGG verfassungsrechtlich zulässig ist (vgl. Skiczuk, 2006).

Die Vereinbarkeit des AusbVorbG mit dem EU-Gemeinschaftsrecht ergibt sich demzufolge insbesondere mangels einer auf Art. 47, Abs. 2 EG-V gestützten Richtlinie zur Koordinierung der Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedsstaaten betreffend arzähnliche Berufe, sodass im Sinne des Urteils des EuGH in der Rechts-sache Bouchoucha (RS C-61/89 vom 3.10.1990) davon auszugehen ist, dass Österreich gemeinschaftsrechtlich zulässigerweise Tätigkeiten der/des in Deutschland versorgungswirksamen HeilpraktikerIn ÄrztInnen vorbehält und eine Berufsausübungsberechtigung als HeilpraktikerIn verwehren kann. Dies verstößt somit nicht gegen Gemeinschaftsrecht (vgl. Skiczuk, 2006).

Nach zahlreichen weiteren Zuständigkeitsfragen wurde am 11. Juli 2002 vom EuGH mit der Rechtssache C-294/00 (Deutsche Paracelsus Schulen für Naturheilverfahren GmbH, Slg 2002, I-06515 = Wbl 2002, 353) eine jahrelange Diskussion beendet. Die Tätigkeit von HeilpraktikerInnen blieb in Österreich verboten. Das AusbVorbG ist darin und in anderen Entscheidungen als nicht diskriminierend betrachtet worden.

Eine Ausbildung zu Tätigkeiten, die in den Zuständigkeitsbereich eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes fallen, ist somit ein Verstoß gegen das AusbVorbG. Eine solche Ausbildung hat der OGH im Kontext seiner neueren Rechtsprechung, da hier der Schutz von Allgemeininteressen gefragt ist, als absolut nichtig eingestuft (OGH 13.7.2000, 8 Ob 284/99v). Dem Gesetzgeber wird hier eingeräumt, eine ordnungs- und konsumentenpolitisch nicht erwünschte Gesundheitsversorgung zu verhindern und Ansätze einer sehr oberflächlichen Ausbildung in Teilbereichen der Heilberufe bereits an den Wurzeln bekämpfen zu können. Die Durchsetzbarkeit eines aus der verbotenen Ausbildungsvereinbarung resultierenden Entgeltanspruchs (Ausbildungskosten) würde der Vereitelung dieses Normzwecks Vorschub leisten, sodass eine solche Vereinbarung daher im Sinne des § 879 ABGB als nichtig anzusehen sei und sich auch der/die Beklagte auf diese Nichtigkeit berufen könne (OGH 13.7.2000, 8 Ob 284/99v, OGH 19.12.2002, 8 Ob 174/02z). Das Entgelt für solche Ausbildungen muss zurückgegeben werden (OGH 19.8.2003, 4 Ob 158/03v).

Wird eine Ausbildung angeboten und durchgeführt, die Unklarheit darüber entstehen lässt, ob der angestrebte Beruf in Österreich ausgeübt werden darf, so wird nach dem AusbVorbG gegen ein auch gemeinschaftsrechtlich wirksames Verbot verstoßen und ein solcher Vertrag sei somit nichtig (OGH 19.8.2003, 4 Ob 158/03v; 9 Ob 64/04h; 6 Ob 123/04p; 10 Ob 87/04y).

Aus praktischen Erfordernissen wurde dies sogar noch weiter abgesichert. Selbst der Hinweis in der Werbung und in den Vertragsunterlagen, dass der Beruf in Österreich nicht ausgeübt werden dürfe, ist nicht ausreichend und der Vertrag nichtig, da infolge zahlreicher, über ganz Österreich verteilter Ausbildungsmöglichkeiten dieser Hinweis von den potenziellen InteressentInnen oft nicht ernst genommen werde, da diese nicht ohne weiteres glauben, dass all die zahlreichen KursteilnehmerInnen mit ihrer Ausbildung in Österreich überhaupt nichts anfangen könnten (OGH 19.12.2002, 8 Ob 174/02x).

Während sich der berufsgesetzlich geregelte Ausbildungsvorbehalt als Ausschließlichkeitsanspruch auf das Anbieten und Durchführen von Ausbildungen zu einem reglementierten Gesundheitsberuf richtet (Komplettausbildungen), bezieht sich der Ausbildungsvorbehalt nach dem AusbVorbG darüber hinaus auf „jede zum Berufsbild eines Gesundheitsberufes gehörige Tätigkeit“ (VfGH 15.3.2000, VfSlg 15766, B2767/97 u.a. = ARD 5238/36/2001, sowie Skiczuk, 2006). Dieser Vorbehalt ist daher umfassender und sichert ab, dass Ausbildungsinstitutionen nicht abseits der gesetzlich normierten Institutionen Inhalte anbieten, die den Eindruck erwecken, dass hier mit PatientInnen gearbeitet werden darf.

Zur Präzisierung der auf dem Berufsbild und der Ausbildung aufbauenden Tätigkeiten oder Kompetenzen sind diese entsprechend dem Kompetenzerwerb auf der Basis der FH-MTD-Ausbildungsverordnung im Anhang angegeben (FH-MTD-AV, BGBl. II Nr. 2/2006). Die dort aufgelisteten Tätigkeiten und Kompetenzen sind somit eindeutig dem Berufsbild zugeordnet, da sie auf dem MTD-Gesetz aufbauen und in die zugeordnete Ausbildungsverordnung verweisen.

Bezeichnungsvorbehalt

Der Bezeichnungsvorbehalt kann als Ausschließlichkeitsanspruch auf das Führen von Bezeichnungen im Zusammenhang mit der Berufsausübung betrachtet werden. Aufgrund der Vielfalt der (gesetzlichen) Gesundheitsberufe (aber auch der Sonderfachbezeichnungen der Ärzteschaft) mit zahlreichen Überschneidungen zwischen den Berufsbildern ist Transparenz und Klarheit in Bezug auf die Erbringer einer Leistung erforderlich. Da die Berufsbezeichnung als wesentliches Identifikationsmerkmal für eine Berufsgruppe, aber auch als wesentliches Qualifikationskriterium für PatientInnen fungiert, liegt die wesentliche Funktion eines Bezeichnungsvorbehalts in der Erkennbarmachung eines Berufes bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Bezeichnungsvorbehalte haben somit eine Deklarationsfunktion. In den Gesundheitsberufsgesetzen ist der Bezeichnungsvorbehalt – da keine Einschränkungen gegeben sind – als absoluter Vorbehalt zu betrachten (vgl. Skiczuk, 2006).

Auch der Bezeichnungsvorbehalt wird verwaltungsstrafrechtlich sanktioniert, damit die potenziell enge Verknüpfung zwischen einem Bezeichnungsvorbehalt und einem Berufsvorbehalt erkennbar wird. Im Bereich der Bezeichnungen der MTD-Berufe ist eine Kombination aus Verpflichtungsnorm, Verbotsnorm und Sanktionsnorm erkennbar (Skiczuk, 2006).

Die Berufsbezeichnungen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind im § 10 des MTD-Gesetzes geregelt. Auch die Art und Weise, wie ausländische Bezeichnungen zu führen sind, ist normiert. Verwechslungsfähige Bezeichnungen, wie „Diplomierte/r“ sind verboten.

Berufsvorbehalt

Der Begriff Berufsvorbehalt bezeichnet den Ausschließlichkeitsanspruch auf die berufsmäßige Ausübung von Tätigkeiten. Dieser ist durch den umfangreicheren Tätigkeitsvorbehalt umfasst und wird daher hier nicht näher erläutert. Eine hobbymäßige Ausübung ist jedenfalls ausgeschlossen.

PatientInnensicherheit

Zu den gegenwärtig in Österreich vordringlich diskutierten und seitens der Bevölkerung bzw. der PatientInnen zurecht mit hohen Erwartungen verbundenen Themen zählt die PatientInnensicherheit. Sie ist auch Inhalt zahlreicher Maßnahmen, Mitteilungen und Aktionspläne seitens der WHO und der Europäischen Kommission bzw. des Europaparlaments. Im Zentrum der Betrachtung stehen dabei gegenwärtig sogenannte Zwischenfälle, also Ereignisse, bei denen ein/e PatientIn zu Schaden kommt. Laut Definition der WHO bedeutet PatientInnensicherheit sinngemäß, dass ein/e PatientIn während einer Behandlung nicht zu Schaden kommt und keinerlei potenziellen Gesundheitsgefahren ausgesetzt wird.

Risikoquellen

Die Europäische Kommission hat bereits in vielen Bereichen spezifische Maßnahmen ergriffen, um das Thema PatientInnensicherheit und die damit verbundenen Probleme zu behandeln. Dabei standen jedoch zumeist bestimmte identifizierbare Risikoquellen im Zentrum; so ging es zum Beispiel um die Frage nach der Arzneimittelsicherheit, der Sicherheit medizinischer Geräte oder um Antibiotikaresistenzen.

Es wurden zahlreiche internationale Maßnahmen gesetzt, wie zum Beispiel die Gründung einer Weltallianz PatientInnensicherheit durch die WHO (2004, www.who.int/patientsafety/en), die Verabschiedung der Luxemburger Erklärung zur PatientInnensicherheit, die Veröffentlichung eines Weißbuchs der EU-Kommission im Oktober 2007 u.v.m.

Viele Aspekte der PatientInnensicherheit sind auch Gegenstand legislativer Maßnahmen. So sind zum Beispiel die Arzneimittelsicherheit in den Rechtsvorschriften über Arzneimittel sowie die Pharmakovigilanz geregelt; die Sicherheit und Leistung von Medizinprodukten ist in Richtlinien geregelt; Fehler bei der Medikation samt Verwechslungsgefahren werden von der Europäischen Arzneimittel-Agentur EMA untersucht. Weiters gibt es Vorschriften über die Sicherheit von menschlichem Gewebe, Zellen, Blut und Blutprodukten.

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) betreibt Überwachungsnetze und Frühwarnsysteme für Notfallsituationen. Die Empfehlung zur grenzüberschreitenden Funktionstüchtigkeit elektronischer Datensysteme (ELGA) zielt auf eine Verbesserung der Versorgung und eine Verringerung von Zwischenfällen ab, indem wichtige klinische Daten, die in elektronischen PatientInnenakten enthalten sind (einschließlich Daten über Medikationen), verfügbar gemacht werden, wenn ein Patient in einem anderen Land behandelt wird. Ferner gibt es eine Reihe von Projekten der Europäischen Gemeinschaft zum Thema PatientInnensicherheit – einschließlich therapieassoziierten Infektionen –, die durch Forschungsrahmenprogramme oder die Aktionsprogramme der Gemeinschaft im Bereich Gesundheit (ko-)finanziert werden.

Die Gefahren durch ungeprüfte Arzneimittel oder Infektionen im Zusammenhang mit einer Leistungserbringung sind unbestreitbar bereits als Risikoquellen für die PatientInnensicherheit anerkannt.

Im Rahmen der sogenannten „offenen Koordinierungsmethode“ wird die Qualität der Gesundheitsversorgung unter Einbeziehung der Aspekte Sicherheit und PatientInnenorientiertheit geregelt. Von der Europäischen Kommission wurde ein integrierender Ansatz entwickelt, der die Sicherheit der PatientInnen in den Mittelpunkt qualitativ hochwertiger Gesundheitssysteme rücken soll (Kommissionsmitteilung vom 15.12.2008). Darin wird präzisiert, dass sämtliche Faktoren berücksichtigt werden müssen, die sich auf die Sicherheit von PatientInnen auswirken.

Dieser Blickwinkel gehört um weitere Aspekte ergänzt. Wenngleich der Begriff „PatientInnensicherheit“ strenger zu interpretieren ist als das Konzept der „Qualität der Gesundheitsversorgung“, so ist die Sicherheit der PatientInnen doch eine wesentliche Grundlage für ein qualitativ hochwertiges Versorgungssystem. Wie bei einem Arzneimittel, das die Sicherheit vorrangig und die Wirksamkeit in weiterer Folge prüft. Ein wirksames Arzneimittel ohne entsprechendes Sicherheitsprofil ist ebenfalls von einer Zulassung ausgeschlossen.

„Neue Gesundheitsberufe“

Gesundheitsrecht ist nationales Recht. Gerade in wirtschaftlich schweren Zeiten wird das Erbringen von

Gesundheitsdienstleistungen als ein Markt betrachtet, bei dem die Qualität der Dienstleistung an weniger Qualifikation gebunden wird als in Zeiten konjunktureller Hochblüte. Das Erbringen von Leistungen im Gesundheitswesen wird aus Kostengründen bzw. aus Gründen der Arbeitsmarktpolitik „deprofessionalisiert“. Das bedeutet, dass auch andere als die vorgesehenen Gesundheitsberufe in die Lage versetzt werden sollen, Leistungen mit Gesundheitsrelevanz zu erbringen.

Die schwierige Abgrenzung der Begriffe Betreuung, Pflege, Therapie, Unterstützung, Förderung, Anleitung etc. wird dazu benutzt, um Leistungen zu erbringen, die oftmals in gesetzlich geregelte Bereiche eindringen, in denen Leistungen ausschließlich von qualifiziertem Gesundheitspersonal erbracht werden dürfen. Unter Umgehung von Gesetzen für bestimmte Einrichtungen wurden auch „Mini-Ambulatorien“ gegründet (oftmals auf Vereinsbasis), die dann wiederum unbefugtes Personal einsetzen und, um davon abzulenken, mit offensivem Marketing auf ihr angeblich qualitativ hochwertiges Tun hinweisen. Offensichtlich geschieht dies in der Annahme, dass wenn es nichts nützt, die PatientInnen ohnehin zu ihren ÄrztInnen gehen. Die dabei zu erwartenden untauglichen Diagnosen haben jedoch mehrfach negative Folgewirkungen: Einerseits bringen sie das Problem der Krankheitsverschleppung mit sich, sodass eine Heilung mitunter schlechter möglich und langwieriger ist und letztlich direkt und indirekt teurer wird. Diese Mehrkosten sind von der Allgemeinheit zu tragen, während ein kurzfristiger monetärer Nutzen an anderer Stelle bereits verwirklicht wurde. Andererseits ist auch ein Übersehen von mitunter akuten Erkrankungsbildern nicht ausgeschlossen, was ein erhebliches Gefährdungspotenzial birgt.

Besonders offensiv treten vermehrt gewerbliche Gruppen auf, die, mit unzureichenden Ausbildungen ausgerüstet, Maßnahmen anwenden, die es ihnen nicht einmal ermöglichen zu unterscheiden, ob es sich um PatientInnen oder um Gesunde handelt. Da sich dies in einem illegalen Bereich abspielt, wird gelegentlich auch kein Honorar verlangt, sondern nur eine „freiwillige“ Spende.

Österreich hat ein umfassendes System von Schutzregelungen geschaffen, das im Bereich PatientInnensicherheit, Qualitätssicherung und Versorgungssicherheit einen hohen Standard aufweist. Das Problem ist jedoch die Praxis.

Die Gesundheitsmaterie ist eine nationale Angelegenheit, die Grenze ist jedoch außerordentlich unscharf. Wenn PatientInnensicherheit ein Thema der Europäischen Kommission ist, so muss auch die Rechtsdurchsetzung von Schäden durch Unbefugte ein europäisches Thema sein. Die Beweislastverteilung ist indes unbefriedigend geregelt und behindert damit die Durchsetzung von PatientInnenrechten.

Die Registrierung der Gesundheitsberufe – gegenwärtig von den gehobenen medizinisch-technischen Berufen durch MTD-Austria sowie den Krankenpflegeberufen durch den Österreichischen Krankenpflegeverband betrieben – ist ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung. Damit wird die Abgrenzung von Gesundheitsberufen zu solchen, die dies eben nicht sind, für die PatientInnen sichtbarer und die Verwechslungsfähigkeit geringer. Dass sich hier politischer Widerstand bildet, der die Transparenz in dieser wichtigen nationalen Verantwortung behindert, ist geradezu absurd. Die Abgrenzung von gesetzlich befugten Gesundheitsberufen und unbefugten ist nicht nur eine Maßnahme der Qualitätssicherung – wie das vor Jahren gesehen wurde –, sondern mittlerweile auch ein Akt der erforderlichen Erhöhung der PatientInnensicherheit in der Realversorgung.

Durch eine Deprofessionalisierung des Gesundheitspersonals wird es im Gesundheitsbereich möglicherweise größere Probleme geben als durch Fehler, Beinahe-Fehler oder Zwischenfälle im Rahmen von Routinetätigkeiten. Wenn Checklisten, Standard-Operating-Procedures (SOP), Leitlinien etc. zur Sicherung der operativen Tätigkeiten geschaffen werden, so stellt dies jenen erforderlichen Prüfungsbedarf im Bereich der Prozessqualität dar, der unter Strukturqualität zu verstehen ist. Die in Österreich aktuell oftmals untermauerte Bedeutung der Strukturqualitätskriterien bezieht sich dabei auf jene strukturellen Erfordernisse, die nicht unterboten werden dürfen. Dazu zählen sowohl infrastrukturelle Kriterien wie eben aber auch die Qualifikation des Personals. Umso bedenklicher mutet die Tatsache an, dass es sogar in Krankenanstalten vorkommen kann, dass unbefugtes Personal für therapeutische oder diagnostische Leistungen einsetzen. Das häufig vorgebrachte Argument des Personalmangels kann diese Vorgehensweise jedoch nicht

rechtfertigen. Wenn jemand ärztliche Tätigkeiten erbringt, ohne die dafür erforderliche Qualifikation zu haben, ist dies ein strafrechtliches Delikt, unabhängig davon, ob ein Schaden entstanden ist oder nicht. Wenn jedoch pflegerische, therapeutische oder diagnostische Leistungen von angelegerten Kräften, AbsolventInnen von Hochschulstudien oder Crash-Kurs-AbsolventInnen erbracht werden, scheint das Unrechtsbewusstsein – auch in der öffentlichen Wahrnehmung – weniger ausgeprägt zu sein.

Für eine umfassende Implementierung von PatientInnensicherheit wäre die diesbezügliche Sensibilisierung daher der nächste wichtige Schritt.

Das Erbringen von Leistungen durch unbefugtes Personal – egal, ob freiberuflich oder im Status der unselbstständigen Erwerbstätigkeit –, das über keine entsprechende Ausbildung verfügt, ist gerade im Bereich der Pflege bzw. der therapeutischen sowie diagnostischen Berufsgruppen als Risikoquelle für die PatientInnensicherheit zu betrachten. Im ärztlichen Bereich ist dies viel einleuchtender und strafrechtlich eindeutig. Falsche Pflorgetechniken, inkorrekte Manipulationstechniken oder der Einsatz unwirksamer Methoden (von Therapien und Maßnahmen kann man hier in aller Regel gar nicht sprechen) sind jedoch ebenso geeignet, PatientInnen oder anderen Personen Schaden zuzufügen. Eine Ursache des Schadens ist dabei auch das Kriterium, dass die Wirkung einer Methode eben nicht erwartet werden kann. Da aber irgendjemand dafür Geld ausgegeben hat – entweder die SteuerzahlerInnen über den Weg der Krankenanstaltenfinanzierung, die BürgerInnen über Sozialversicherungsbeiträge oder die PatientInnen direkt – und da spätere Therapien in der Regel teurer werden, entstehen auch ökonomische Schäden. Die Problematik der komplexen Identifikation des Schadens kann keine Basis für ein Wirtschaftsmodell bzw. ein Versorgungsmodell darstellen. Verbesserte Methoden der Rechtsdurchsetzung im Falle von Berufsübergreifen könnten das Problem dieser Art der Gefährdung der PatientInnensicherheit jedoch reduzieren.

Delegation von Leistungen

Unter ganz bestimmten Umständen ist es erlaubt, Leistungen mit Gesundheitscharakter an Personen zu delegieren, die über eine geringe oder keine fachliche Kompetenz verfügen. Dabei muss zwischen Laien und Angehörigen von wissenschaftlichen Disziplinen unterschieden werden.

Die Delegation von Leistungen kann entweder durch ÄrztInnen, oder durch MTD-Berufe, z.B. an Gesundheitsberufe mit eingeschränkten Befugnissen, erfolgen.

Wissenschaftliche Disziplinen in der Gesundheitsversorgung

In den letzten Jahren hat die Rolle von bestimmten WissenschaftlerInnen im Bereich von Gesundheitseinrichtungen zu zahlreichen Abgrenzungsfragen bzw. Zuständigkeitskonflikten geführt. Beispiele sind SportwissenschaftlerInnen, LinguistInnen, ErnährungswissenschaftlerInnen, BiotechnologInnen, PhysikerInnen etc. Während die gesetzlichen Regelungen eine indirekt erkennbare, klare Sprache verfolgen, ist die Umsetzung in der Praxis aufgrund der Komplexität der Regelungsmaterie mit Unklarheiten behaftet.

Vom Beispiel der Sportwissenschaften kann abgeleitet werden, dass sich wissenschaftlich ausgebildetes Personal ohne Berufsausübungsberechtigung als Gesundheitsberuf auf Tätigkeiten bei gesunden Personen beschränken muss. Die Feststellung, ob eine Krankheit vorliegt, um welche es sich handelt und welche Behandlungsmaßnahmen vorzusehen sind, obliegt nach gegenwärtiger Rechtslage dem Arzt/der Ärztin (BMGFJ-92250/0017-1/B/6/2007, 15.5.2008, veröffentlichte Klarstellung, BMGFJ bezüglich der Sportwissenschaftler).

Delegation an Laien

Laien können juristisch als Sonderfall von unbefugten Personen betrachtet und zu speziellen Leistungen herangezogen werden. Unbefugte können sich dabei aber keinesfalls hinter dem Titel der Laintätigkeit verstecken. Der Arzt/die Ärztin hat seinen/ihren Beruf persönlich und

unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen ÄrztInnen auszuüben. Er oder sie kann sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach seinen/ihren genauen Anordnungen und unter seiner/ihrer ständigen Aufsicht handeln. ÄrztInnen können im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Sie tragen dabei die Verantwortung für die Anordnung. Die ärztliche Aufsicht entfällt, wenn die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.

Da eine frei wählbare Bezeichnung, wie zum Beispiel Legasthietrainer, noch keinen Gesundheitsberuf ausmacht, sondern eine eben nicht hinreichend geprüfte und womöglich überhaupt nicht vorhandene Kompetenz vortäuscht, kann diese nicht als Lientätigkeit betrachtet werden. Wichtig ist dabei das Kriterium, dass eine Lientätigkeit keine Leistung mit einer zu erwartenden Heilwirkung sein kann. Eine Heiltätigkeit kann auch nicht an einen Nicht-Gesundheitsberuf delegiert werden. Die Anwendung von Leistungen mit der Absicht, eine gesundheitsrelevante Wirkung zu erzielen, ist also entweder eine Gesundheitsdienstleistung (durch gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe) oder eine eigenmächtige Heilbehandlung, die dann in den Bereich des Strafrechts fällt. Eine Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Laien ist nur im Rahmen der §§ 50a und 50b Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169, idgF, zulässig.

Dies betrifft die Delegation von Leistungen an

1. Angehörige des/der PatientIn,
2. Personen, in deren Obhut der/die PatientIn steht, oder an
3. Personen, die zum/zur PatientIn in einem örtlichen und persönlichen Naheverhältnis stehen.

Die Tätigkeiten dürfen aber nicht berufsmäßig ausgeübt werden. Auch können Leistungen an Betreuungskräfte im Anwendungsbereich des Hausbetreuungsgesetzes (BGBl. I, Nr. 33/2007) oder an Gewerbetreibende, die das Gewerbe der Personenbetreuung nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung 1994 ausüben, delegiert werden.

Unter Laien in diesem Zusammenhang sind Personen zu verstehen, die nicht Angehörige eines gesetzlich

geregelten Gesundheitsberufes oder eines Sozialbetreuungsberufes nach der Vereinbarung gemäß der Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe (BGBl. I, Nr. 55/2005) sind. Die Grenze der Lientätigkeit liegt dort, wo medizinisches bzw. pflegerisches Fachwissen Voraussetzung für die fachgerechte Durchführung der Tätigkeit ist bzw. aufgrund dieses Fachwissens Selbst- und Fremdgefährdung vermieden werden kann. Die Umstände des Einzelfalls können bewirken, dass die gleiche Tätigkeit als Lientätigkeit oder aber als Tätigkeit, die den Angehörigen der Gesundheitsberufe vorbehalten ist, zu qualifizieren ist. Subjektive Kenntnisse und Fertigkeiten des Laien können zwar von Vorteil sein, ändern aber grundsätzlich nichts an der Einstufung einer Tätigkeit als Vorbehalts- oder Lientätigkeit.

Diese Überlegungen sind deshalb relevant, da in den letzten Jahren vermehrt festzustellen ist, dass sich Gemeinschaften aus Angehörigen von Gesundheitsberufen und Laien oder qualifizierten Laien am Markt bilden. Unter der Leitung eines Arztes/einer Ärztin werden etwa in einem Haus Physiotherapie, Logopädie (beides Gesundheitsberufe) sowie Legasthietraining, Kinesiologie, Mototherapie und Ernährungsberatung angeboten, um nur ein Beispiel von vielen zu nennen. Solche ökonomisch motivierten Zusammenschlüsse sind unabhängig von ihrer Rechtsform den Berufsgesetzen unterworfen und verstoßen somit zum Teil gegen bestehendes Recht, zum Teil jedoch nicht. Hier sind bemerkenswerte Rollenvermischungen der Beteiligten zu sehen. Ein/e PatientIn hat hier de facto keine Chance, Kompetenzklarheit zu erlangen. Geschäftsmodelle dieser Art leben von der Intransparenz der Regelungen.

Die Delegation fällt in allen Fällen hinsichtlich der Anordnung in den Verantwortungsbereich des/der Delegierenden. Die Verantwortung der sachgemäßen Durchführung der delegierten ärztlichen Tätigkeiten liegt beim ausführenden Laien. Übernimmt ein Laie die Durchführung einer ärztlichen Tätigkeit, obwohl er weiß oder bei gehöriger Aufmerksamkeit hätte wissen müssen, dass er die Tätigkeit nicht entsprechend der im Einzelfall gebotenen Sorgfalt durchführen kann, so muss er auch dieses Verhalten verantworten (Einlassungs- bzw. Übernahmefahrlässigkeit).

Die Delegation einer ärztlichen Tätigkeit darf nur nach Anleitung und Unterweisung im erforderlichen Ausmaß durch den Arzt oder die Ärztin erfolgen. Darüber hinaus hat sich der Arzt oder die Ärztin zu vergewissern, dass der Laie über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt. Der Laie muss weiters ausdrücklich auf die Möglichkeit der Ablehnung der Übernahme der Tätigkeit hingewiesen worden sein.

Darüber hinaus sind die delegationsfähigen Leistungen taxativ geregelt. Anordnungen, wie zum Beispiel: „Gehen Sie zu einer Ernährungsberaterin oder zu einem Physiotrainer“, sind somit grundsätzlich unzulässig.

Folgen bei Rechtsverstößen

Sämtliche qualitätssichernde Regelungen sind mit Sanktionen behaftet. Das betrifft auch Verstöße gegen die berufsrechtlichen Bestimmungen. Es sind somit keine Bestimmungen im Sinne einer „lex imperfecta“ zu orten (sanktionslose und daher nicht durchsetzbare Bestimmung). Im Folgenden soll eine Übersicht über rechtliche Möglichkeiten bei Verstößen gegen die zahlreichen Bestimmungen gegeben werden. Die dazu genannten Darstellungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Generell ist zu bemerken, dass die nachfolgend angeführten Tatbestände gleichzeitig erfüllt sein und gegebenenfalls parallel geahndet werden können. Unberührt davon bleiben außergerichtliche Maßnahmen (wie z.B. Aufforderungsschreiben zur Unterlassung von Tätigkeiten).

Zivilrechtliche Tatbestände

Unterlassungs- und Schadenersatzpflicht nach UWG: Grundsätzlich ist es nach den Regeln des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb unzumutbar, wenn einzelne MitbewerberInnen gesetzlich festgelegte Verhaltenspflichten missachten und sich dadurch einen nicht gerechtfertigten Vorsprung im Wettbewerb verschaffen. Eine Kompetenzüberschreitung kann zu einem Unterlassungs- und Schadenersatzanspruch nach § 14 sowie § 16 UWG (bei Vorliegen der Wiederholungsgefahr) führen. Auch eine einstweilige Verfügung nach § 24 UWG kann erwogen werden. In weiterer Folge werden ausgewählte, als relevant erscheinende Entscheide genannt.

Unlauterer Wettbewerb – Cranio-sacrale Osteopathie nur durch PhysiotherapeutInnen zulässig (OGH 4 Ob 156/04a): Das Anbieten von Leistungen, die mechanotherapeutische Maßnahmen gemäß § 2 Abs. 1 MTD-Gesetz PhysiotherapeutInnen vorbehalten sind, ist analog dem Eingriff in den Ärztevorbehalt sittenwidrig. Die Behandlung krankhafter Zustände wie Schmerzen im Schulterbereich, Bandscheibenvorfall etc. durch mechanotherapeutische Maßnahmen wie der Cranio-sacralen Osteopathie ist eine medizinische Heilbehandlung, die

geeignet ist, Zustände mit Krankheitswert zu therapieren oder zu heilen und fällt unter den Vorbehaltsbereich des MTD-Gesetzes. Beim vorliegenden Sachverhalt war es unerheblich, ob es sich bei der Cranio-sacralen Osteopathie um eine auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Tätigkeit handelt.

Unlauterer Wettbewerb – Unterlassung der Ernährungsberatung und der Behandlung kranker oder krankheitsverdächtiger Personen durch Unbefugte (LG Klagenfurt 22 Cg 221/05z): Ein Koch mit Berechtigung zur Ausübung des reglementierten Gewerbes der Lebens- und Sozialberatung, eingeschränkt auf Ernährungsberatung, darf ohne Berufsberechtigung als Diätologe gemäß MTD-Gesetz keine Tätigkeiten anbieten oder durchführen, die ausschließlich den DiätologInnen vorbehalten sind. Zu kranken oder krankheitsverdächtigen Personen zählen dabei insbesondere Personen mit Diabetes, Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unverträglichkeiten, Allergien, rheumatischen Erkrankungen und Magen-Darm-Erkrankungen.

Unlauterer Wettbewerb – „Physioakupunkturtherapeut“ ist eine verwechslungsfähige Berufsbezeichnung (LG Eisenstadt, 4 Cg 278/03m): Ein gewerblicher Masseur ohne Berufsberechtigung als Physiotherapeut gemäß MTD-Gesetz darf die Berufsbezeichnung „Physioakupunkturtherapeut“ wegen Verwechslungsfähigkeit mit „Physiotherapeut“ nicht führen. Er darf die Bezeichnung „Physikopraktiker“ und verwechselbar ähnliche Bezeichnungen nur mit dem Zusatz „gewerblicher Masseur“ führen.

Nichtigkeit von Verträgen: Aus zivilrechtlicher Sicht stellt sich insbesondere die Frage der Nichtigkeit von Behandlungsverträgen, die von einer nicht zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Person mit einem/einer PatientIn abgeschlossen werden. Der OGH hat in einem Erkenntnis vom 19. Dezember 2002 (OGH 8 Ob 174/02z) unter Verweis auf die neuere Rechtsprechung und in Übereinstimmung mit der herrschenden Lehre einen Vertrag, der gegen ein gesetzliches Verbot verstößt, nicht nur dann für nichtig gehalten, wenn diese Rechtsfolge ausdrücklich normiert ist, sondern auch dann, wenn der Verbotszweck die Ungültigkeit des Geschäfts notwendigerweise verlangt. Bei Verstößen gegen Gesetze, die dem Schutz von Allgemeininteressen dienen, sei die Rechtsfolge der Nichtigkeit eine absolute. Auf diese

Rechtsfolge könne sich der oder die VertragspartnerIn auch dann berufen, wenn er oder sie diese beim Vertragsabschluss gekannt hat, weil sonst der Zweck von Verboten oder mangelnden Berechtigungen kaum zu erreichen wäre. Das MTD-Gesetz mit seinen Vorbehaltsregelungen dient zweifellos Allgemeininteressen. Behandlungsverträge, die mit einer nicht zur selbstständigen Ausübung des Berufes berechtigten Person abgeschlossen werden, sind somit als absolut nichtig einzustufen.

Unlauterer Wettbewerb: Gemäß § 1 Bundesgesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) wird in ständiger Rechtsprechung interpretiert, dass der- oder diejenige, der oder die sich deswegen schuldhaft über ein Gesetz hinwegsetzt, um im Wettbewerb einen Vorsprung gegenüber gesetzestreuen MitbewerberInnen zu erlangen, gegen § 1 UWG verstößt und zwar unabhängig davon, ob der übertretenen Norm ein den Wettbewerb regelnder Charakter zukommt oder nicht (von Exorzisten und Heilpraktikern RdM 1999, 16 mit Verweis auf OGH 15.9.1992, 4 Ob 72/92). Bei ÄrztInnen ist ein Verstoß gegen den Berufsvorbehalt regelmäßig gleichzeitig eine Verletzung des § 1 UWG, da gegen den wettbewerbsrechtlich geschützten Berufsvorbehalt verstoßen wird (Schwartz, RdM 1999,16). Es ist zu betonen, dass auch eine freiwillige Interessensvertretung über eine Klagslegitimation verfügt (Erk. des OGH 31.1.1995, 4 Ob 125/94 im Bereich des österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie).

Ergänzend sei erwähnt, dass das UWG jene Tatbestände auflistet, die zur Anwendung des UWG im Hinblick auf aggressive und irreführende Geschäftspraktiken führt (vgl. §§ 1 UWG sowie Anlage 1 zum UWG). Dazu zählt unter anderem das Nichterfüllen von wesentlichen Informationspflichten, die von einem oder einer MarktteilnehmerIn für die Entscheidung benötigt werden. Für eine/n MarktteilnehmerIn muss erkennbar sein, ob es sich bei dem/der AnbieterIn um den oder die Angehörige/n eines Gesundheitsberufs handelt oder nicht. Zu den irreführenden Geschäftspraktiken zählen jedenfalls die unrichtige Behauptung, ein Produkt könne Krankheiten, Funktionsstörungen oder Missbildungen heilen, oder die Behauptung, dass eine Geschäftspraktik von einer öffentlichen oder privaten Stelle bestätigt, gebilligt oder genehmigt worden sei, obwohl dies nicht der Fall ist.

Strafrechtliche Tatbestände

Der Verstoß gegen die Berufsrechte hat mitunter auch strafrechtliche Konsequenzen. Dazu zählen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- § 184 StGB, Kurpfuscherei: Diese Bestimmung ist rein wörtlich auf das Berufsbild des Arztes/der Ärztin zugeschnitten, gilt jedoch nach zahlreichen Rechtsauslegungen im erweiterten Sinne auch für nichtärztliche bzw. gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe. Es kommt darauf an, ob jemand eine abgeschlossene medizinische Ausbildung hat, was bei den gehobenen medizinisch-technischen Diensten vorliegt (Foregger et al., StGB, 15. Auflage). In der Entscheidung 11 Os 99/83 hat der OGH (zum im Wesentlichen gleich lautenden § 1 Abs. 2 Ärztegesetz 1984) erstmals ausgesprochen, dass das Kriterium der „medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse“ entgegen dem Gesetzeswortlaut „keine Voraussetzung für die Zurechenbarkeit der ärztlich gesetzlich besonders bezeichneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur ärztlichen Berufsausübung“ sei, sondern vielmehr „bei der allgemeinen Definition ärztlicher Tätigkeit nur einem Gebot der ärztlichen Standespflicht Rechnung trage“. Der OGH befand in dieser Entscheidung eine Person, die PatientInnen mit Gebeten, Handauflegen und rituellen Bewegungen eines Messers „behandelte“, der Verletzung des § 184 StGB für schuldig. Eine klarere Rechtsprechung, derzufolge auch Verstöße gegen die Tätigkeitsfelder der medizinisch-technischen Dienste als Kurpfuscherei zu betrachten sind, wäre wünschenswert.
- § 108 StGB, Täuschung: Insbesondere in den Fällen, in denen kein Vermögensschaden eingetreten bzw. dieser nicht nachweisbar ist oder in denen nicht mit Bereicherungsvorsatz gehandelt wurde, ist die Erfüllung des Tatbestandes der Täuschung zu prüfen. Geschützt sind vor allem höchstpersönliche Rechte (z.B. Eingriffe in die körperliche Integrität). Eine Täuschung begeht, wer jemanden absichtlich zu einem selbstschädigenden Verhalten veranlasst. Mit Ermächtigung des in seinen Rechten Verletzten ist dies strafbar (Ermächtigungsdelikt). Wenn von unbefugten Personen nun Therapien angewendet werden,

die geeignet sind, den Gesundheitszustand einer Person zu beeinflussen, so ist bereits festgestellt, wenn jemand unter der Vorspiegelung, ein Arzt oder eine Ärztin zu sein, einen anderen dazu verleitet, sich von ihm untersuchen zu lassen 1947/558 = JBl 1947, Nr. 425), liegt Täuschung vor.

Ergänzend ist dabei auf die Anzeigepflicht bzw. das Anzeigerecht im Strafrecht hinzuweisen: Wird einer Behörde oder öffentlichen Dienststelle der Verdacht einer Straftat bekannt, die ihren gesetzmäßigen Wirkungsbereich betrifft, so ist sie zur Anzeige an Kriminalpolizei oder Staatsanwaltschaft verpflichtet (§ 78 Abs. 1 StPO – Strafprozessordnung). Die Behörde oder öffentliche Dienststelle hat jedenfalls alles zu unternehmen, was zum Schutz des Opfers oder anderer Personen vor Gefährdung notwendig ist. Wer außer der Behörde oder öffentlichen Dienststellen von der Begehung einer strafbaren Handlung Kenntnis erlangt, ist zur Anzeige berechtigt (§ 80 StPO).

Verwaltungsstrafrechtliche Tatbestände

Das MTD-Gesetz sieht die verwaltungsstrafrechtlichen Bestimmungen im § 33 explizit vor. Diese verwaltungsrechtlichen Schritte sind an die Einrichtungen der mittelbaren Bundesverwaltung zu richten (z.B. Bezirksverwaltungsbehörden, Magistrate). Daher ist es nicht erforderlich, an dieser Stelle nochmals darauf einzugehen. In diesem Zusammenhang ist ausdrücklich auf die Verfolgungspflicht hinzuweisen. Die Bezirksverwaltungsbehörden haben diese Verwaltungsübertretungen von Amts wegen zu verfolgen und bei Kenntnis oder einem Verdacht ein Verwaltungs-Strafverfahren einzuleiten (§ 25 Abs. 1 und § 26 Abs. 1 VStG – Verwaltungsstrafgesetz).

Forschung

Die zentrale Plattform zur systematischen Weiterentwicklung des Wissens bildet die Forschung. Hier werden auf Basis empirischer Untersuchungen oder bestehender Literatur wissenschaftliche Arbeiten erstellt. Die Forschungskompetenz der MTD-Berufsgruppen wurde in den letzten Jahren durch eine Vielzahl von Weiterqualifikationen von Berufsangehörigen vergrößert. Ungeachtet dessen hat das Forschungsvorhaben der MTD derzeit keine einheitliche Zuständigkeit und auch keine praktischen Förderungsmöglichkeiten.

Derzeit wird im Gesundheitsministerium die Machbarkeit einer Forschungsstrategie für nichtärztliche Gesundheitsberufe bearbeitet. Zahlreiche Vorarbeiten für die strukturelle Beschreibung der Ziele, Aufgaben, Handlungsfelder wurden sowohl von VertreterInnen der Berufsverbände als auch der Fachhochschulen geleistet und in die Koordinationsstelle des Projekts, der Gesundheit Österreich GmbH, die im Auftrag des Gesundheitsministeriums agiert, eingebracht.

Dass das Thema Forschung durch MTD-Berufsangehörige auf diesem Weg Beachtung findet, ist ein positives Signal. Bis zur Umsetzung einer Forschungsstrategie oder gar eines Forschungsprogramms sind allerdings noch zahlreiche Punkte zu klären, wie etwa die Form der Förderung, die Art der Unterstützung durch Fonds und Geldgeber oder auch der organisatorische Rahmen. Konzepte für Methoden oder Vorgehensweisen, wie Forschung erfolgen sollte, wären jedenfalls in ausreichender Menge vorhanden.

Wissenschaft im Bereich MTD

Die Wissenschaft ist im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste nicht eindeutig von den ärztlichen Forschungsfeldern abgrenzbar. Unabhängig davon hat jedoch jede einzelne Sparte eine oder mehrere Bezugswissenschaften, die für den Beruf relevant sind. Weiters wurden die Prinzipien der Evidenzorientierung und der Wirkungsforschung in den letzten Jahren immer wichtiger. Dazu kam auch die Versorgungsforschung, die die Verbesserung der Anwendungspraxis zum Ziel hat. Leitlinien in Form von Behandlungsleitlinien oder Versorgungsleitlinien ergänzen die nunmehr auch im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste zu ortenden Forschungsaktivitäten.

Folglich sind die Integration von PatientInnen, die Durchführung von Studien und die Erreichung

von Ethikkommissionsvoten nur durch ärztliche Zustimmungen möglich. Es wäre aber wünschenswert, dass organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Implementierung von Forschung durch MTD-Angehörige ermöglichen – bedeutet dies doch auch den Aufbau von Kompetenzen und Personalressourcen, um dem erwünschten Wissenschafts- und Forschungsauftrag innerhalb einer Berufsgruppe den Weg zu ebnet.

Forschung an Fachhochschulen

Die Fachhochschulen bilden den organisatorischen Rahmen für Forschungsaktivitäten der MTD-Berufe, wenngleich sich hier das Problem der Forschung im Rahmen der Ausbildung versus Forschung der Berufsausübenden ergibt. Erste Schritte in Richtung Forschung wurden an Fachhochschulen bereits umgesetzt, jedoch benötigt Forschung auch einen breiten Zugang zu PatientInnen, deren Behandlung und längeren Verlaufskontrollen. Die Problematik für Berufsausübende, die sich an Forschungsvorhaben beteiligen möchten, besteht darin, dass sie mit den Ausbildungsstellen in aller Regel keinen Kontakt mehr haben.

Forschung durch Berufsausübende

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die wichtige Rolle der Berufsverbände mit ihrem Engagement im Bereich der Forschung, die sich zügig weiter entwickelt. Hier sind in erster Linie Hintergrundarbeiten, Forschungscoordination bzw. Bereitstellung von Material und Literatur zu nennen. So verfügen Berufsverbände teils über einen Zugang zu medizinisch-wissenschaftlicher Literatur, die Mitgliedern der Verbände zu bevorzugten Konditionen zur Verfügung gestellt werden können. Das ist ein Beispiel für Forschungsförderung, die es Berufsausübenden erleichtert, an Forschungsvorhaben zu partizipieren bzw. eigenständig solche zu initiieren.

Berufsausübende sind teils in hoch relevante Forschungsprojekte eingebunden, die durch Forschungsk Kooperationen, individuelle Fortbildungsmaßnahmen oder durch die berufliche Tätigkeit an forschenden Krankenanstalten zustande kommen.

Auch die Weiterentwicklung eines Berufs ist oft mit Forschungsarbeiten verbunden, die die Berufsgruppe maßgeblich beeinflussen oder zu einer Qualitätsverbesserung, einem besseren Verständnis der Rahmenbedingungen des Berufs oder Ähnlichem führen.

Zur Veranschaulichung der bewegten MTD-Forschungslandschaft wird im Anhang II für jede der MTD-Berufsgruppen ein ausgewähltes Beispiel einer Forschungsarbeit in Kurzform wiedergegeben, das Einblick in die rege und anwendungsbezogene Forschungstätigkeit von Berufsausübenden gewährt. Die Verbesserung der beruflichen Praxis war ein zentrales Selektionskriterium für die Forschungsprojekte, die hier nur stellvertretend für zahlreiche weitere „Good-Practice“-Arbeiten innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe stehen.

Bedarfsforschung

Gegenwärtig gibt es in Österreich keine Bedarfsforschung für die MTD-Berufe. Die letzten quantitativen Analysen sind stark veraltet. Da die Bundesländer die Fachhochschulen finanzieren, sind sie auch in Fragen der Dimensionierung und Ausbildungskapazität involviert. Die Fachhochschulträger geben im Rahmen der Akkreditierung von Studiengängen Bedarfs- und Akzeptanzanalysen in Auftrag. Die teilweise durchsickernden Ergebnisse sind leider nicht nachvollziehbar. Durch die Nichtveröffentlichung und die Übermittlung an einen Auftraggeber, der sich keiner Diskussion stellt, können sich Berichte verselbständigen, die teilweise nicht nachvollziehbares Zahlenmaterial enthalten und die zu keinen weiteren Reaktionen führen.

Für die korrekte Dimensionierung der Ausbildung, aber auch der morbiditätsbezogenen Bedarfsforschung sind Bedarfsanalysen seit langem erforderlich. Gegenwärtig zeichnet sich die Thematisierung noch nicht ab, da mit einem erhöhten Bedarf in Zeiten von knapper werdenden öffentlichen Budgets gerechnet werden muss.

Registrierung der MTD

Seit mehr als zehn Jahren ist die Erfassung sämtlicher in den Berufsfeldern der gehobenen medizinisch-technischen Dienste tätigen Personen in Diskussion. Nunmehr gibt es einen klaren politischen Willen für die Erstellung eines MTD-Registers, das in der Folge als Listenführung bezeichnet wird.

Seit Ende 2006 existieren in den Berufsverbänden Formulare, die die Erfassung von jenen personenbezogenen Informationen bzw. Details der Berufsausübung beinhalten, die für die Listenführung erforderlich sind. Diese Formulare decken die Inhalte einer Registrierung bzw. den Informationsumfang ab. Eine endgültige Vorgabe wird indes gesetzlich geregelt werden müssen und steht jetzt noch nicht endgültig fest.

In Ermangelung der offiziellen Liste ist trotz eines hoch entwickelten Dokumentationswesens im österreichischen Gesundheitswesen die exakte Anzahl der in Berufsausübung befindlichen Personen in den Bereichen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste unbekannt. Je stärker eine Berufsgruppe im Bereich der Freiberuflichkeit tätig oder im privatwirtschaftlichen Bereich beschäftigt ist, desto mehr ist man auf grobe Schätzungen angewiesen. Lediglich aus dem intramuralen Bereich gibt es Personalstatistiken, wobei auch diese Zahlen offenbar nicht die Gesamtwirklichkeit, sondern nur die sogenannten bettenführenden Krankenanstalten abdecken.

Folglich ist es gegenwärtig auch nicht möglich, für Österreich Bedarfsanalysen oder eine Ermittlung der erforderlichen Ausbildungskapazität für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste durchzuführen bzw. politisch relevante Entscheidungen sachgerecht aufzu-

bereiten. Durch die Registrierung der Berufstätigen soll diese Informationslücke geschlossen werden.

Alle sieben Berufsgruppen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste haben daher im Juni 2006 die Initiative ergriffen und ließen zunächst ein Konzept davon erstellen, welche Anforderungen an ein solches Personalregister bestehen und wie eine Erfassung der Berufstätigen erfolgen könnte. Diese erste Erfassungsrunde ist bereits im Jahr 2007 abgeschlossen worden, nicht zuletzt auch um die Leistungsfähigkeit des Dachverbands zu dokumentieren.

Erfassungsprinzipien

Bei der Listenführung ist grundsätzlich zwischen einem deklarativen (im Prinzip wie die Anzeigepflicht) und einem konstitutiven Charakter der Berufsausübung (die Berufsausübungsberechtigung ist an die Eintragung in die Liste gebunden) zu unterscheiden. Alle im österreichischen Gesundheitswesen existierenden Listen (z.B. Ärzteliste, Zahnärzteliste) haben konstitutiven Charakter. Diese Form der Listenführung, die politisch noch nicht endgültig entschieden ist, deckt sich auch mit den Forderungen der Berufsverbände sowie des Dachverbands der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. Im Rahmen dieser Legislaturperiode werden die für die Registrierung erforderlichen Gesetze erwartet.

Registrierung bei MTD-Austria durch die MTD-Register GmbH

Zahlreiche Gründe sprechen dafür, die Registrierung und die Führung der entsprechenden Liste beim Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste, MTD-Austria, anzusiedeln und dort administrieren und aktualisieren zu lassen. Die Eintragung in die Liste hat einen weit reichenden, die Qualität der Leistungserbringung sichernden Charakter für PatientInnen, damit können folglich Personen mit einer entsprechenden beruflichen Ausbildung von jenen unterschieden werden, die über diese Ausbildung nicht verfügen und keine Berufsberechtigung im Sinne des MTD-Gesetzes besitzen.

Bei der Listenführung sind alle sieben gehobenen medizinisch-technischen Dienste notwendigerweise erfasst. Bei der bereits bestehenden Liste handelt es sich um Vorleistungen seitens des Dachverbands, um zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der entsprechenden Regelungen im MTD-Gesetz bereits über die notwendige technische Infrastruktur und ein herzeigbares „Ergebnis“ zu verfügen. Es gilt sowohl den Behörden wie auch der Politik gegenüber zu demonstrieren, dass die Berufsverbände sowie der Dachverband erstens in der Lage sind, diese administrative Aufgabe zu bewältigen, und zweitens auch willens sind, die Listenführung aus zahlreichen Gründen selbst zu übernehmen. Um deren Nachhaltigkeit zu gewährleisten, versteht es sich dabei von selbst, dass mit personenbezogenen Daten verantwortungsvoll umgegangen wird.

Das Bundesministerium für Gesundheit führt gegenwärtig Listen, zum Beispiel für die klinischen PsychologInnen, GesundheitspsychologInnen und PsychotherapeutInnen. Wer diese Liste der gehobenen medizinisch-technischen Dienste letztlich führen wird, ist in keiner Weise vorgegeben. Aus Sicht sämtlicher Berufsverbände kommt eine andere Organisation als die durch den Dachverband MTD-Austria für diese Aufgabe nicht infrage.

Für die Realisation der Listenführung durch den Dachverband wäre jedoch eine geringfügige Anpassung des Berufsgesetzes erforderlich. Die Institution, die die Liste führt, ist darin nämlich explizit zu nennen. Um die Stabilität zu gewährleisten, ist eine organisatorische

Trennung der Berufsverbände und der Registrierung geschaffen worden. Damit wird auch dem Problem begegnet, dass Berufsverbände indirekt Druck auf registrierte Personen ausüben könnten, Mitglied im jeweiligen Berufsverband zu werden.

Diesem Anspruch und auch jenem nach wirtschaftlicher Stabilität wurde entsprochen: Der Dachverband hat dazu eigens die MTD-Register GmbH gegründet und empfiehlt sich seither für diese Aufgabe.

Die MTD-Register GmbH gewährleistet ein vom Verbandsgeschehen selbst grundsätzlich losgelöstes und unabhängiges Bestehen des notwendigen rechtlichen Rahmens. Die privatrechtlichen Vertragskonstruktionen zwischen einer Register GmbH, die die Daten der Berufsverbände erhält und für die Durchführung bzw. die Datenqualität und den Datenschutz sorgt, bleiben bestehen, auch für den nicht zu erwartenden Fall, dass einmal nicht alle sieben im MTD-Gesetz verankerten Berufsgruppen im MTD-Dachverband (MTD-Austria) vertreten sein sollten.

Da durch eine Registrierung keine Zwangsmitgliedschaft im Berufsverband begründet werden kann und darf, soll auch eine direkte Datenmeldung an die MTD-Register GmbH möglich sein. Dass dafür ein etwaiger Verwaltungskostenaufwand in Rechnung gestellt werden kann, soll nicht ausgeschlossen werden. Die Berufsverbände hätten mit ihren Personalressourcen jedoch die Möglichkeit, diese Erfassungen relativ kostengünstig anzubieten – die weit mehr als zehntausend bereits registrierten MTD-Berufsangehörigen wurden bisher sogar unentgeltlich und auf Basis des Engagements der Berufsverbände erfasst. Diese Kosten/Nutzen-Relation wird der Maßstab für die endgültige Verfahrensform sein.

An sich ist die Listenführung in Österreich im Rahmen der Gesundheitsberufe gesetzlich geregelt, die Durchführung ist heterogen. So wird die Ärzteliste von der Österreichischen Ärztekammer geführt, die Hebammenliste vom Österreichischen Hebammengremium, die Zahnärzteliste von der Österreichischen Zahnärztekammer, die Psychotherapeutenliste vom Bundesministerium für Gesundheit. Derzeit gibt es noch keine gesetzliche Grundlage für die Listenführung

bei den gehobenen medizinisch-technischen Diensten in Österreich.

Wesentliches Kriterium ist freilich neben der Gewährleistung datenschutzrechtlicher Sicherheiten, die vertraglich abgesichert wurden, auch die hohe und verlässliche Datenqualität, die regelmäßige Plausibilitätskontrollen sowie standardisierte Auswertungen vorsieht.

Ziele der Registrierung

Anlässlich des Regierungsprogramms der 24. Geschäftsordnungsperiode ist „die Registrierung von Berufsberechtigungen sowie der absolvierten Fortbildungen und die Ausstellung von Berufsausweisen[...]“ vom Arbeitsprogramm der Regierung umfasst. Von den sieben MTD-Berufsverbänden wird dem Regierungsprogramm durch die bereits begonnene Registrierung entsprochen. Die Arbeiten der Datenqualitätskontrolle, Datenprüfung und Auswertungsstandardisierung sind praktisch abgeschlossen.

Gründe für die Führung der Berufsliste durch die MTD-Register GmbH

1. Schaffung einer unabhängigen Einrichtung (MTD-Register GmbH)
2. Erfassung von über 10.000 Berufsangehörigen bereits durchgeführt
3. Einstimmige Vorstandsbeschlüsse sämtlicher Berufsverbände
4. Gewährleistung sämtlicher datenschutzrechtlicher Anforderungen
5. Kosten/Nutzen-Verhältnis nicht überbietbar
6. Selbstverwaltungsprinzip, siehe andere Gesundheitsberufe (ÄrztInnen, Hebammen, ZahnärztInnen, ...)
7. Trennung Mitgliedschaft/Registrierung durch die Berufsverbände implementiert und etabliert
8. Regelung der Berechtigungssysteme organisatorisch und technisch verwirklicht

Aktuelle Aufgabenstellung

Für die vollständige Erfassung der Berufsangehörigen fehlt nur noch die entsprechende Verankerung im Berufsgesetz. Vorschläge für die Art und Formulierung sind ebenso vorhanden wie für eine etwaige Berufslistenverordnung.

Alleinstellungsmerkmale von MTD-Austria bzw. der MTD-Register GmbH

Das Bemühen um die Registrierung ist nicht durch ein politisches, machtpolitisches oder sonstiges Kalkül gekennzeichnet, sondern durch die verantwortungsvolle Berücksichtigung der Tatsache, dass die Berufsausübenden zunehmend von unbefugtem Personal konkurrenziert werden, dessen Tätigkeiten geeignet sind, die Gesundheit von Menschen oder PatientInnen durch Maßnahmen zu gefährden, die mit der mangelhaften Ausbildung in Zusammenhang stehen. Folglich ist die Registrierung das Instrument zur Beurteilung, Aktualisierung und Einhaltung der Fortbildungsverpflichtungen der Berufstätigen. Die Sanktionierung von Verstößen gegen die Berufsregeln, der Ethikkodex sowie zahlreiche weitere Aspekte hängen mit diesen Aufgaben zusammen.

So ist es nahe liegend, dass sich die seit Jahrzehnten im berufspolitischen Bereich tätigen Berufsverbände (pro Berufsgruppe ein Verband) um die Registrierung bemühen, auch um jenen Stellen, die mit den Versorgungsaufträgen, den Planungen bzw. den Weiterentwicklungen in den dynamischen Fachbereichen betraut sind, Datengrundlagen zur Verfügung stellen zu können. Aus den Erfahrungen der ersten Jahre ist erkennbar, dass für die Beurteilung zahlreicher Einzelfälle die Vernetzung der Berufsausübenden, die „Szenekenntnisse“ sowie Fachkenntnisse erforderlich sind, um diesen Aufgaben nachkommen zu können. Ähnlich wie bei zahlreichen anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen führt daher in der Regel (auch in Österreich) die berufliche Interessensvertretung die Liste.

Im Folgenden werden die charakteristischen Merkmale von MTD-Austria, die die Aufgabe der Listenführung an die MTD-Register GmbH delegiert hat, dargestellt.

1. Nur MTD-Austria kann die Interessen unabhängig von der Berufsausübungsart (freiberuflich, angestellt oder „Mischformen“) wahrnehmen.
2. Die alleinige Vertrauenslage ist gegeben.
3. Die Trennung von angestellten und frei praktizierenden MTD-Angehörigen wird vehement abgelehnt.
4. Die Registrierung des Personals ist untrennbar mit der Fortbildung (Fortbildungsregister) sowie weiteren Registern (Qualitätsregister) verbunden.
5. Die Erfassung der Fortbildung durch Fremde ist denkbar ungeeignet. Die Bildungsgruppe von MTD-Austria hat eine punktesystemtaugliche Fortbildungsharmonisierung abgeschlossen, die sich an internationalen Standards orientiert.
6. Nur MTD-Austria kann die erforderliche inhaltliche und fachliche Verantwortung (Anerkennung von Ausbildungen, Feststellung von Qualitätsmerkmalen, Qualitätshandbücher, ...) übernehmen.
7. Kooperationspartner für die Bundesländer, Landesplattformen für die Gesundheitsplanung.
8. Abklärung und Zustimmung von LändervertreterInnen sowie weiteren Interessensvertretungen (Ärzttekammer, Krankenpflegeverband, internationale Berufsvertretungen, ...) ist erfolgt.
9. EU-Berufslisten werden überwiegend in Selbstverwaltung erstellt.
10. Kooperation mit Statistik Austria zur regelmäßigen Veröffentlichung in den Jahrbüchern.

Strukturelle Informationen

MTD-Austria

- ist die Dachorganisation der einzelnen Berufsverbände der gehobenen MTD
- vertritt die gemeinsamen beruflichen Interessen der sieben Sparten der gehobenen MTD

MTD-Register GmbH

- ist eine unabhängige Organisation zum ausschließlichen Zweck der Registrierung
- soll mit der Registrierung der berufsberechtigten MTD-Angehörigen einschließlich der Erfassung der absolvierten Fortbildungen und der Ausstellung der Berufsausweise beliehen werden
- hat MTD-Austria als Alleingesellschafterin

Ziel der MTD-Register GmbH

- Erfassung aller angestellten und freiberuflich tätigen berufsberechtigten MTD-Angehörigen Österreichs als unabhängige Stelle
- Führung der Liste der berufsberechtigten MTD-Angehörigen
- Zurverfügungstellung der öffentlichen Daten der berufsberechtigten MTD-Angehörigen an jedermann
- Erfassung der absolvierten Fortbildungen
- Ausstellung der Berufsausweise
- Zusammenarbeit mit den Behörden auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene im Verfahren auf Entziehung der Berufsberechtigung
- Erstellung anonymisierter Statistiken zur Verwendung in der Gesundheitsplanung und -steuerung
- Strenge Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Anforderungen

Mögliche Folgen einer politisch erzwungenen Fehlentscheidung (z.B. Führung durch eine von den Berufsangehörigen nicht akzeptierbare Organisation)

- Administrative Doppelgleisigkeit: MTD-Austria führt die Erfassung aufgrund der Fortbildung und Qualitätserfassung in jedem Falle weiter, vermutlich geringe Akzeptanz für Zweiterfassung durch eine nicht zuständige Organisation in den Ländern (eventuelle Widerstände).

- Gefährdung der raschen Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Versorgungsqualität
- Gefährdung der PatientInnensicherheit durch Blockade eines zentralen Elements der Identifizierung von befugtem und nicht befugtem Personal
- Akzeptanz von kommerziell motivierten verwechslungsfähigen Angeboten
- Scheitern auf inhaltlicher und operativer Ebene
- Politische Entscheidung zwischen funktionstüchtigem Register in einem Jahr (MTD-Austria) oder Behinderung einer weiteren Professionalisierung der MTD-Angehörigen (Fortbildungsregister, Qualitätsregister sowie weitere fachliche Vorhaben).

Alternativen zur Übertragung der Listenführung an MTD-Austria

Zur Übertragung der Listenführung an MTD-Austria gibt es praktisch keine Alternative, möchte man nicht jahrelange Auseinandersetzungen auf verwaltungstechnischer, operativer und juristischer Ebene riskieren (vor allem seitens der Berufsausübenden).

Technische Lösung

Die Notwendigkeit des Aufbaus eines Registers, in dem alle MTD-Berufsangehörigen vollständig erfasst sind, ist weithin akzeptiert. MTD-Austria hat gemeinsam mit den sieben Berufsverbänden das Thema pro-aktiv aufgegriffen und mit der MTD-Register GmbH Fakten geschaffen. Vor dem Hintergrund der vielen Erfordernisse hat MTD-Austria im Sinne der Selbstverwaltung am 28. Jänner 2009 die MTD-Register GmbH mit dem Ziel gegründet, ein MTD-Register aufzubauen und zu führen.

Die frühe Phase der MTD-Register GmbH war dadurch geprägt, dass geeignete Konzepte und Mechanismen entwickelt werden mussten, wie der Datenfluss zwischen den Berufsverbänden, der MTD-Register GmbH sowie dem Dachverband zu gestalten ist. In diesem Kontext ist es selbstverständlich, dem Datenschutz sowie der Datensicherheit höchste Aufmerksamkeit zu schenken.

Als besonderes Merkmal wurde die Datenqualität identifiziert, und daher wurden folgende Prinzipien postuliert:

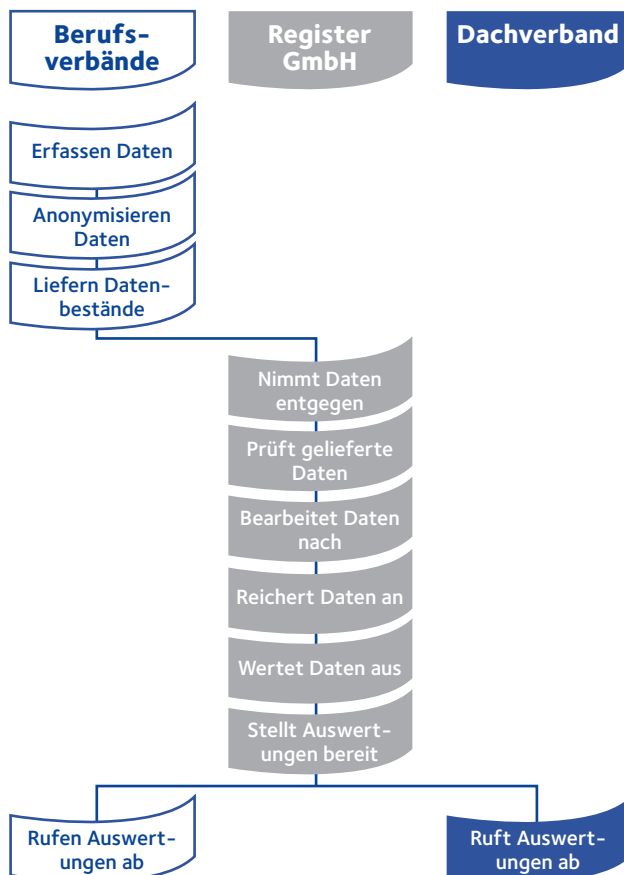
- Datenqualitätsprobleme frühzeitig erkennen: Wenn die mangelnde Datenqualität bis zur Phase der produktiven Systemnutzung unbemerkt bleibt, kann das die Durchführung des Projekts erheblich verzögern oder gar komplett infrage stellen. Dazu ist es notwendig, die Daten zu bereinigen, zu vereinheitlichen und zu deduplizieren.
- Optimale Nutzung für Berichte: Das Sammeln von Daten in einer gemeinsamen Datenbasis soll dabei helfen, zuverlässige Berichte und übergreifende Auswertungen zu erstellen. Begleitende Datenqualitätsmaßnahmen sowie eine Standardisierung sind erforderlich, um Daten aus unterschiedlichen Quellen für eine zentrale Nutzung zusammenführen zu können. Wenn die Datenqualität hoch ist, werden Aussagen und Prognosen um vieles zuverlässiger, und die AnwenderInnen können sicher sein, dass die Daten, mit denen Analysen erstellt werden, eine solide Qualität aufweisen.
- Vermeidung von unnötigem Prüfaufwand: Gibt es Schwierigkeiten, zuverlässige Kennzahlen zu ermitteln, weil jeder Bericht andere Werte liefert, liegt das zumeist an der mangelnden Datenqualität. Selbst

Berichte, die aus einem gemeinsamen Set an Daten erzeugt werden, können mitunter uneinheitliche Ergebnisse enthalten. Daher ist es unumgänglich, von Beginn an Datenproblemen auf den Grund zu gehen und die Qualität der Datenbasis permanent zu verbessern – und nicht im Nachgang aufwendige Fehleranalysen durchführen zu müssen.

In einer Prozessmodellierungsphase wurde darauf abgezielt, die Abläufe und Datenflüsse im Sinne größtmöglicher Effizienz einfach, aber dennoch effektiv zu gestalten.

Die folgende Grafik zeigt die organisatorischen und datenflussbezogenen Abläufe zwischen den beteiligten Akteuren.

Abbildung 1: Akteure und Datenflüsse



Quelle: MTD-Austria, eigene Darstellung

Datenschutz

Hinsichtlich der Datenflüsse, der Zugriffsberechtigungen und der Anonymisierung von Informationsübermittlungen wird entsprechend den allgemeinen Regelungen des Datenschutzes und der erhöhten Datenaufmerksamkeit im Gesundheitswesen besonders hoher Wert auf den Datenschutz gelegt. Eine Nutzung der Daten über die eigentliche Zielsetzung hinaus ist ausgeschlossen bzw. wird nur durch spezielle Ermächtigungen und Datennutzungsgenehmigungen möglich. Folglich wurde auch die personelle und institutionelle Trennung durchgeführt, sodass der Einfluss von FunktionärenInnen oder Organen der Verbände auf die Daten de facto ausgeschaltet wird. Auch diese Struktur der Datenschutzeinhaltung ist ein Alleinstellungsmerkmal von MTD-Austria in Verbindung mit der MTD-Register GmbH.

Analysen und Veröffentlichungen

Als Datengrundlage für den Aufbau des Registers diente die bereits in den Vorjahren begonnene freiwillige Registrierung der MTD-Berufsangehörigen. Dieser formularbasierte Prozess – die Berufsangehörigen wurden gebeten, in einem Formular ihre Daten bekanntzugeben – wurde von den Berufsverbänden durchgeführt. Die zurückgemeldeten Informationen wurden in von den jeweiligen Mitgliederinformationssystemen abgetrennten Datenbanken erfasst. Hintergrund dieser Trennung ist die Tatsache, dass durch eine Registrierung keine Mitgliedschaft in einem Berufsverband begründet werden kann und darf.

Um die höchstmögliche Sicherheit der personenbezogenen Daten zu gewähren, wurde für einen ersten Schritt der Beschluss gefasst, die Daten in der MTD-Register GmbH anonymisiert zu führen. Dazu wurden die erfassten Daten schon in den Berufsverbänden anonymisiert und lediglich eine Teilmenge aus der freiwilligen Registrierung an die MTD-Register GmbH weitergeleitet. In der MTD-Register GmbH wurden die gelieferten Daten einer umfassenden syntaktischen und semantischen

Prüfung unterzogen, um den bereits beschriebenen Grundsätzen in Bezug auf die Datenqualität zu entsprechen. Dieses Prüf-Regelwerk (verpackt im sog. „Checkerprogramm“) untersuchte die Datenbestände aus den Berufsverbänden beispielsweise

- auf das Mindestmaß an vereinbarten Datenelementen
- auf konsistente innere Datenzusammenhänge
- auf Gültigkeit der Ortsangaben (als Grundlage diente das offizielle Postleitzahlenverzeichnis der Österreichischen Post AG).

Aus den Fehlermeldungen dieses Prüf-Regelwerks ergaben sich umfangreiche Datenanalysen und -nachbearbeitungen, wodurch das Qualitätsniveau des Datenermaterials weiter angehoben werden konnte.

Die daraus gewonnenen Datenbestände wurden in diesem Kontext mit transitiv ableitbaren Informationen angereichert. So konnte durch Kombination der eigenen Daten mit Daten der Statistik Austria eine umfassende geografische Systematik aufgebaut werden, die valide Auswertungen für verschiedene Detailebenen ermöglicht.

Durch die schlussendliche Zusammenführung der Datenbestände der Berufsverbände in eine gemeinsame Datenbank in der MTD-Register GmbH ist nun eine Datengrundlage gegeben, die in dieser Art und Weise bislang nicht verfügbar war.

Auf dieser Datengrundlage wurden standardisierte Auswertungen aufgesetzt, die unterschiedliche Ansprüche abdecken: sowohl jene der Berufsverbände als auch jene von MTD-Austria. Gewährleistet ist in allen Fällen die Einhaltung datenschutzrechtlicher Richtlinien.

Die neue Registerdatenbank wurde auch dazu verwendet, um Zahlenmaterial für den vorliegenden MTD-Bericht zur Verfügung zu stellen, auf dessen Grundlage Tabellen und Grafiken aufbereitet wurden.

Alle diese Maßnahmen der freiwilligen Registrierung sowie der statistischen Hochrechnung können jedoch nicht die Verfügbarkeit der Grundgesamtheit aller MTD-Berufsausübenden ersetzen.

Die bislang erzielten Ergebnisse sind sehr erfreulich und zeigen das Engagement der Berufsverbände. Die Führung des vollständigen Registers aller MTD-Berufsangehörigen ist und bleibt das zentrale Ziel der

MTD-Register GmbH, des MTD-Dachverbands sowie aller sieben Verbände der im MTD-Gesetz verankerten Berufsgruppen – der Grundstein dafür wurde bereits im Jahr 2006 gelegt. Nunmehr ist das Register vollständig operativ, der Beweis für das Funktionieren in den Händen der Berufsverbände ist vollbracht. Nach der gesetzlichen Implementierung wird der nächste Anlauf für die Vervollständigung vorgenommen – hier ist nun ein deutliches Zeichen der Politik erforderlich, um die zahlreichen MitarbeiterInnen, die in den letzten Jahren tausende Registrierungen gesammelt haben, bei ihrem Engagement weiterhin zu unterstützen.

Leistungserbringerverzeichnis

Die Registrierung ist die Voraussetzung für die Aufnahme in den ELGA-GDA-Index. Durch die Vervollständigung der erforderlichen Maßnahmen (Änderung des Rechtsstatus von freiwilliger Erfassung auf gesetzlich geregelte Erfassung) kann dieser Schritt abgeschlossen werden.

Innerhalb der MTD-Register GmbH ist dieser Schritt bis auf die Frage der Vollzähligkeit erledigt.

Offene Punkte

Offen ist für eine endgültige Erfassung der noch ausstehenden Personen die gesetzliche Verankerung. Wegen „Vetospielern“, irreführenden Aussendungen und gezielt gesetzten Falschinformationen wird dieser Punkt noch immer diskutiert. Organisatorisch und technisch sind alle Arbeiten so weit abgeschlossen, dass auch die Voraussetzungen für die Einbindung in den ELGA-GDA-Index erfüllt sind und somit die Optimierung der Informationsübermittlung für die Stärkung der Effizienz im Gesundheitswesen in Österreich erfolgen könnte.

Registrierungsstatus

MTD-Austria hat die Registrierung mittels der MTD-Register GmbH umgesetzt. Diese ist seit rund zwei Jahren operativ voll funktionsfähig. Bislang wurde die Registrierung auf freiwilliger Basis durchgeführt. Der einzige Schritt, der nunmehr erforderlich ist, ist die gesetzliche Verankerung, sodass auch die restlichen Personen, die auf die gesetzliche Grundlage warten, erfasst werden können.

Dieser Schritt wurde von einem sachlichen Aufgabengebiet zu einem politischen bzw. machtpolitischen Thema. Folglich sind auch „Vetospiele“ auf den Plan getreten, die gegenwärtig eine Verzögerung bewirken. Da es sich jedoch um ein Instrument der Einhaltung der PatientInnen-sicherheit und der Qualitätssicherung handelt, ist diese Vorgehensweise durchaus problematisch zu sehen.

Besonders bemerkenswert war das Engagement der Berufsverbände, die auf diese Weise ein Kosten/Nutzen-Verhältnis für die Erfassung der Berufsausübenden geschaffen haben, das praktisch nicht zu überbieten war und ist. Darüber hinaus ist zu bemerken, dass das Engagement auch zu einer sehr guten Datenqualität geführt hat. Wesentlich in Zeiten wie diesen ist auch, dass dafür kein einziger Euro aus Steuermitteln oder aus anderen öffentlichen Geldern aufgewendet werden musste, wengleich hier öffentliche Aufgaben erfüllt wurden! Aus den unzähligen Kooperationen für die Erstellung dieser Berufsliste ist erkennbar, dass im Prinzip eine alternative Realisierung, die gegen die Interessen der hier tätigen Berufsverbände läuft, aus Gründen der fachlichen Einschätzungen, der Prüfung auf Plausibilität, der Frage der Verknüpfung mit der Weiterbildung oder die Ausstellung von Ausweisen praktisch undenkbar ist.

E-Health und MTD

Der Begriff E-Health bezeichnet zahlreiche Anwendungen elektronischer Medien im Rahmen der medizinischen Versorgung und anderer Gesundheitsdienstleistungen. In Österreich laufen die Arbeiten unter dem Stichwort ELGA (elektronische Gesundheitsakte). Eine wichtige Voraussetzung für ELGA war die Einführung der elektronischen Krankenversicherungskarte (e-Card) für alle krankenversicherten Personen im Jahr 2005, die eine Vereinfachung der bargeldlosen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen, wie den Besuch von ÄrztInnen, ermöglichte.

Ein Gesundheitsdiensteanbieter hat heute bei der Neuaufnahme oder Weiterbehandlung seiner PatientInnen keinen orts- und zeitunabhängigen Zugang zu den bei den unterschiedlichsten Gesundheitsdiensteanbietern bereits vorliegenden Gesundheitsdaten. Dadurch entstehen mögliche Informationslücken im Behandlungsprozess der PatientInnen, und das öffentliche, solidarisch finanzierte Gesundheitssystem kann keine optimale Prozess- und Ergebnisqualität sicherstellen.

Ziele von E-Health

Ziel ist, unter Einhaltung der Bestimmungen des Datenschutzes, einerseits die Stärkung der PatientInnenrechte, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, sowie andererseits die Optimierung der Behandlungsprozesse im Rahmen einer integrierten Versorgung, womit ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung der Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems geleistet wird.

Moderne Kommunikationstechnologien sollen genutzt werden, um die Gesundheitsdaten der PatientInnen dem behandelnden Gesundheitspersonal orts- und zeitunabhängig zur Verfügung stellen zu können. Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Bereiche Datenschutz und PatientInnenrechte zu legen. Teilnahme und Umfang des zulässigen Datenzugriffs können von PatientInnen selbst bestimmt und festgelegt werden (Information aus den Erläuterungen zum aktuellen Entwurf eines Elektronische-Gesundheitsakte-Gesetzes – ELGA-G, 2011, BMG). Die Ziele von ELGA im Speziellen sind laut den Erläuterungen des Gesetzesentwurfs:

1. Stärkung der PatientInnenrechte
2. Schutz von Gesundheitsdaten
3. Verbesserungen der Qualität und der Effizienz der Versorgung

Leistungserbringer MTD

Die Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind Gesundheitsdienstleistungsanbieter, da sie mit oder an PatientInnen Leistungen erbringen. Folglich trifft für sie die Bezeichnung GDA – „Gesundheitsdiensteanbieter“ – zu. LeistungserbringerInnen, die regelmäßig Gesundheitsdaten zumindest teilweise automationsunterstützt verwenden und für die diese Verwendung Bestandteil ihres Aufgabengebiets, ihrer Erwerbstätigkeit, ihres Betriebszwecks oder ihres Dienstleistungsangebots ist, sind definitionsgemäß Gesundheitsdiensteanbieter.

ELGA und GDA-Index

Diese stark vereinfachte bzw. verkürzte Darstellung diente lediglich dem besseren Verständnis der in der Folge verwendeten Begriffe. Mit ELGA wird eine technologische Infrastruktur für das Gesundheitswesen geschaffen. Sie wird es den gesetzlich dazu berechtigten Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) ermöglichen, in bestehende und für ihre Tätigkeit wichtige Gesundheitsinformationen ihrer PatientInnen Einsicht zu nehmen. Mit dieser Infrastruktur ist es möglich, die von ihnen erstellten Informationen einem zukünftigen Versorgungsgeschehen zugänglich zu machen, ohne die daran beteiligten GDA kennen zu müssen. In ELGA selbst werden daher keine Gesundheitsdaten gespeichert, sondern lediglich an den Orten, wo sie auch schon derzeit gespeichert werden, elektronisch auffindbar gemacht. Es geht dabei auch nur um ausgewählte und nicht um alle in der Krankengeschichte einer Person vorhandenen Daten. Zugänglich gemacht werden nur jene Daten, die für die Weiterversorgung von Bedeutung sind. Als Beispiele zu nennen wären Befunde, Entlassungsbriefe von Krankenanstalten oder Medikationsdaten.

Der Begriff ELGA-Gesundheitsdaten legt diese Einschränkungen fest. Der Begriff des ELGA-GDA ist die konsequente Ergänzung zur weiteren Beschränkung der Zugriffsmöglichkeiten auf ausschließlich in der medizinischen Versorgung tätige GDA. Die ELGA-GDA sind im Gesetz abschließend aufgezählt.

Es sind dies:

- Ärztinnen und Ärzte gemäß Ärztegesetz bzw. Zahnärztegesetz
- Krankenanstalten
- Apotheken

sowie die für diese ELGA-GDA tätigen MitarbeiterInnen. Die ELGA-GDA sind im öffentlichen Interesse verpflichtet, im Rahmen der Behandlung und Betreuung ELGA-Gesundheitsdaten zu verwenden. Allen anderen GDA – ArbeitgeberInnen, Behörden und Gerichten, aber auch ÄrztInnen, die vom Gesetz ausgeschlossene Gutachter-tätigkeiten ausüben wie beispielsweise AmtsärztInnen oder BetriebsärztInnen (ArbeitsmedizinerInnen) – ist der Zugriff auf ELGA-Gesundheitsdaten generell verboten. ELGA-GDA sind somit zunächst generell berechtigt, Gesundheitsdaten im Rahmen von ELGA zu verwenden. Eine Erweiterung um generell Zugriffsberechtigte kann nur mit einer Änderung des Gesetzes erfolgen.

GDA, die über keine Einrichtungen der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) verfügen, fallen nicht unter das Gesundheitstelematikgesetz 2011 und sind daher auch vom Begriff der „ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter“ gemäß § 2 Z 10 ausgenommen.

Gemäß § 9, Abs. 1 des ELGA-Gesetzes (im Begutachtungsentwurf) hat der/die BundesministerIn für Gesundheit zur

- Unterstützung der zulässigen Verwendung elektronischer Gesundheitsdaten im Rahmen der integrierten Versorgung,
- Verbesserung der Information über gesundheitsbezogene Dienste sowie
- Unterstützung von Planungsaktivitäten und für die Berichterstattung (§ 11)

einen eHealth-Verzeichnisdienst (eHVD) zu betreiben. In diesen sind früher oder später die gehobenen medizinisch-technischen Dienste einzutragen. Die Registrierung ermöglicht es, die Daten ohne Einzelerfassung über Schnittstellen einzuspielen und die Angehörigen der Gesundheitsberufe nur für die Aktualisierung bzw. Überprüfung zu konsultieren.

GDA sind von den Registrierungsstellen in den eHVD einzutragen. Darin sind sämtliche mit einer Liste eingetragenen Gesundheitsberufe bereits vorgesehen.

Das MTD-Register, das seit dem Jahr 2006 geführt wird, ist darin noch nicht enthalten, da es sich derzeit auf eine freiwillige und nicht auf eine gesetzliche Basis stützt. Aus organisatorischen Gründen wäre dies seit rund drei Jahren verwirklichtbar. Da jedoch die Frage der Zuständigkeit von einer sachlichen zu einer politischen Frage wurde, können nun „Vetospiele“ Maßnahmen blockieren oder verzögern, ohne dafür die Verantwortung übernehmen zu müssen.

Integrierte Versorgung unter Miteinbeziehung der MTD

Im Grunde sollte ELGA zu Verbesserungen der Qualität und der Effizienz der Versorgung beitragen. „Wer mehr weiß, kann mehr.“ Tatsache ist, dass in einem hoch spezialisierten und damit stark arbeitsteiligen Gesundheitssystem erhebliche zeitliche Anteile der medizinischen Versorgung für die Suche und Aufbereitung patientInnenbezogener Gesundheitsinformationen aufgewendet werden müssen; Schätzungen sprechen von 20 Prozent. Tatsache ist aber auch, dass in einem auf Dienstleisterseite fragmentierten Gesundheitssystem patientInnenbezogene Informationen rasch weitergegeben werden müssen, um eine möglichst unterbrechungsfreie Fortführung der medizinischen und auch pflegerischen Versorgung zu gewährleisten. Jedes Mehr an verfügbarer Information über die gesundheitliche Vorgeschichte von PatientInnen versetzt GDA in die Lage, die durch Entfall von Recherche und Aufbereitung gewonnenen Zeiten der eigentlichen medizinischen Versorgung zu widmen. Jede Verbesserung der Entscheidungsgrundlagen erhöht potenziell auch die Sicherheit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Status quo ist, dass sich mangels ausreichender technischer Unterstützung Maßnahmen der medizinischen Versorgung auf die im Zuge der sich zwangsläufig in Versorgungsketten wiederholenden Anamnese und damit im Wesentlichen auf Umfang und Qualität der von den PatientInnen selbst erteilten Informationen stützen müssen (ELGA-G-Begutachtungsentwurf – Begleittext).

Die Definition der ELGA-GDA ist erforderlich, um den Personenkreis der potenziell Zugriffsberechtigten genauer fassen zu können. Der Begriff „Gesundheitsdiensteanbieter“ in §2 Z 2 ist jedoch für die Zwecke von ELGA viel zu weit gefasst, da davon beispielsweise auch private Versicherungsunternehmen, die Sozialversicherungsträger, OptikerInnen, ZahntechnikerInnen oder Behörden umfasst sein könnten, so sie regelmäßig Gesundheitsdaten verwenden. Zielsetzung dieses Entwurfs ist – wie bereits im allgemeinen Teil erläutert – nicht die Bereithaltung von Gesundheitsdaten für eine möglichst große Anzahl an GDA oder gar für Verrechnungszwecke, sondern die qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung sowie die Effizienzsteigerung in einer konkreten Behandlungssituation.

Rechtliche Angelegenheiten

Die gesetzlichen Grundlagen für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind hauptsächlich in den folgenden drei Rechtsmaterien verankert:

- **MTD-Gesetz, BGBl. Nr. 460/1992**
- **MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. Nr. 678/1993**
- **FH-MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 2/2006**

Im Detail haben die gesetzlichen Grundlagen die folgenden Bezeichnungen:

- MTD-Gesetz (BGBl. Nr. 460/1992): Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. Dies ist die zentrale Grundlage für die Ausübung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste. In diesem Gesetz sind alle sieben Berufsgruppen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste geregelt.
- MTD-Ausbildungsverordnung (BGBl. Nr. 678/1993): Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betreffend die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (MTD-Ausbildungsverordnung – MTD-AV). Diese regelt die Ausbildung im Bereich der gehobenen medizinisch-technischen Dienste.
- FH-MTD-Ausbildungsverordnung, BGBl. II Nr. 2/2006: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über Fachhochschul-Bachelorstudiengänge für die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten (FH-MTD-Aus-

bildungsverordnung – FH-MTD-AV). Diese regelt die Ausbildung in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten, falls sie an einer Fachhochschule absolviert wird.

Darüber hinaus gibt es noch weitere Grundlagen, auf die im Speziellen in den jeweiligen Bereichen eingegangen wird. Dazu zählen:

- Ausbildungsvorbehaltsgesetz
- Gesundheitsqualitätsgesetz
- Diverse Verordnungen: Richtlinien zur Fort- und Sonderausbildung im Bereich der MTD
- Berufsausweisverordnung

Die Ausübung der Leistungen im Rahmen des MTD-Gesetzes ist nur beruflich möglich. Dies schließt eine gelegentliche oder hobbymäßige Leistungserbringung aus. Als Beruf kann eine im Sinne des Grundrechts der Erwerbsfreiheit selbstständige oder unselbstständige auf Erwerb gerichtete Tätigkeit verstanden werden, die mit einer gewissen Regelmäßigkeit ausgeübt wird und eine Grundlage für den Lebensunterhalt darstellt. Nach der

Bestimmung des Art. 6 des Staatsgrundgesetzes (StGG) kommt auch nur dem Gesetzgeber eine Definitionsmacht für Berufsbilder zu (Oberndorfer, JBl 1992, 281). Die Erwerbsfreiheit hat unter gesetzlichen Bedingungen stattzufinden. Es ist daher nicht legitim, wenn sich Gruppierungen von Personen eigenmächtig Berufsbilder zulegen und diese im Sinne eines modernen Marketings für Werbezwecke einsetzen. Es ist mehr als fraglich, ob Bezeichnungen wie „Ernährungsberater“ oder „Legasthenietrainer“, um nur zwei häufige Beispiele zu nennen, überhaupt Berufe sein können. Gesetzliche Regelungen für die Begrifflichkeit der „Berufsausübung“ an sich sind in der österreichischen Bundesrechtsmaterie gegenwärtig nicht zu finden.

Das MTD-Gesetz regelt zahlreiche wesentliche Aspekte der Berufsausübung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste.

Berufsberechtigung

Die explizite Regelung der Berufsberechtigung, die die Basis für eine Berufsausübungsberechtigung und einen Versorgungsauftrag darstellt, ist im § 3 des MTD-Gesetzes zu finden. Durch diese Ermächtigung wird vom Gesetzgeber klargestellt, welche Bedingungen an eine Berufsberechtigung geknüpft sind. Diese Regelungen haben einen qualitätssichernden Charakter, der die Versorgung mit Gesundheitsleistungen auf hohem Niveau aufrechterhalten soll. Bloße Bezeichnungen, die den Anschein eines Berufes erwecken, können daher keinen Versorgungsauftrag im österreichischen Gesundheitswesen auslösen, wenn diese in der Rechtsordnung nicht vorhanden sind.

- § 3.** (1) *Zur berufsmäßigen Ausübung eines bestimmten in diesem Bundesgesetz geregelten gehobenen medizinisch-technischen Dienstes ist berechtigt, wer*
1. *eigenberechtigt ist,*
 2. *die für die Erfüllung der Berufspflichten notwendige gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit besitzt,*
 3. *eine Ausbildung an einer medizinisch-technischen Akademie für den entsprechenden gehobenen medizinisch-technischen Dienst erfolgreich absolviert sowie die kommissionelle*

- Diplomprüfung erfolgreich abgelegt hat und dem hierüber ein Diplom ausgestellt wurde und*
4. *über die für die Berufsausübung notwendigen Sprachkenntnisse verfügt.*

Vorbehaltsregelung für die Tätigkeit

- § 4.** (1) *Eine Tätigkeit in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten darf für den Bereich der Humanmedizin berufsmäßig nur von Personen ausgeübt werden, die nach den Bestimmungen dieses Gesetzes hiezu berechtigt sind. Die Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194, findet auf die berufsmäßige Ausübung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste keine Anwendung.*
- (2) *Personen, die zur Ausübung des medizinisch-technischen Laboratoriumsdienstes oder des radiologisch-technischen Dienstes berechtigt sind, sind befugt, nach ärztlicher Anordnung Blut aus der Vene abzunehmen, wenn sie der (die) verantwortliche Arzt (Ärztin) hiezu ermächtigt hat.*

Entwicklung der Berufsbezeichnungen

Mit der Gesetzesnovellierung vom 5. Juli 2005 (BGBl. I Nr. 70/2005) wurden die Berufsbezeichnungen aller MTD-Berufe geändert. Wer zur berufsmäßigen Ausübung der jeweiligen Fachrichtung des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes berechtigt ist, hat in Ausübung seines/ihrer Berufes die im MTD-Gesetz geregelten Berufsbezeichnungen zu führen (§ 10 MTD-Gesetz).

Aus Gründen der Vereinheitlichung mit internationalen Bezeichnungen wie auch dem Abgleich mit den künftig zu erwartenden AbsolventInnen der Fachhochschulen wurden die Hinweise auf die Diplomierung aus den Berufsbezeichnungen gestrichen. Durch die gesetzliche Regelung der Ausbildung ist die Diplomierung von vornherein gegeben und im jeweiligen Gesetz geregelt.

Nichtsdestoweniger verwenden kommerziell ausgerichtete Organisationen Wörter wie „Diplomiertere/Diplomierter Beruf“ für Dienstleistungen. Die Begriffe verkommen zu Schlagwörtern und dadurch werden sie verwechslungsfähig verwendet. Vor allem

in Deutschland gibt es unzählige Berufsgruppen, die die Diplomierung in der Bezeichnung führen, was die Transparenz für die PatientInnen nicht gerade fördert.

Vorbehaltsregelungen

Aus Gründen der PatientInnensicherheit, aber auch der Qualitätssicherung der Leistungserbringung gelten für die Berufsausübung mehrere Vorbehaltsregelungen. Diese Regelungen sind weitgehend unbekannt, daher können sich Personen oder Gruppierungen etablieren, die in die geregelten Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsberufe eindringen.

Rechtlich wird hier von Vorbehaltsverstößen gesprochen, denen durchwegs mit Verwaltungsstrafverfahren zu begegnen ist. Selbst Verwaltungsbehörden sind oftmals von diesen qualitätssichernden Regelungen in Unkenntnis, was die Rechtsdurchsetzung erschwert. Aus diesem Grund wurde diesen qualitätsbezogenen Schutznormen ein eigenes Kapitel gewidmet. Eine wesentliche Bestimmung stellt der Tätigkeitsvorbehalt dar. Dieser ist in § 4 des MTD-Gesetzes enthalten.

Werbebeschränkung und Wettbewerb

Im Zusammenhang mit der freiberuflichen Berufsausübung ist eine dem beruflichen Ansehen abträgliche, insbesondere jede vergleichende, diskriminierende oder unsachliche Anpreisung oder Werbung verboten. Eine solche Werbebeschränkung gilt nur für Gesundheitsberufe, für gewerbliche Berufe naturgemäß nicht, da diese in erster Linie auf Gewinn ausgerichtet sind.

Praktisch führt dies zu einer problematischen Situation, weil diese Ungleichheit zu einer potenziellen Wettbewerbsverzerrung führt, die möglicherweise als „unlauter“ einzustufen ist. Das Anpreisen von Leistungen in einer Art und Weise, wie dies kommerziell orientierte Personengruppen oftmals im Internet durchführen, ist den Gesundheitsberufen in aller Regel nicht möglich bzw. wird als dem beruflichen Ansehen abträglich betrachtet. Etwaige Werberichtlinien könnten einen normativen Charakter erhalten.

Anpassungsbedarf

Wesentlicher Anpassungsbedarf besteht hinsichtlich der Aktualisierung der Berufsbilder. Diese aus dem Jahr 1992 stammenden Beschreibungen haben sich durch die Professionalisierung und Weiterentwicklung der Wissenschaft bereits präzisiert.

Die endgültige Abschaffung der Ausbildung an den Akademien scheint nunmehr flächendeckend vor dem Abschluss zu stehen. Auch dies ist für die Vereinheitlichung der Qualifikationen erforderlich.

Die Wertigkeit der Ausbildungsabschlüsse – Schule, Akademie, Fachhochschule – ist formalrechtlich klar geregelt (Gleichhaltung). In der Praxis gibt es zahlreiche Verunsicherungen unter den Angehörigen der MTD. Die Interpretationsspanne reicht dabei von „früher war es besser, patientennäher, eingehender“ bis hin zum genauen Gegenteil: „Nun ist die Ausbildung akademisch, bietet mehr Freiraum, ist entrümpelt, praxisorientiert und mit moderneren Pädagogik-Konzepten realisiert.“ Trotz der formalen Gleichstellung werden oft Wünsche nach Nachgraduierungen auf Fachhochschulniveau laut. Hier wird vor allem die Sorge geäußert, dass PatientInnen den nunmehr auf Hochschulniveau ausgebildeten AbsolventInnen mehr Kompetenzen zugestehen.

Vorbehaltsverstöße und gewerbliche Gesundheitsberufe

Gemäß Art. 10, Abs. 1 Z 8 B-VG sind „Angelegenheiten des Gewerbes und der Industrie“ Bundessache in Gesetzgebung und Vollziehung. Kerngesetz auf einfachgesetzlicher Ebene ist die Gewerbeordnung 1994 (GewO 1994).

Die Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194/1994, findet auf die berufsmäßige Ausübung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste keine Anwendung (§ 4 Abs. 1 MTD-Gesetz). Gleiches gilt auch für andere gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe.

Für wenige spezielle Gesundheitsberufe ist die GewO 1994 jedoch anwendbar (MedizinphysikerInnen, PharmareferentInnen, MedizinprodukteberaterInnen, ...). Diese werden oftmals auch als atypische Gesundheitsberufe bezeichnet.

Zahlreiche reglementierte Gewerbe weisen in § 94 GewO einen Gesundheitsbezug auf. Dazu zählen: AugenoptikerInnen, BandagistInnen, Bestattung, DrogistInnen, Fußpflege, Herstellung von Arzneimitteln und Giften und Großhandel mit Arzneimitteln und Giften, Hörgeräteakustik, Kontaktlinsenoptik, Massage, Lebens- und Sozialberatung, OrthopädienschuhmacherInnen, ZahntechnikerInnen (Auswahl). Für die reglementierten Gewerbe mit Gesundheitsbezug scheint der verwendete Begriff „gesundheitsbezogene reglementierte Gewerbe“ zweckdienlich.

In diesem Sinne hat der Verwaltungsgerichtshof ausgeführt, dass jede Tätigkeit auf dem Gebiet der Heilkunde, und zwar nicht allein die wissenschaftliche Heilkunde, wie sie unmittelbar von den ÄrztInnen ausgeübt wird, „nicht vor die Gewerbebehörden gehört“ (Sammlung Budw A 11/609). Aus diesen Gründen ist bei sämtlichen Gesundheitsberufen im Gesundheitswesen eine explizite Regelung der Nichtzuständigkeit der Gewerbeordnung verankert.

Die reglementierten Gewerbe stellen für die Gesundheitsversorgung keine besonderen Probleme dar. Gänzlich anders verhält es sich mit dem Bereich des gesundheitsbezogenen freien Gewerbes.

Dem „A bis Z der freien Unternehmenstätigkeiten“, herausgegeben vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Erl. des BMWA vom 5.3.1996, BMWA-30.599/38-III/1/96), ist zu entnehmen, dass die „Hilfestellung zur Erreichung einer körperlichen bzw. energetischen Ausgewogenheit“ mittels der Methoden von Dr. Bach, von Biofeedback, Auswahl von Farben, Düften, Lichtquellen, Aromastoffen, Edelsteinen, Musik, von kinesiologicalen Methoden, Aurointerpretation, Magnetfeldanwendung, sanfte Berührung des Körpers bzw. gezieltes Auflegen der Hände an bestimmten Körperstellen und mittels Cranio-Sacral-Balancing (...) ein freies Gewerbe darstellt. Im Erlass des BMWA wird nicht klar, was unter

„Hilfestellung zur Erreichung einer körperlichen bzw. energetischen Ausgewogenheit“ zu verstehen ist.

Da

1. die Zielgruppe eine Personengruppe sein muss, die sich in einem Zustand fehlender oder beeinträchtigter körperlicher bzw. energetischer Ausgewogenheit befindet, sodass nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich hierbei um kranke Menschen handelt,
2. die Wortfolge „Hilfestellung zur Erlangung einer körperlichen bzw. energetischen Ausgewogenheit“ das Ziel ableitbar machen lässt, diese zu erreichen, was wohl unbestrittenerweise als ein Teilaspekt von Gesundheit zu werten ist,
3. die inhaltliche Hilfestellung eine Behandlung darstellen muss, die geeignet ist, diese Ausgewogenheit herzustellen, was zumindest teilweise ärztliche Behandlungsmethoden charakterisiert,

muss die Rechtmäßigkeit auf inhaltlicher Ebene geprüft werden. Sollte eine solche materielle Prüfung zum Ergebnis führen, dass „Hilfestellungen zur Erreichung einer körperlichen bzw. energetischen Ausgewogenheit mittels der beschriebenen Methoden“ tatsächlich nichts anderes darstellen als „Behandlung mit natürlichen Heilmethoden“, läge eine „Ausübung der Heilkunde“ im Sinne des § 2 Abs. 2 Z 11 GewO 1994 vor („Ausnahmetatbestand Heilkunde“), was zur Folge hätte, dass die von einem solchen Ergebnis erfassten Methoden nicht in den Anwendungsbereich der Gewerbeordnung fielen und damit nicht gewerblich durchführbar wären. Bereits in zahlreichen ähnlich gelagerten Fällen wurde der Heilkundecharakter höchstgerichtlich festgestellt (Auspendeln, Bachblütenpraxis, Homöopathie).

Da die im freien Gewerbe angepeilten Ziele und Inhalte unzweifelhaft mit Aufgaben versehen sind, die von den Aufgaben der Gesundheitsberufe nicht zu unterscheiden sind, handelt es sich um Methoden, wobei die Reglementierung solcher Tätigkeiten nicht im Rahmen des Gewerberechts – weil von diesem kompetenzrechtlich nicht erfassbar –, sondern in einem geregelten Gesundheitsberuf zu erfolgen hätte. Diesbezügliche bestehende Gewerbeberechtigungen müssten folglich als kompetenzrechtswidrig und somit als verfassungswidrig betrachtet werden (vgl. Skiczuk, 2006).

Da es jedenfalls für diese Gruppierungen keine gesetzlich anerkannten Berufsbilder gibt, ist die Bezeichnung Beruf genau genommen unzulässig. Es handelt sich in der Regel um Bezeichnungen für absolvierte Ausbildungen, denen kein Tätigkeitsbereich zugewiesen ist und somit auch kein Versorgungsauftrag zukommen kann. Eine Ausbildung, die zu keiner Veränderung der Berufsausübungsberechtigung führt (es kann auch keine Tätigkeitserweiterung erfolgen, da keine Berechtigung erworben wurde), kann darüber hinaus auch als nichtig betrachtet werden. Ein solcher Ausbildungsvertrag wäre von vornherein ungültig und die AbsolventInnen könnten versuchen, die Ausbildungskosten rückzufordern (siehe Ausbildungsvorbehalt).

Grundsätzlich muss auch betont werden, dass die Ausübung der Berufe der medizinisch-technischen Dienste auf den Erwerb ausgerichtet ist. Die Kriterien der Berufsmäßigkeit des Gewerbes gemäß § 1 Abs. 2 GewO 1994 hingegen liegen dann vor, „wenn es [...] mit der Absicht betrieben wird, einen Ertrag oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteil zu erzielen, gleichgültig für welche Zwecke dieser bestimmt ist.“

Daraus kann geschlossen werden, dass ein Beruf im Rahmen der medizinisch-technischen Dienste auf Erwerb, das Gewerbe jedoch verstärkt auf Gewinn ausgerichtet ist.

Interessens- vertretungen

Die beruflichen Interessen der Angehörigen der MTD-Berufsgruppen werden in Österreich zum Teil seit über 50 Jahren von den jeweiligen Berufsverbänden bzw. dem 1984 gegründeten Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste wahrgenommen. Das folgende Kapitel dient der übersichtlichen Darstellung der einzelnen Berufsverbände. Jede Berufsgruppe ist mit ihrem jeweiligen Bundesverband im Dachverband MTD-Austria vertreten. Regionale Splittergruppen können hier aus organisatorischen Gründen und auch zur Wahrung der berufspolitischen Fokussierung nicht berücksichtigt werden. Nicht zuletzt soll damit gegenüber Dritten auch die Transparenz der zuständigen Ansprechpartner innerhalb der Berufsgruppen gewährleistet bleiben.

MTD-Austria

Der Verein „Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs“ wurde 1984 gegründet und hat seinen Sitz in Wien.

Der Verein führt den Namen „MTD-Austria, Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs“, in der Folge kurz MTD-Austria genannt, und erstreckt seine Tätigkeit auf das gesamte Bundesgebiet.

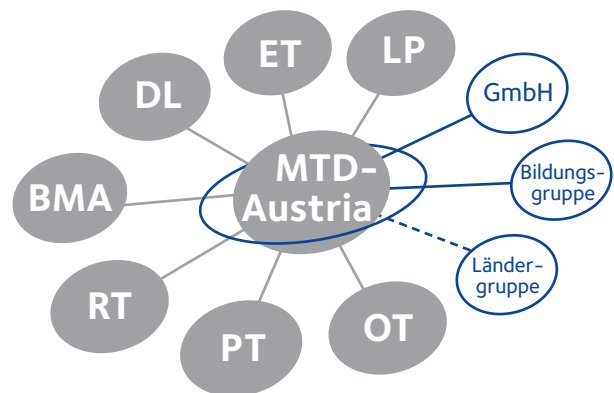
Die Mitglieder des Vereins sind die sieben Berufsverbände, die bundesweit die Interessen der einzelnen gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD) vertreten und in deren Auftrag arbeiten.

Insgesamt vertritt der Dachverband derzeit ca. 10.000 Angehörige der gehobenen MTD über deren Mitgliedschaft in den jeweiligen Berufsverbänden.

Der Vorstand besteht aus PräsidentIn, FinanzreferentIn, den PräsidentInnen der sieben Berufsverbände und dem/der VertreterIn für Bildung und Forschung. PräsidentIn und FinanzreferentIn dürfen während ihrer Amtszeit keine Funktion in einem der Berufsverbände innehaben.

Struktur des Dachverbands

Die folgende Abbildung strukturiert den Dachverband MTD-Austria im Zusammenhang mit den einzelnen selbstständigen Berufsverbänden.



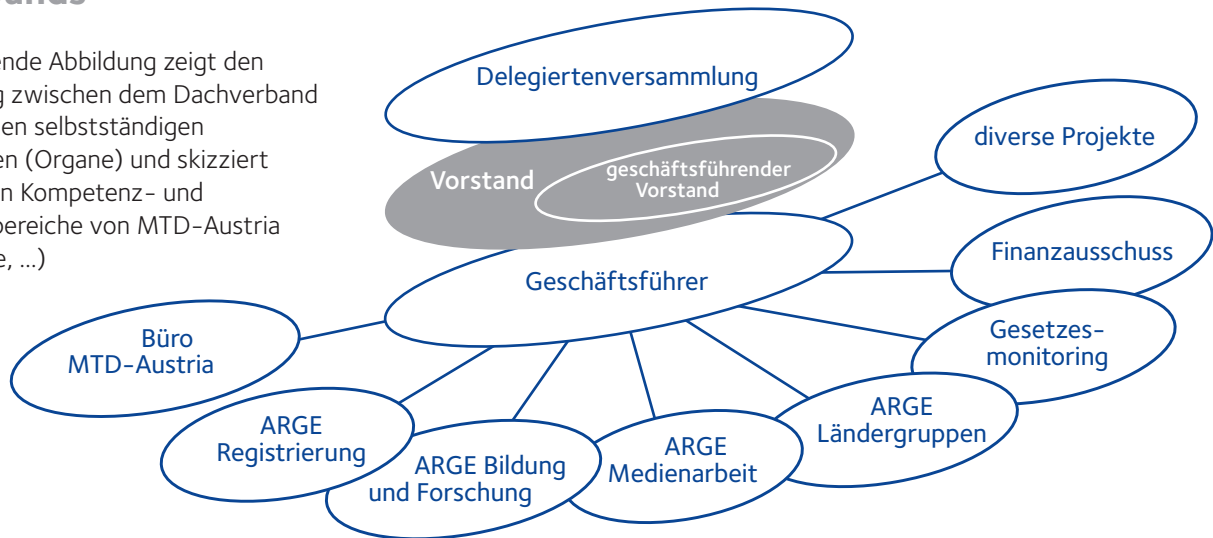
Legende:

MTD-Austria ist eine zentrale Drehscheibe für die gemeinsamen Anliegen der MTD, die durch die Berufsverbände gebündelt werden.

Blaue Ellipse: symbolisiert Projektstrukturen die sich in unterschiedlichen Entwicklungsstufen befinden bzw. bereits etabliert sind (GmbH, Bildung, teilweise Ländergruppen).

Vertikale Gliederung des Dachverbands

Die nebenstehende Abbildung zeigt den Zusammenhang zwischen dem Dachverband und den einzelnen selbstständigen Berufsverbänden (Organe) und skizziert die wesentlichen Kompetenz- und Zuständigkeitsbereiche von MTD-Austria (ARGE, Projekte, ...)



Die Geschichte des Dachverbands

Die erste Berufsvertretung von Angehörigen medizinisch-technischer Dienste wurde am 21. Juni 1951 gegründet. Die offizielle Bezeichnung lautete: „Verband der diplomierten medizinisch-technischen, der Physiko- und der Diätassistenten Österreichs“.

In dieser ersten Fassung waren unter „medizinisch-technischen Assistenten“ gemäß der Formulierung des Krankenpflegegesetzes auch die RöntgenassistentInnen zu verstehen. Der unmittelbare Anlass für die Gründung des Verbands war die dringend anstehende Novellierung des Krankenpflegegesetzes von 1949. Nur der Zusammenschluss der AssistentInnen der Sparten Labor, Diät, Röntgen und Physikalische Medizin ermöglichte es, am Krankenpflegegesetz 102/61 mitzuarbeiten.

1961 kam es zur Teilung des Verbands. Die DiätassistentInnen und die physikalischen AssistentInnen gründeten eigene Berufsverbände. MTA's und RTA's blieben vorerst in einem Verband.

In weiterer Folge gründeten auch die anderen MTD-Berufsgruppen eigene Berufsvertretungen. 1972 trennten sich die Berufsgruppen der Medizinisch-Technischen

AssistentInnen und Radiologisch-Technischen AssistentInnen aus Gründen der Mitgliedschaft in den jeweiligen internationalen Verbänden. 1975 wurde der Bundesverband der Diplomierten OrthoptistInnen Österreichs und 1981 jener der Diplomierten LogopädInnen gegründet.

Ursprünglich waren die medizinisch-technischen Dienste im Österreichischen Krankenpflegegesetz gemeinsam mit dem Krankenpflegepersonal geregelt.

Schließlich erfolgte am 14. Jänner 1984 der Zusammenschluss der sieben Berufsverbände in der konstituierenden Sitzung des Dachverbands der gehobenen medizinisch-technischen Dienste im Hörsaal der MTA-Schule im Allgemeinen Krankenhaus (AKH Wien). Während die einzelnen Verbände berufsspezifische berufspolitische Interessensvertretungen darstellen, war und ist die Aufgabe des Dachverbands die Koordination aller MTD-Mitgliedsverbände in jenen Angelegenheiten, die die gemeinsamen Anliegen der MTD-Berufe betreffen. Dies betraf zunächst die notwendige Novellierung des die MTD-Berufe regelnden Gesetzes BGBl. 102/61.

Am 1. Juli 1992 erhielten die sieben Berufsgruppen mit dem neuen „MTD-Gesetz“ ein eigenes Bundesgesetz (BGBl. Nr. 460/1992).

Ziele von MTD-Austria

Die Ziele von MTD-Austria sind:

- Schaffung und Wahrung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung mit MTD
- Wahrung und laufende Verbesserung der Qualität der Berufsausbildung und Berufsbildung der MTD
- Kommunikationsplattform, Interessensausgleich, Koordination und Unterstützung der Mitgliedsverbände
- Förderung und Wahrnehmung berufspolitischer Interessen
- Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Interessensvertretung der Mitglieder des Vereins gegenüber der Öffentlichkeit, den Behörden, der Ärzteschaft und den Sozialversicherungsträgern
- Versorgung und Unterstützung der Bevölkerung für jede Art von qualifizierter Anwendung von MTD-spezifischen Methoden der Diagnostik und Therapie an PatientInnen und KlientInnen durch Personen, die den MTD angehören
- Aufnahme und Pflege der Verbindungen mit ähnlichen Organisationen in anderen Ländern

Leitungsgremien von MTD-Austria

Die Organe von MTD-Austria sind:

- Delegiertenversammlung
- Vorstand
- RechnungsprüferInnen
- Schiedsgericht

Der Vorstand setzt sich zusammen aus

- PräsidentIn
- FinanzreferentIn
- PräsidentInnen der Berufsverbände
- VertreterIn Bildung und Forschung

Berufsverbände der einzelnen Berufsgruppen

Im Folgenden wird auf die beruflichen Interessensvertretungen der in den Sparten der gehobenen medizinisch-technischen Dienste geregelten Berufsgruppen eingegangen. Damit soll eine Transparenz der Ansprechpartner für Dritte innerhalb der Berufsgruppen gewährleistet werden.



biomed austria



Berufsverband: Österreichischer Berufsverband der Biomedizinischen AnalytikerInnen

Vorsitzende: Sylvia Handler, MBA

Grimmgasse 31, 1150 Wien

www.biomed-austria.at, office@biomed-austria.at

Telefon: 01/ 817 88 27-0, Fax: 01/ 817 88 27-27

biomed austria – Österreichischer Berufsverband der Biomedizinischen AnalytikerInnen ist die berufspolitische Interessenvertretung der Biomedizinischen AnalytikerInnen. biomed austria vertritt Anliegen der Biomedizinischen AnalytikerInnen gegenüber politischen Institutionen (Parlament, Ministerien, Ländern) oder anderen Berufsinteressenorganisationen.

Wichtige Erfolge der letzten Jahre waren unter anderem die Freiberuflichkeit für Biomedizinische AnalytikerInnen, die Publikation des Berufsprofils, die Ausbildungsreform (Ausbildung an Fachhochschulen) und die neue Berufsbezeichnung „Biomedizinische/r Analytiker/in“. biomed austria engagiert sich für die Fortentwicklung des MTD-Berufsgesetzes, nimmt die Berufsinteressen der Biomedizinischen AnalytikerInnen bei der Weiterentwicklung des Berufsbildes wahr und hilft bei der Klärung berufsrechtlicher Probleme. biomed austria bietet den Berufsangehörigen ein qualifiziertes Fortbildungsangebot an und gibt eine eigene Fachzeitschrift heraus.

biomed austria ist Mitglied der European Association for Professions in Biomedical Science (EPBS).

Serviceleistungen für Mitglieder:

- Fachzeitschrift biomed austria
- Publikationsmöglichkeiten in der Fachzeitschrift
- Homepage mit Jobbörse
- Fortbildungen (inkl. jährliches Fortbildungsprogrammheft)
- Fachtagung (jährlich, 2-tägig)
- Beratung in berufsrechtlichen Fragen
- Berufsinteressenpolitik und Servicestelle in beruflichen Angelegenheiten
- Newsletter

Ziele von biomed austria:

- Etablierung einer berufspolitischen Interessenorganisation in Koordination und Zusammenarbeit mit MTD-Austria
- Überarbeitung des Berufsbildes der Biomedizinischen AnalytikerInnen (MTD-Gesetz)
- Sicherung der Berufsfelder der Biomedizinischen AnalytikerInnen in der Humanmedizin (Abgrenzung zu nichtmedizinischen Berufen)
- Erschließen neuer Berufsfelder in der medizinischen Forschung
- Abrechnung von freiberuflich erbrachten labor-diagnostischen Leistungen mit den Krankenversicherungen
- Etablierung von Qualitätsstandards in der beruflichen Weiterbildung
- Zugang zu einem qualifizierten Masterstudienangebot im öffentlichen Bildungssystem
- Einstufung der gehobenen MTD im Gehaltsschema des neuen Uni-KV mindestens in IIIb



Diaetologen



Berufsverband: Verband der Diaetologen Österreichs **Präsidentin: Andrea Hofbauer, MSc, MBA**

Grüngasse 9 / Top 20, 1050 Wien
www.diaetologen.at, office@diaetologen.at
Telefon: 01/ 602 79 60, Fax: 01/ 600 38 24

Der Verband der Diaetologen Österreichs ist die offizielle Vertretung der Berufsgruppe. Er vertritt seine Mitglieder vor allem in standes- und berufsrelevanten Belangen auf nationaler und internationaler Ebene. Derzeit werden rund 900 Mitglieder durch den Verband vertreten.

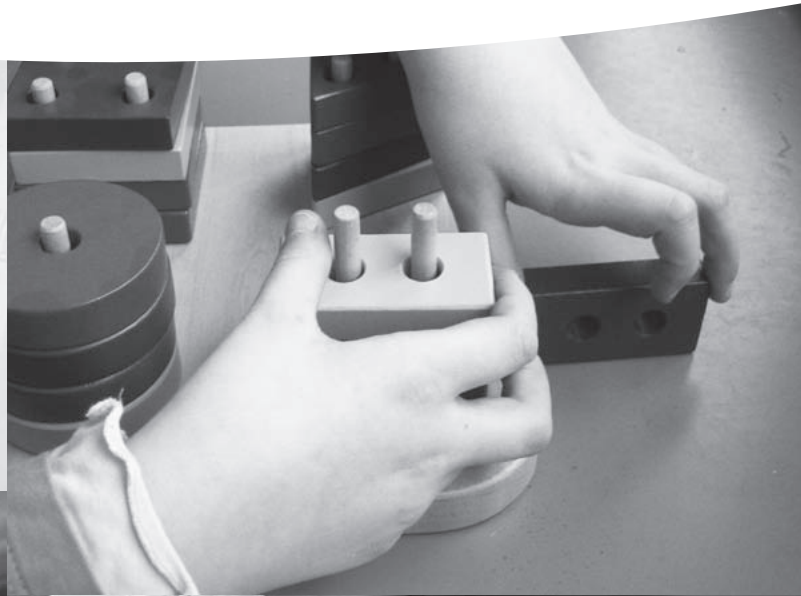
DiaetologInnen leisten im Bereich Ernährung und Diätetik einen wichtigen Beitrag, in dem sie für PatientInnen fundiert und kompetent einen individuellen Therapieplan erstellen können und beratend zur Seite stehen. Aber auch im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind DiaetologInnen wichtige Akteure. Ernährung braucht Kompetenz – mit DiaetologInnen sind PatientInnen und KlientInnen auf der sicheren Seite. Mehr als eine Million Menschen jährlich werden durch DiaetologInnen im Rahmen von Beratungsgesprächen, Vorträgen, Therapien etc. betreut. Der Berufsverband sorgt u.a. dafür, dass diese hohen Qualitätsstandards eingehalten werden.

Aufgaben und Ziele des Verbands der Diaetologen Österreichs sind:

- Berufspolitische Vertretung
- Weiterentwicklung und Schutz des Berufsbildes
- Definierung von beruflichen Standards – Qualitätssicherung
- Mitglied des Dachverbandes MTD-Austria und Unterstützung der Ziele von MTD-Austria
- Wahrung ethischer Grundsätze
- Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying
- Vertretung der Berufsgruppe bei öffentlichen Stellen
- Zusammenarbeit und Kontaktpflege mit diversen Einrichtungen, Institutionen und Fachgesellschaften
- Mitglied in europäischen (EFAD – European Federation Associations Dietitnas) und internationalen Vertretungen (ICDA – International Confederation Dietitians Associations) der Berufsverbände.

Der Verband bietet seinen Mitgliedern verschiedene **Serviceleistungen** wie z. B.

- umfangreiche Fortbildungsangebote
- 6 x jährlich eine Fachzeitschrift (DIAETOLOGEN Journal)
- regelmäßiger Newsletter via E-Mail
- Homepage (für Mitglieder mit eigenem Zugangsbereich)
- kostenlose Jobbörse
- diverses Informationsmaterial und Broschüren
- kostenlose Information und Beratung (z. B. Rechtsberatung)
- Netzwerk für freiberufliche DiätologInnen
- fachspezifische Arbeitskreise (z. B. Onkologie, Diabetes, Geriatrie, Neurologie, Nephrologie, Sport etc.) für die Schaffung von einheitlichen Standards
- regelmäßige Treffen in Landesgruppen



Ergo Austria



Berufsverband: Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs
Präsidentin: Marion Hackl

Sobieskigasse 42/5, 1090 Wien
www.ergoaustria.at, verband@ergoaustria.at
Telefon: 01/ 895 54 76, Fax: 01/ 897 43 58

Ergo Austria, der Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs, ist die berufspolitische Interessensvertretung der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Österreich. Öffentlichkeitsarbeit, direktes Mitglieder-Service wie etwa Fortbildungen, Fachzeitschrift, Bibliothek, „Informationszentrum“ werden genauso wie die Zusammenarbeit mit anderen Berufsvertretungen und Organisationen auf nationaler und internationaler Ebene angeboten. Ergo Austria ist Mitglied des Weltverbandes World Federation of Occupational Therapists (WFOT) und des europäischen Verbandes Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC).

Serviceleistungen für Mitglieder:

- Fachzeitung, ergoNEWS, Homepage
- Organisation und Abhaltung von Fortbildungen
- Verbandsbibliothek und Stellenmarkt
- Materialbereitstellung und Shop Artikel mit dem Ergo Austria Logo
- Führen und Aktualisieren einer Freiberuflerliste
- Eingehen auf persönliche Anliegen der Mitglieder

Ziele von Ergo Austria:

- Berufs- und Interessensvertretung; Repräsentanz des Berufsstandes, Weiterentwicklung der Ergotherapie in Österreich
- Kontaktpflege mit BerufsvertreterInnen (ErgotherapeutInnen) und VertreterInnen anderer Berufsgruppen, mit denen ErgotherapeutInnen zusammenarbeiten, sowie mit Ausbildungsstätten (Akademien und Fachhochschulen) und Studierenden
- Öffentlichkeitsarbeit und Verhandlungen mit öffentlichen Stellen (Krankenkassen und anderen Kostenträgern), Kontaktpflege mit VertreterInnen öffentlicher Körperschaften, Ministerien, Landesregierungen
- Aufbau und Förderung verbandsinterner Strukturen wie Landesgruppen und Arbeitskreise

Operative Ziele der Vorstandsarbeit sind:

- Schaffung von Strukturen, die Mitglieder zur Mitarbeit im Verband motivieren durch Vermitteln eines transparenten Arbeitsstils, Aufwandsentschädigungen für FunktionsträgerInnen
- Vermehrte Öffentlichkeitsarbeit – Medienkampagne mit dem langfristigen Ziel, eine Steigerung des Bekanntheitsgrades des Berufes zu erreichen
- Öffentlichkeitsarbeit in den eigenen Reihen, um Selbstbewusstsein der ErgotherapeutInnen zu stärken
- Weiterführung der Krankenkassenverhandlungen
- Mitgestaltung der Ausbildungsentwicklung
- Initiierung und Begleitung diverser Projektgruppen



logopädieaustria



Berufsverband: Berufsverband der LogopädInnen Österreichs
Präsidentin: Ingrid Haberl

Sperrgasse 8–10, 1150 Wien
www.logopaediaustria.at, office@logopaediaustria.at
Telefon: 01/ 892 93 80, Fax: 01/ 897 48 95

Der Berufsverband **logopädieaustria** ist die Interessensvertretung der österreichischen LogopädInnen. Seine Tätigkeit ist gemeinnützig, nicht auf Gewinn gerichtet und verfolgt folgende **Ziele**:

- Fungieren als berufspolitische Interessensvertretung der LogopädInnen in Österreich
- Koordination und Zusammenarbeit mit dem Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und Unterstützung gemeinsamer Ziele
- Vertretung der Interessen der LogopädInnen in nationalen, europäischen und weltweiten Gremien
- Das Verbessern der Bedingungen der Berufsausübung von LogopädInnen
- Steigerung der Versorgungsqualität der österreichischen Bevölkerung mit logopädischen Leistungen im Bereich Therapie, Primärprävention, Rehabilitation, Beratung, Diagnostik sowie Förderung
- Betreiben von umsetzungsorientierter Qualitätssicherung in der Logopädie sowie Schutz der PatientInnen vor unbefugten Dienstleistern
- Stärkung der Logopädie als wissenschaftliche Disziplin im Fächerspektrum von Public Health

- Bereitstellung eines umfassenden Servicepaketes für Mitglieder
- Unterstützung des Bestrebens der Einrichtung einer gesetzlich anerkannten Standesvertretung im In- und Ausland
- Unterstützung und Weiterentwicklung der internen Kompetenzzentren
Bildung, Wissenschaft und Forschung
Freiberuflichkeit
Öffentlichkeitsarbeit
Ehrenamt und Sponsoring
Qualitätssicherung

Die Kernaufgaben der LogopädInnen sind die Prävention, Beratung, Untersuchung, Diagnose, Therapie und wissenschaftliche Erforschung von Störungen und Behinderungen der Sprache, des Sprechens, der Atmung, der Stimme, der Mundfunktionen, des Schluckens, des Hörvermögens und der Wahrnehmung, die bei allen Altersgruppen auftreten können. Erforderlichenfalls liegt es in unserer Verantwortung, andere Berufsgruppen beizuziehen und interdisziplinär zusammenzuarbeiten.

In diesem Zusammenhang steht für LogopädInnen die Erhaltung, Verbesserung beziehungsweise Wiederherstellung menschlicher Kommunikation im Mittelpunkt der Arbeit. Wir wollen Begegnung unter Wahrung der Menschenwürde ermöglichen und die präventiven/therapeutischen Maßnahmen auf die KlientInnen/PatientInnen und ihr soziales Umfeld abstimmen.

Der Berufsstand wird in Österreich vom Berufsverband der LogopädInnen – **logopädieaustria** und den zugehörigen Regionalorganisationen in den relevanten Teilöffentlichkeiten vertreten. Auf diese Weise werden die beruflichen, ethischen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen wahrgenommen, unterstützt und gefördert. Im Sinne der Kernaufgaben bilden sich LogopädInnen kontinuierlich weiter und integrieren wissenschaftliche Erkenntnisse in die tägliche logopädische Arbeit.



Orthoptik Austria



Berufsverband: Verband der Orthoptistinnen und Orthoptisten Österreichs **Präsidentin: Elisabeth Schandl**

Leysnerstraße 15/19, 1140 Wien
www.orthoptik.at, vorsitz@orthoptik.at
Telefon: 0699/ 106 25 114

Der Berufsverband Orthoptik Austria ist die Interessensvertretung der österreichischen Orthoptistinnen und Orthoptisten. Seine Tätigkeit ist gemeinnützig und nicht auf Gewinn ausgerichtet.

Ziele:

- Schaffen einer berufspolitischen Interessensvertretung in Koordination und Zusammenarbeit mit dem Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste.
- Verbessern und Wahren der Voraussetzungen zur Ausübung des Berufsbildes von OrthoptistInnen im Sinne der Erhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgungsleistung.
- Verbessern der orthoptischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung: Prävention, Therapie und Rehabilitation durch OrthoptistInnen.
- Schutz der PatientInnen vor nicht zur Ausübung des Berufes der Orthoptistin/des Orthoptisten berechtigten Personen, die Tätigkeiten ankündigen und/oder ausüben, welche in die Vorbehaltstätigkeit von OrthoptistInnen fallen

- Die wissenschaftliche und praktische Fortbildung durch Veranstaltung von Tagungen, Seminaren, Regionaltreffen, Beschaffung von Literatur u.v.m.

Der Verband ist **Mitglied** in folgenden Organisationen:

- MTD-Austria
- International Orthoptic Association (IOA)
- Orthoptistes de la Communauté Européenne (OCE)

Die Kernaufgaben der OrthoptistInnen sind:

Im Mittelpunkt der Tätigkeit steht das Erkennen und Behandeln von funktionellen Erkrankungen beider Augen und deren Folgen. Die Kernaufgaben sind die Prävention, Beratung, Untersuchung, Diagnose, Therapie und Rehabilitation sowie wissenschaftliche Erforschung von Störungen des beidäugigen Sehens bei PatientInnen aller Altersgruppen. Störungen des beidäugigen Sehens können unter anderem durch Schielen, Augenzittern, Augenmuskellähmungen, Doppelbilder und Gesichtsfeldausfälle entstehen.



Physio Austria



**Berufsverband: Bundesverband der
PhysiotherapeutInnen Österreichs
Präsidentin: Silvia Mériaux-Kratochvila, M.Ed.**

Linke Wienzeile 8/28, 1060 Wien
www.physioaustria.at, office@physioaustria.at
Telefon: 01/ 587 99 51, Fax: 01/ 587 99 51-30

Physio Austria ist die berufspolitische Vertretung aller berufstätigen und in Ausbildung befindlichen PhysiotherapeutInnen Österreichs. Physio Austria ist als gemeinnütziger Verein eingetragen, dem rund 70 Prozent aller PhysiotherapeutInnen in Österreich angehören.

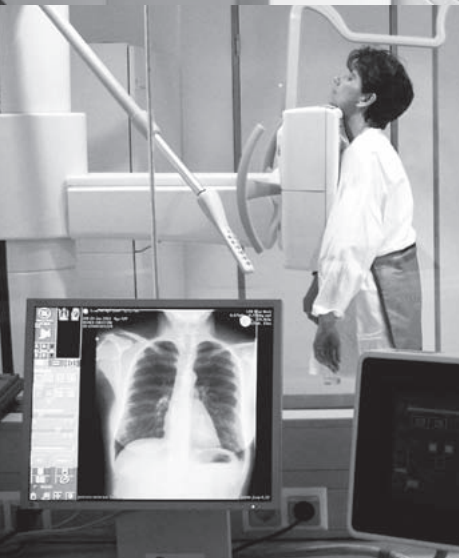
Der Verein ist in Landesverbände gegliedert und setzt sich zur Aufgabe berufs- und bildungspolitische Ziele und Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Der Wissensstand der Bevölkerung auf dem Gebiet der Vorsorgemedizin, der Therapie und der Rehabilitation soll verbessert und das Berufsbild „Physiotherapie“ gestärkt und in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden. Physio Austria will die Zusammenarbeit mit benachbarten Berufsgruppen weiterentwickeln und das Berufsbild „Physiotherapie“ im Gesundheitswesen klar positionieren. Informations- und Gedankenaustausch zwischen den PhysiotherapeutInnen und die Qualitätssicherung in der Physiotherapie zählen zu weiteren Zielen, damit eine standardisierte, flächendeckende physiotherapeutische Versorgung der österreichischen Bevölkerung intra- und extramural gewährleistet werden kann. Der Verein tritt

weilers dafür ein, die Rahmenbedingungen, die für die Berufsausübung von PhysiotherapeutInnen in einem freien Beruf erforderlich sind, zu wahren und zu fördern.

Der Berufsverband vertritt die Interessen der PhysiotherapeutInnen in nationalen und internationalen Gremien (z. B. Ministerien, Behörden, Sozialversicherungsträgern, benachbarten Berufsvereinigungen etc.) und ist Mitglied im Weltverband für Physiotherapie (WCPT) sowie im Dachverband der Europäischen Physiotherapieverbände (ER-WCPT). Er organisiert neben Fortbildungs- und Diskussionsveranstaltungen auch die berufspolitische, rechtliche, bildungspolitische und fachspezifische Information und Beratung der Mitglieder des Vereines. Der Verband ist verantwortlich für die Erstellung und Herausgabe von Publikationen und Dokumentationen sowie für eine extensive Öffentlichkeitsarbeit zum Thema der Physiotherapie.

Serviceleistungen für Mitglieder:

- berufspolitische und -rechtliche Beratung
- umfassendes Weiterbildungsangebot
- Physio Austria Bibliothek mit einem Bestand von über 1.000 Titeln
- Online-Diplomarbeitsdatenbank mit mehr als 900 Arbeiten
- kostenloser Zugang zur Cochrane Datenbank und Online-Journalen
- Erstellung von Informationsmaterial und Drucksorten, wie z. B. Fachfolder
- Mitgliederzeitschrift
- Vorteilsangebote und Rabatte bei Kooperationspartnern aus der Wirtschaft



rtaustria



Berufsverband: Verband der RadiologietechnologInnen Österreichs
Präsidentin: Michaela Rosenblattl, M.Ed.

Johannes-Gutenberggasse 3, 2700 Wiener Neustadt
www.rtaustria.at, www.radiologietechnologen-austria.at,
office@radiologietechnologen-austria.at
 Telefon: 0664/ 14 44 060, Fax: 02638/ 77 303

Der Berufsverband rtaustria ist die Interessensvertretung der österreichischen RadiologietechnologInnen. National ist der Berufsverband der RadiologietechnologInnen für die Berufsentwicklung und Berufsvertretung zuständig. International ist der Berufsverband, somit auch die Mitglieder von rtaustria, im Weltverband vertreten. Seine Tätigkeit ist gemeinnützig, nicht auf Gewinn gerichtet und verfolgt folgende Zwecke:

- Schaffen einer berufspolitischen Interessensvertretung in Koordination und Zusammenarbeit mit dem Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste
- Verbessern und Wahren der Voraussetzungen zur Ausübung des Berufsbildes von RadiologietechnologInnen im Sinne der Erhaltung einer qualitativ hochwertigen Versorgungsleistung
- Weiterentwickeln des Berufsbildes
- Verbessern der Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit radiologietechnologischen Leistungen in der Radiodiagnostischen Bildgebung, Strahlentherapie, Nuklearmedizin und Prävention (z. B. Mammographie-Screening) durch RadiologietechnologInnen

- Schutz der PatientInnen vor nicht zur Ausübung des Berufes der Radiologietechnologie berechtigten Personen, die Tätigkeiten ankündigen und/oder ausüben, welche ausschließlich RadiologietechnologInnen gesetzlich verankert zustehen
- Plattform zur Koordination eines gemeinsamen, aufeinander abgestimmten, zielorientierten und ressourcenorientierten Vorgehens der einzelnen Regionen
- Schnittstelle für den Informationsfluss der Regionalorganisationen/Projektgruppen sowie Wahren und Fördern des Informations- und Kommunikationsflusses
- Wahren und Forcieren des Bestrebens einer gesetzlich anerkannten Standesvertretung im In- und Ausland.
- Mitglied im Weltverband ISRRT (International Society of Radiographers and Radiological Technologists) und im Europäischen Verband EFRS (European Federation of Radiographer Societies) sowie Mitglied im Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Austria)

Quellen

Frank W. (2008): Erster Bericht über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs

MTD-Gesetz, MTD-Ausbildungsverordnung

MTD-Register GmbH – Auszüge aus der Datenbank

Skiczuk S. (2006): Berufs- und Tätigkeitsschutz der österreichischen Gesundheitsberufe – unter besonderer Berücksichtigung der Ärzte und Psychotherapeuten. Monographie Neuer wissenschaftlicher Verlag, Wien, Graz

Statistik Austria – Gesundheitsstatistisches Jahrbuch 2009

Weiss et al. (2011): Gesundheitsberufe. Broschüre des BMG, Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller: Bundesministerium für Gesundheit, Sektion II Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Weitere Quellen im Text genannt.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ÄrzteG	Ärztegesetz
AusbVorbG	Ausbildungsvorbehaltsgesetz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
FH-MTD-AV	FH-MTD-Ausbildungsverordnung
GewO	Gewerbeordnung
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning
JBl	Juristische Blätter
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
MTD	Medizinisch-technische Dienste
MTD-G	Bundesgesetz über die medizinisch-technischen Dienste
MTF	Medizinisch-technischer Fachdienst
RdM	Recht der Medizin
SHD	Sanitätshilfsdienst
StGB	Strafgesetzbuch
StGG	Staatsgrundgesetz
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VStG	Verwaltungsstrafgesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation, World Health Organisation

Kompetenzübersicht der ausgebildeten Berufsangehörigen

It. FH-MTD-AV

Fachlich-methodische Kompetenzen des Physiotherapeuten oder der Physiotherapeutin

Die Absolventen oder Absolventinnen haben die fachlich-methodischen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung der Physiotherapie gemäß § 2 Abs. 1 MTD-Gesetz erworben. Die Absolventen oder Absolventinnen haben gelernt, physiotherapeutische Kenntnisse und Fertigkeiten mit medizinischen Kenntnissen sowie Kenntnissen aus anderen relevanten Disziplinen zum eigenverantwortlichen physiotherapeutischen Handeln zu verknüpfen, um diese insbesondere in den Fachbereichen Arbeitsmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geriatrie, Innere Medizin, Intensivmedizin, Kardiologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Orthopädie, Physikalische Medizin, Psychiatrie, Pulmologie, Rheumatologie, Traumatologie und Urologie anzuwenden. Sie beherrschen die Arbeitsschritte der Physiotherapie, die der Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder Wiedererlangung der Bewegungsfähigkeit in der Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation dienen. Mit Abschluss der Ausbildung haben sie eine berufsethische Haltung entwickelt, die ihr Tun und Handeln im medizinischen und gesellschaftlichen Kontext leitet.

Der Absolvent oder die Absolventin kann

1. nach ärztlicher Anordnung die Physiotherapie als Teil des medizinischen Gesamtprozesses durchführen; dies umfasst die Arbeitsschritte

- Problemidentifizierung, Planung, Umsetzung sowie Qualitätssicherung, Evaluation, Dokumentation und Reflexion;
2. das gesundheitliche Problem des Patienten oder der Patientin erfassen, aus den bereits vorhandenen Befunden die physiotherapeutisch relevanten Informationen erkennen und erforderlichenfalls mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin oder mit anderen zuständigen Personen Rücksprache über fehlende relevante Informationen halten;
3. die Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung erkennen und den Bezug zu den entsprechenden gesetzlichen Regelungen herstellen;
4. die Zuständigkeit anderer Gesundheitsberufe sowie sonstiger Berufe erkennen und im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten;
5. Kontraindikationen für die jeweilige physiotherapeutische Maßnahme erkennen;
6. Körperstellungen und Bewegungsmuster imaginieren und die Auswirkungen von Symptomen auf das Bewegungsverhalten erkennen;
7. einen physiotherapeutischen Befund basierend auf den Ergebnissen der Informationsaufnahme hypothesengeleitet mittels berufsspezifischer Untersuchungsverfahren durch Inspektion, Palpation und Funktionsuntersuchung erstellen;
8. einen Therapieplan erstellen, physiotherapeutische Ziele festlegen und den Therapieplan durchführen;
9. Therapien nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen durchführen;

10. den Therapieplan mit dem Patienten oder der Patientin besprechen, auf seine oder ihre Bedürfnisse abstimmen und diesen oder diese zur Mitarbeit motivieren;
11. die Dosierung der Maßnahmen und den Verlauf der Intervention kritisch hinterfragen und auf den Patienten oder die Patientin abstimmen;
12. physiotherapeutische Maßnahmen auch mit Gruppen von Personen durchführen und auf gruppendynamische Prozesse adäquat reagieren;
13. den Anforderungen des Qualitätsmanagements und der Hygiene Rechnung tragen;
14. den Behandlungsverlauf dokumentieren sowie die Ergebnisse analysieren und auswerten;
15. die Wirkung unphysiologischer Belastungen auf das Bewegungssystem im Rahmen von Prävention und Therapie einschätzen, den physiotherapeutischen Prozess im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchführen sowie gezielt entwicklungsfördernde und gesundheitserhaltende Maßnahmen anbieten;
16. lebensbedrohende Zustände erkennen und die entsprechende Erste Hilfe leisten;
17. die berufliche Tätigkeit insbesondere bei freiberuflicher Berufsausübung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien entwickeln, gestalten und umsetzen.

Fachlich-methodische Kompetenzen des biomedizinischen Analytikers oder der biomedizinischen Analytikerin

Die Absolventen oder Absolventinnen haben die fachlich-methodischen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung des biomedizinischen Analyseprozesses gemäß § 2 Abs. 2 MTD-Gesetz erworben.

Die Absolventen oder Absolventinnen haben gelernt, berufsspezifische Kenntnisse und Fertigkeiten über aktuelle biomedizinische Analyseverfahren und -techniken mit Kenntnissen aus anderen relevanten Disziplinen zum eigenverantwortlichen Handeln zu verknüpfen, um diese insbesondere in den Fachbereichen Hämatologie, Hämostaseologie, Histologie, Immunhämatologie, Immunologie, klinische Chemie, Mikrobiologie, Molekularbiologie, Zellkultur und Zytologie entsprechend dem biomedizinisch-technisch-analytischen Entwicklungsstand anzuwenden und bei funktionsdiagnostischen Untersuchungen mitzuwirken. Mit Abschluss der Ausbildung haben die Absolventen und Absolventinnen eine berufsethische Haltung entwickelt, die ihr Tun und Handeln im medizinischen und gesellschaftlichen Kontext leitet.

Der Absolvent oder die Absolventin kann

1. basierend auf der ärztlichen Anordnung den biomedizinischen Analyseprozess als Teil des medizinischen Gesamtprozesses durchführen; der biomedizinische Analyseprozess umfasst die Arbeitsschritte Präanalytik, Planung, Durchführung der Analyse sowie Postanalytik (Qualitätssicherung, technische Validierung, Dokumentation, Übermittlung und Archivierung);
2. die Anforderung in Bezug auf die angeforderten Analysen nachvollziehen, beurteilen, ob das zur Verfügung stehende Untersuchungsmaterial für die angeforderten biomedizinischen Analysen geeignet ist und erforderlichenfalls mit der zuständigen Person über fehlende relevante Informationen oder die Notwendigkeit einer neuerlichen Probeneinsendung abklären;

3. die Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung erkennen und den Bezug zu den entsprechenden gesetzlichen Regelungen herstellen;
4. die Zuständigkeit anderer Gesundheitsberufe sowie sonstiger Berufe erkennen und im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten;
5. beurteilen, welche Daten und Parameter zur Patienten- und Probenidentifikation notwendig sind;
6. die Gewinnung des Untersuchungsmaterials fachgerecht und eigenständig durchführen und mittels professioneller Gesprächsführung eine Vertrauensbasis zum Patienten oder zur Patientin herstellen;
7. das erworbene Wissen über Messvorgang, Auswertung, methodenspezifische Messwerte, Messergebnisse und Berechnungsverfahren mit der Funktionsweise aktueller und neuer Gerätetechnologien in Zusammenhang bringen und umsetzen;
8. Maßnahmen zur Proben-, Reagenzien- und Gerätevorbereitung unter Wahrung qualitätssichernder Kriterien und unter Berücksichtigung der Einflussgrößen und Störfaktoren durchführen;
9. geeignete laboranalytische Schritte und Maßnahmen anwenden;
10. die Bearbeitung des Probenmaterials probengut-spezifisch und laborlogistisch effizient organisieren;
11. Analysen aus dem Untersuchungsmaterial mit den entsprechenden Mess-, Nachweis- und Beurteilungsverfahren selbstständig durchführen;
12. zelluläre Strukturen und Strukturveränderungen mikroskopisch beurteilen und quantifizieren;
13. methodenspezifische technische und biologische Störfaktoren erkennen und adäquat reagieren;
14. den Anforderungen des Qualitätsmanagements und den gesetzlichen Regelungen betreffend Arbeitnehmerschutz, Strahlenschutz, Umweltschutz und Hygiene Rechnung tragen;
15. die Verwahrung von Untersuchungsmaterialien und Reagenzien sachgemäß durchführen;
16. Analyseergebnisse eigenverantwortlich beurteilen, technisch validieren, dokumentieren, weiterleiten, archivieren und gegebenenfalls graphisch darstellen sowie statistisch auswerten;
17. Hygienemaßnahmen sach- und bedarfsgerecht anwenden und deren Einhaltung mittels geeigneter Untersuchungsmethoden überprüfen;
18. das erworbene Wissen auch in der Forschung, der Wissenschaft, Industrie oder in der Veterinärmedizin anwenden;
19. lebensbedrohende Zustände erkennen und die entsprechende Erste Hilfe leisten;
20. die berufliche Tätigkeit insbesondere bei freiberuflicher Berufsausübung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien entwickeln, gestalten und umsetzen.

Fachlich-methodische Kompetenzen des Radiologietechnologen oder der Radiologietechnologin

Die Absolventen oder Absolventinnen haben die fachlich-methodischen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung der radiologisch-technischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 2 Abs. 3 MTD-Gesetz erworben.

Sie haben gelernt, berufsspezifische Kenntnisse und Fertigkeiten mit medizinischen Kenntnissen sowie Kenntnissen der Informations- und Kommunikationstechnologie in der Medizin zum eigenverantwortlichen Handeln in den Fachbereichen Nuklearmedizin, radiologische Diagnostik und Intervention, Schnittbildverfahren und Strahlentherapie zu verknüpfen sowie Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung, des Patientenschutzes und des Strahlenschutzes eigenverantwortlich wahrzunehmen. Mit Abschluss der Ausbildung haben sie eine berufsethische Haltung entwickelt, die ihr Tun und Handeln im medizinischen und gesellschaftlichen Kontext leitet.

Der Absolvent oder die Absolventin kann

1. die radiologietechnologische Angemessenheit der angeordneten Untersuchung oder Behandlung auf der Grundlage des Wissens über Indikationen und Kontraindikationen nachvollziehen und erforderlichenfalls mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin Rücksprache über fehlende medizinisch relevante Informationen halten;
2. die Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung erkennen und den Bezug zu den entsprechenden gesetzlichen Regelungen herstellen;
3. die Zuständigkeit anderer Gesundheitsberufe sowie sonstiger Berufe erkennen und im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten;
4. Patienten oder Patientinnen mittels klarer und präziser Anleitungen und Hilfestellungen unter Berücksichtigung der Indikation und der besonderen persönlichen Bedürfnisse lagern und positionieren sowie gegebenenfalls alternative patientenschonende Lagerungsmöglichkeiten entwickeln;
5. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden fachgerecht durchführen und die Geräte auf Grundlage des Wissens über deren Aufbau und Funktionsweise technisch einwandfrei bedienen;
6. die Anforderungen und Grenzen von hochtechnologischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erkennen, geeignete Parameter auswählen, begründen und rechtfertigen sowie patienten- und situationsgerecht handeln, um bestmögliche Untersuchungs- oder Behandlungserfolge zu erzielen;
7. typische Pathologien im Untersuchungsablauf erkennen, deren Bedeutung für den weiteren Untersuchungsablauf kennen und erforderlichenfalls mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin abklären;
8. Aufnahme- oder Untersuchungsergebnisse analysieren und hinsichtlich qualitativer Richtlinien bewerten, Fehler und deren Ursachen erkennen sowie korrigieren, die Produktqualität argumentieren und gegebenenfalls Möglichkeiten weiterführender radiologisch-technischer Maßnahmen vorschlagen;
9. Materialien für die Untersuchung oder Behandlung fach-, indikations- und patientengerecht auswählen, anwenden und bedienen;
10. den körperlichen und psychischen Zustand des Patienten oder der Patientin vor Durchführung einer Behandlung beobachten und physiologische Parameter kontrollieren;
11. die Bild- und Sequenznachbearbeitung selbstständig durchführen und erforderlichenfalls optimieren;
12. Untersuchungs- und Behandlungsdaten dokumentieren sowie die Ergebnisse analysieren und auswerten;
13. den Zusammenhang zwischen Strahlenenergie, Strahlendosis, und deren strahlenbiologische Auswirkungen auf den Patienten oder die Patientin erkennen und die geringstmögliche Strahlenbelastung des Patienten oder der Patientin zur Anfertigung einer optimalen Aufnahme oder Untersuchung gewährleisten;

14. die Funktion des oder der Strahlenschutzbeauftragten übernehmen und die in den rechtlichen Grundlagen des Strahlenschutzes normierten Maßnahmen durchführen;
15. die Bestrahlungskonzepte umsetzen, Bestrahlungspläne erstellen und die Therapie entsprechend durchführen;
16. im Rahmen von nuklearmedizinischen Untersuchungen oder Behandlungen den Zusammenhang zwischen Lagerung des Patienten oder der Patientin, Positionierung, Wahl der Aufnahmeparameter, dem pathophysiologischen Korrelat und den erhobenen Untersuchungsdaten herstellen, Abweichungen erkennen und gegebenenfalls die entsprechenden Parameter optimieren;
17. mit radioaktiven Stoffen umgehen und Maßnahmen zur Dekontamination sowie Entsorgung durchführen;
18. den Anforderungen medizinischer und medizinphysikalischer Qualitätssicherung und den gesetzlichen Regelungen betreffend Arbeitnehmerschutz, Strahlenschutz, Umweltschutz und Hygiene Rechnung tragen;
19. an der Errichtung, Instandhaltung und Weiterentwicklung von medizinischen Datenbanken, Datennetzen und deren klinisch-medizinischer Integration mitarbeiten;
20. das erworbene Wissen auch in der Forschung, der Wissenschaft, Industrie oder in der Veterinärmedizin anwenden;
21. lebensbedrohende Zustände erkennen und erforderlichenfalls Notfallmaßnahmen vorbereiten und durchführen;
22. die berufliche Tätigkeit insbesondere bei freiberuflicher Berufsausübung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien entwickeln, gestalten und umsetzen.

Fachlich-methodische Kompetenzen des Diätologen oder der Diätologin

Die Absolventen oder Absolventinnen haben die fachlich-methodischen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung des diätologischen Prozesses und zum eigenverantwortlichen Handeln im Ernährungs- und Verpflegungsmanagement gemäß § 2 Abs. 4 MTD-Gesetz erworben.

Die Absolventen oder Absolventinnen haben gelernt, diätologische Kenntnisse und Fertigkeiten mit medizinischen und ernährungsphysiologischen Kenntnissen sowie Kenntnissen aus anderen relevanten Disziplinen zu verknüpfen, um diese bei der Zusammenstellung besonderer Kostformen sowie zur Beratung und Behandlung bei verschiedenen Krankheitsbildern insbesondere des Stoffwechsels, des Gastrointestinaltraktes und des Urogenitaltraktes sowie bei onkologischen Erkrankungen gezielt einzusetzen sowie Ernährungsberatung und Schulung von Gesunden in der Gesundheitsförderung und Prävention durchzuführen. Mit Abschluss der Ausbildung haben sie eine berufsethische Haltung entwickelt, die ihr Tun und Handeln im medizinischen und gesellschaftlichen Kontext leitet.

Der Absolvent oder die Absolventin kann

1. nach ärztlicher Anordnung den diätologischen Prozess gemäß § 2 Abs. 4 MTD-Gesetz als Teil des medizinischen Gesamtprozesses durchführen; der diätologische Prozess umfasst die Arbeitsschritte der ernährungsmedizinischen Therapie von der Ernährungsanamnese, Erhebung des Ernährungsstatus, diätologische Befundung und Beurteilung, Planung, Umsetzung bis zur Qualitätssicherung, Evaluation, Dokumentation und Reflexion;
2. das gesundheitliche Problem des Patienten oder der Patientin erfassen, aus den bereits vorhandenen Befunden die ernährungsmedizinisch relevanten Informationen erkennen und erforderlichenfalls mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin Rücksprache über fehlende medizinisch relevante Informationen halten;
3. die Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung erkennen und den Bezug zu den entsprechenden gesetzlichen Regelungen herstellen;
4. die Zuständigkeit anderer Gesundheitsberufe sowie sonstiger Berufe erkennen und im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten;
5. den diätologischen Handlungsbedarf definieren und den Ernährungsstatus gegebenenfalls mit anthropometrischen oder anderen Messmethoden bestimmen;
6. ausgehend vom Krankheitsbild, der Ernährungsanamnese und den therapielevanten Daten den diätologischen Befund und die diätologische Beurteilung erstellen sowie diätologische Schlussfolgerungen ziehen;
7. entsprechend der ärztlichen Anordnung ein diätologisches Therapiekonzept erstellen, therapeutische Ziele, geeignete Behandlungsmaßnahmen festlegen und die Therapieeinheiten planen;
8. das Therapiekonzept prozessorientiert durchführen, laufend evaluieren und erforderlichenfalls adaptieren;
9. Therapien nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen durchführen;
10. das Therapiekonzept mit dem Patienten oder der Patientin oder deren Angehörigen besprechen, auf seine oder ihre Bedürfnisse abstimmen und diesen oder diese zur Mitarbeit und Eigenkontrolle anleiten und motivieren;
11. den Behandlungsverlauf dokumentieren sowie die Ergebnisse analysieren und auswerten;
12. im Verpflegungsmanagement Rezepturen und Rahmenspeisepläne einschließlich Nährwertberechnung auf Grund der ernährungsphysiologischen Bedeutung von Lebensmittelgruppen erstellen und den regionalen und individuellen Ernährungsgewohnheiten sowie den institutionellen und betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen Rechnung tragen;
13. ein Therapiekonzept auch für künstlich ernährte Patienten und Patientinnen erstellen und anwenden;
14. Ernährungsinformationen für Einzelpersonen und Gruppen von Personen aufbereiten, diätologische Prozesse sowie Ernährungsberatung im

Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchführen;

15. den Anforderungen des Qualitätsmanagements und den gesetzlichen Regelungen betreffend Umweltschutz, Lebensmittel und Hygiene Rechnung tragen;
16. das erworbene Wissen auch in der Forschung, der Wissenschaft, Industrie oder im Gastgewerbe anwenden;
17. lebensbedrohende Zustände erkennen und die entsprechende Erste Hilfe leisten;
18. die berufliche Tätigkeit insbesondere bei freiberuflicher Berufsausübung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien entwickeln, gestalten und umsetzen.

Fachlich-methodische Kompetenzen des Ergotherapeuten oder der Ergotherapeutin

Die Absolventen oder Absolventinnen haben die fachlich-methodischen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung der Ergotherapie gemäß § 2 Abs. 5 MTD-Gesetz erworben.

Die Absolventen oder Absolventinnen haben gelernt, ergotherapeutische Kenntnisse und Fertigkeiten mit medizinischen Kenntnissen sowie Kenntnissen aus anderen relevanten Disziplinen zum eigenverantwortlichen ergotherapeutischen Handeln zu verknüpfen, um diese insbesondere in den Fachbereichen Arbeitsmedizin einschließlich Ergonomie und berufliche Integration, Geriatrie, Handchirurgie, innere Medizin einschließlich Rheumatologie, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Orthopädie, Physikalische Medizin, Psychiatrie und Traumatologie anzuwenden. Sie beherrschen die Arbeitsschritte der Ergotherapie, die der Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder Wiedererlangung der individuellen Handlungsfähigkeit in der Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation dienen. Mit Abschluss der Ausbildung haben sie eine berufsethische Haltung entwickelt, die ihr Tun und Handeln im medizinischen und gesellschaftlichen Kontext leitet.

Der Absolvent oder die Absolventin kann

1. nach ärztlicher Anordnung die Ergotherapie gemäß § 2 Abs. 5 MTD-Gesetz als Teil des medizinischen Gesamtprozesses durchführen; dies umfasst die Arbeitsschritte Problemidentifizierung, Planung, Umsetzung sowie Qualitätssicherung, Evaluation, Dokumentation und Reflexion;
2. das gesundheitliche Problem und die Ressourcen des Patienten oder der Patientin erfassen, aus den bereits vorhandenen Befunden die ergotherapeutisch relevanten Informationen erkennen und erforderlichenfalls mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin oder mit anderen zuständigen Personen Rücksprache über fehlende relevante Informationen halten;
3. die Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung erkennen und den Bezug zu den entsprechenden gesetzlichen Regelungen herstellen;

4. die Zuständigkeit anderer Gesundheitsberufe sowie sonstiger Berufe erkennen und im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten;
5. einen ergotherapeutischen Befund basierend auf den Ergebnissen der Informationsaufnahme hypotesengeleitet mittels berufsspezifischer Untersuchungsverfahren erstellen;
6. biomechanische, motorische, sensorisch-perzeptive, kognitive und psychosoziale Handlungskompetenzen des Patienten oder der Patientin erfassen;
7. die individuelle Handlungsfähigkeit des Patienten oder der Patientin in den Lebensbereichen unter Berücksichtigung der Umweltfaktoren hinsichtlich der sozialen, kulturellen, physischen und institutionellen Gegebenheiten erfassen;
8. Aktivitätsanalysen im Sinne der Verknüpfung von Anforderungs- und Fähigkeitsanalyse durchführen;
9. einen Therapieplan erstellen, ergotherapeutische Ziele festlegen und den Therapieplan durchführen;
10. Therapien nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen durchführen;
11. den Therapieplan mit dem Patienten oder mit der Patientin oder Angehörigen besprechen, auf individuelle Bedürfnisse abstimmen und den Patienten oder die Patientin zur Mitarbeit motivieren und anleiten;
12. den Verlauf der Intervention kritisch hinterfragen und auf den Patienten oder die Patientin abstimmen;
13. den Anforderungen des Qualitätsmanagements Rechnung tragen;
14. den Behandlungsverlauf dokumentieren sowie die Ergebnisse analysieren und auswerten;
15. den ergotherapeutischen Prozess im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchführen sowie gezielt entwicklungsfördernde und gesundheitserhaltende Maßnahmen anbieten;
16. lebensbedrohende Zustände erkennen und die entsprechende Erste Hilfe leisten;
17. die berufliche Tätigkeit insbesondere bei freiberuflicher Berufsausübung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien entwickeln, gestalten und umsetzen.

Fachlich-methodische Kompetenzen des Logopäden oder der Logopädin

Die Absolventen oder Absolventinnen haben die fachlich-methodischen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung der Logopädie gemäß § 2 Abs. 6 MTD-Gesetz erworben.

Die Absolventen oder Absolventinnen haben gelernt, logopädische Kenntnisse und Fertigkeiten mit medizinischen Kenntnissen sowie Kenntnissen aus anderen relevanten Disziplinen über die Entwicklung von Sprache, Sprechen, Stimme, Hören und über Störungen und Behinderungen im Cranio-Facio-Oralen Bereich zum eigenverantwortlichen logopädischen Handeln zu verknüpfen, um diese zur Untersuchung und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Hör- und Schluckstörungen insbesondere in den Fachbereichen Audiologie, Chirurgie (Hals-Nasen-Ohren-, Kiefer-, Gesichts-, Neurochirurgie), Geriatrie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, innere Medizin, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Neuropädiatrie, Neurorehabilitation, Phoniatrie, Psychiatrie und Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde anzuwenden. Sie beherrschen die Arbeitsschritte des logopädischen Prozesses, die der Erhaltung, Förderung, Verbesserung, Anbahnung und Wiedererlangung der individuellen Kommunikationsfähigkeit in der Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie und Rehabilitation dienen. Mit Abschluss der Ausbildung haben die Absolventen und Absolventinnen eine berufsethische Haltung entwickelt, die ihr Tun und Handeln im medizinischen und gesellschaftlichen Kontext leitet.

Der Absolvent oder die Absolventin kann

1. nach ärztlicher Anordnung den logopädischen Prozess gemäß § 2 Abs. 6 MTD-Gesetz als Teil des medizinischen Gesamtprozesses durchführen; dieser umfasst die Arbeitsschritte Problemidentifizierung, Planung, Umsetzung sowie Qualitätssicherung, Evaluation, Dokumentation und Reflexion;

2. das gesundheitliche Problem des Patienten oder der Patientin erfassen, aus den bereits vorhandenen Befunden die logopädisch und audiometrisch relevanten Informationen erkennen und erforderlichenfalls mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin oder mit anderen zuständigen Personen Rücksprache über fehlende relevante Informationen halten;
3. die Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung erkennen und den Bezug zu den entsprechenden gesetzlichen Regelungen herstellen;
4. die Zuständigkeit anderer Gesundheitsberufe sowie sonstiger Berufe erkennen und im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten;
5. basierend auf der ärztlichen Diagnose, des logopädischen Anamnesegesprächs und den Ergebnissen der Informationsaufnahme hypothesengeleitet mittels berufsspezifischer Untersuchungsverfahren einen logopädischen Befund erstellen;
6. durch aktives Zuhören und Beobachten sowie durch Auswahl geeigneter spezifischer Untersuchungsmethoden die kommunikativen Fähigkeiten, Störungen und Behinderungen des Patienten oder der Patientin erfassen;
7. einen Therapieplan erstellen, therapeutische Ziele festlegen und den Therapieplan im Rahmen des logopädischen Prozesses durchführen;
8. Therapien nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen durchführen;
9. den Therapieplan mit dem Patienten oder der Patientin oder Angehörigen besprechen, auf individuelle Bedürfnisse abstimmen sowie den Patienten oder die Patientin zur Mitarbeit motivieren und anleiten;
10. den Verlauf der Intervention kritisch hinterfragen und auf den Patienten oder die Patientin abstimmen;
11. den Anforderungen des Qualitätsmanagements Rechnung tragen;
12. den Behandlungsverlauf dokumentieren, einen logopädischen Befundbericht formulieren sowie die Ergebnisse analysieren und auswerten;
13. logopädische Prozesse im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchführen sowie gezielt entwicklungsfördernde und gesundheitserhaltende Maßnahmen anbieten;
14. lebensbedrohende Zustände erkennen und die entsprechende Erste Hilfe leisten;
15. die berufliche Tätigkeit insbesondere bei freiberuflicher Berufsausübung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien entwickeln, gestalten und umsetzen.

Fachlich-methodische Kompetenzen des Orthoptisten oder der Orthoptistin

Die Absolventen oder Absolventinnen haben die fachlich-methodischen Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Durchführung des orthoptischen Prozesses gemäß § 2 Abs. 7 MTD-Gesetz erworben.

Die Absolventen oder Absolventinnen haben gelernt, orthoptische Kenntnisse und Fertigkeiten mit medizinischen Kenntnissen sowie Kenntnissen aus anderen relevanten Disziplinen zum eigenverantwortlichen orthoptischen Handeln zu verknüpfen, um diese insbesondere in den Fachbereichen Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Neuroophthalmologie, Ophthalmologie, Orthoptik, Optometrie, Pleoptik und Strabologie anzuwenden. Sie beherrschen die Arbeitsschritte des orthoptischen Prozesses in der Befundung und Beurteilung von funktionellen Erkrankungen der Augen und im Rahmen von Therapie und Rehabilitation zur Verbesserung von Funktionsstörungen des visuellen Systems. Mit Abschluss der Ausbildung haben sie eine berufsethische Haltung entwickelt, die ihr Tun und Handeln im medizinischen und gesellschaftlichen Kontext leitet.

Der Absolvent oder die Absolventin kann

1. nach ärztlicher Anordnung den orthoptischen Prozess gemäß § 2 Abs. 7 MTD-Gesetz als Teil des medizinischen Gesamtprozesses durchführen; der orthoptische Prozess umfasst die Arbeitsschritte orthoptische Anamnese, Aufklärung und Beratung, orthoptische Befundung und Beurteilung, Therapieumsetzung sowie Qualitätssicherung, Evaluation, Dokumentation und Reflexion;
2. das gesundheitliche Problem des Patienten oder der Patientin erfassen, aus den bereits vorhandenen Befunden die orthoptisch relevanten Informationen erkennen und und erforderlichenfalls mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin Rücksprache über fehlende medizinisch relevante Informationen halten; die Grenzen der eigenverantwortlichen Berufsausübung erkennen und den Bezug zu den entsprechenden gesetzlichen Regelungen herstellen;
3. die Zuständigkeit anderer Gesundheitsberufe sowie sonstiger Berufe erkennen und im multiprofessionellen Team zusammenarbeiten;
4. orthoptische Untersuchungsmethoden hypothesengeleitet anwenden, orthoptische Untersuchungsmaßnahmen technisch einwandfrei und individuell angepasst durchführen;
5. einen allgemeinen orthoptischen Status und erforderlichenfalls einen erweiterten orthoptischen Status durchführen sowie die Untersuchungsdaten dokumentieren;
6. aus den Untersuchungsergebnissen eine orthoptische Diagnose ableiten;
7. einen Therapieplan erstellen, therapeutische Ziele festlegen und geeignete orthoptische, pleoptische und optische Behandlungsmethoden sowie Adaptionmöglichkeiten oder Möglichkeiten zur Bewältigung des Alltags vorschlagen und durchführen;
8. Therapien nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen durchführen;
9. den Therapieplan mit dem Patienten oder der Patientin oder Angehörigen besprechen, auf individuelle Bedürfnisse abstimmen und den Patienten oder die Patientin zur Mitarbeit motivieren und anleiten;
10. den Hygieneanforderungen und den Anforderungen des Qualitätsmanagements Rechnung tragen;
11. den Behandlungsverlauf dokumentieren sowie die Ergebnisse analysieren und auswerten;
12. orthoptische Prozesse im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durchführen sowie gezielt entwicklungsfördernde und gesundheitserhaltende Maßnahmen anbieten;
13. lebensbedrohende Zustände erkennen und die entsprechende Erste Hilfe leisten;
14. die berufliche Tätigkeit insbesondere bei freiberuflicher Berufsausübung mittels organisatorischer und betriebswirtschaftlicher Prinzipien entwickeln, gestalten und umsetzen.

Sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstkompetenzen

Die Absolventen oder Absolventinnen haben sozialkommunikative Kompetenzen und Selbstkompetenzen wie insbesondere Kommunikationsfähigkeit, Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Rollendistanz, Frustrationstoleranz, Selbstbestimmungsfähigkeit, Selbstreflexionsfähigkeit, Gestaltungs- und Mitbestimmungsfähigkeit, Teamfähigkeit und professionelles Selbstverständnis für die Berufsausübung erworben.

Der Absolvent oder die Absolventin kann

1. die eigenen Fähigkeiten hinsichtlich fachlicher, organisatorischer, koordinierender sowie administrativer Berufsanforderungen realistisch einschätzen;
2. eigene Entscheidungen verantwortungsbewusst nach außen vertreten;
3. kommunikative und organisatorische Fähigkeiten, die für die Bewältigung komplexer interdisziplinärer Aufgaben erforderlich sind, umsetzen;
4. Informations- und Aufklärungsgespräche professionell führen und eine Vertrauensbasis zum Patienten oder zur Patientin oder den Angehörigen aufbauen;
5. kulturelle und religiöse Bedürfnisse, Lebensweisen und Werthaltungen berücksichtigen;
6. nach berufsrechtlichen, ökonomischen und ökologischen Grundsätzen arbeiten;
7. den Anforderungen des lebenslangen Lernens und der Fortbildungsverpflichtung unter dem Aspekt einer kontinuierlichen Anpassung an medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse gerecht werden, um die Qualität der Berufsausübung zu gewährleisten;
8. zur Weiterentwicklung des Berufs beitragen.

Wissenschaftliche Kompetenzen

Die Absolventen oder Absolventinnen haben wissenschaftliche Kompetenzen erworben, um Forschungsprozesse nachzuvollziehen und zu planen.

Der Absolvent oder die Absolventin kann

1. aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse im nationalen und internationalen Bereich recherchieren;
2. forschungsrelevante Fragestellungen aus dem berufsspezifischen Bereich formulieren;
3. relevante wissenschaftliche Forschungsmethoden auswählen und anwenden sowie die erhobenen Daten für die Beantwortung der Fragestellungen aufbereiten;
4. wissenschaftliche Erkenntnisse und Phänomene zur beruflichen und wissenschaftlichen Weiterentwicklung nutzbar machen.

Ausgewählte Forschungsprojekte

der Berufsgruppen der MTD in Kurzform

Biomedizinische Analytik

Alisa Coric, MSc

Messung der Moleküle der zellulären Uhr in Assoziation mit Alzheimer Demenz

Zirkadiane Rhythmen sind periodisch wiederkehrende Schwankungen mit einer Periode von annähernd 24 Stunden, die sich im Verhalten und in der Physiologie der meisten Lebewesen äußern. Sie werden durch autonome zelluläre Uhren kontrolliert, die auf den Tag-Nacht-Zyklus synchronisiert werden können. Das zirkadiane Uhrwerk ist hierarchisch organisiert, mit dem suprachiasmatischen Nucleus (SCN) im Hypothalamus als Zentralkern, der unzählige periphere Oszillatoren koordiniert. Das zirkadiane System besteht aus ineinandergreifenden transkriptionell/translatorischen Rückkopplungsschleifen, die die rhythmische Expression der Uhrgene *Period* (*Per*) 1-3, *Cryptochrome* (*Cry*) 1-2, *Clock*, *Bmal1* und zahlreicher sogenannter *clock-controlled Genes* (CCGs) bedingen. Heterodimere Komplexe der Proteine *CLOCK* und *BMAL1* fungieren als Aktivatoren der Transkription der *Per*- und *Cry*-Gene. Als Konsequenz steigt die Konzentration der Proteine *PER* und *CRY*, die sich zu Komplexen verbinden, in den Nucleus translozieren und dort die Aktivität von *CLOCK* und *BMAL1* unterbinden. Das hat die Repression ihrer eigenen Gene zur Folge. Das zirkadiane Uhrwerk reguliert vitale Prozesse und ist bedeutend für die Gesundheit des Organismus. Störungen der biologischen Rhythmen werden mit verschiedenen Erkrankungen, darunter auch Alzheimer Demenz (AD) assoziiert. Beobachtungen der gestörten Schlaf/Wach-Rhythmik bei Alzheimer-PatientInnen deuten auf eine Dysfunktion der zirkadianen Uhr hin. Auch infolge des Alterungsprozesses kommt es zu Veränderungen

des zirkadianen Systems, die die Physiologie und die Verhaltensweise des alternden Organismus beeinflussen.

In dieser Studie wurde die Expression der Uhrgene *Clock*, *Per1* und *Per2* aus Zellen des peripheren Blutes von 34 dementen PatientInnen, 76 gesunden 83-jährigen ProbandInnen und 54 jungen (im Durchschnitt 33-jährigen) Individuen analysiert. Beim Vergleich des erkrankten Kollektivs mit der gesunden Kontrollgruppe konnten signifikante Unterschiede der Genexpressionen von *Clock* ($p=0,00002$; 4,065-fach) und *Per2* ($p=0,000024$; 8,89-fach) beobachtet werden, aber keine Veränderungen der *Per1*-Expression ($p=0,530$). Des Weiteren wurden signifikant unterschiedliche Expressionen von *Clock* ($p=0,0083$, 0,382-fach) und *Per1* ($p=0,0001$; 0,036-fach) bei alten Individuen im Vergleich zur jungen Kontrollgruppe gefunden. Der altersabhängige Vergleich der *Per1*-Expression zeigte keinen signifikanten Unterschied ($p=0,191$). In dieser Studie konnten Veränderungen in der Expression der untersuchten Uhrgene gezeigt werden, die möglicherweise die gestörte Schlaf/Wach-Rhythmik bei Alzheimer-PatientInnen und alten Menschen reflektieren.

Diätologie

Daniela Grach

Evaluierung und Adaptierung des Verpflegungsangebots sowie des Ernährungsverhaltens der SchülerInnen an steirischen Fachschulen für Land- und Ernährungswirtschaft im Rahmen des Projekts „Jugend is(s)t in Bewegung“

Forschungsprojekt Diätologie, aus: Tagungsband Forschungsforum der österr. FH 2011, FH Campus Wien.

1 Einleitung

Die 22 steirischen Fachschulen für Land- und Ernährungswirtschaft (FSLE) gaben das Projekt „Jugend is(s)t in Bewegung“ in Auftrag, um ihre Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Gesundheit und seelisches Wohlbefinden sowohl auf Verhaltens- als auch Verhältnisebene zu erheben. Das Projekt wurde von der FH JOANNEUM wissenschaftlich begleitet und evaluiert, vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) gefördert sowie vom Land Steiermark und weiteren Projektpartnern unterstützt.

2 Fragestellung

In den FSLE wird das Mittagessen großteils von den SchülerInnen vor Ort täglich frisch gekocht. Eine Analyse des Verpflegungsangebots sollte anhand ernährungsphysiologischer [1,2] Erfordernisse und Einsatz regionaler, saisonaler Lebensmittel erfolgen. Darauf aufbauend sollte eine nachhaltige Adaptierung durchgeführt werden. Ein weiteres Ziel war die Evaluierung des individuellen Ernährungsverhaltens der SchülerInnen im ersten Schuljahr.

3 Vorgehen

Schwerpunkt: Analyse und Adaptierung des Verpflegungsangebots

Mittels Nährwertberechnungen (DGE-PC professional) wurden Speisepläne (à zehn Tage) von fünf Internatsschulen (Tagesverpflegung) und sechs Tagesschulen (Vormittags-, Mittagsverpflegung) hinsichtlich den Ernährungsempfehlungen für Jugendliche [2] sowie den „10 Regeln der DGE“ [1] analysiert, wobei zwei unterschiedliche Saisonen berücksichtigt wurden. Nach der Ergebnispräsentation im September 2009 fanden drei Workshops

statt, an denen jede Schule teilnahm. Ziel war es, Verbesserungsmöglichkeiten in einem Team von SchülerInnen (Peers), Lehrerinnen, Küchenteam, Wirtschafts- und Schulleitung zu erarbeiten und nachhaltig in den einzelnen Schulen umzusetzen. Ein Erfahrungsaustausch sowie ein angeleiteter Reflexionsprozess aller Schulen fand im März 2010 statt. Die Schulen selbst führten halbjährliche Maßnahmendokumentationen durch. Zur Evaluierung des individuellen Ernährungsverhaltens fand zu Beginn und Ende des ersten Schuljahres eine Befragung der SchülerInnen mittels Online- Fragebogen statt. Die Fragen wurden großteils der Studie „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ entnommen.

4 Ergebnisse

Die Analyse der Speisepläne ergab folgende Schwerpunkte und Optimierungsmöglichkeiten: Die Reduktion des Fettanteils (39%), gesättigter Fettsäuren (17%) und eine vermehrte Zufuhr an Omega-3-FS konnte durch Reduzierung von Schlagobers und Butter sowie Verwendung von Rapsöl erfolgreich umgesetzt werden. Der Kohlenhydratanteil (45%) wurde mit Vollkornprodukten (Ballaststoffe, Folsäure) erhöht. Aufgrund der Abneigung vieler SchülerInnen gegenüber Gemüse- und Fischspeisen wurden diese zu selten in die Speisepläne eingebaut. Gemeinsam wurden Möglichkeiten gefunden, das zu ändern, wobei regionale Fische bevorzugt werden. Milchprodukte (Kalzium), Nüsse und Obst wurden als tägliche Zwischenmahlzeiten implementiert. Das Angebot an regionalen und saisonalen Lebensmitteln konnte als gut bewertet werden. Zu Projektende hatten darüber hinaus 21 Schulen spezielle Angebote, um den Obst-, Gemüse- und Wasserkonsum zu steigern, sowie ein Frühstücksangebot für externe SchülerInnen. Bei der Erhebung des individuellen Ernährungsverhaltens konnte eine Verbesserung bezüglich des Konsums von Gemüse, Milchprodukten, Obst, Limonaden, Fast Food und Süßigkeiten festgestellt werden.

5 Conclusio

Schulen können durch ein bedarfsgerechtes Essensangebot gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen schaffen. Die Erarbeitung von Optimierungsmöglichkeiten im Team sowie Partizipation, Bedarfsorientierung, Leadership (zuständige Fachinspektorin), Vernetzung zwischen

den Schulen und zu externen PartnerInnen sowie die Anschlussfähigkeit der gewählten Inhalte sind hierbei wesentlich.

6 Kontakt

Daniela Grach, daniela.grach@fh-joanneum.at,
+43/316/5453/6763

Literaturverweise

- [1] DGE: Download vom 24.02.2011, <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=15>Beispiel.
[2] Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2008): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Umschau/Braus, Frankfurt am Main.

Ergotherapie

Priv. Doz. Dr. Tanja Stamm PhD, MSc, MBA

GOBI – Gender Occupational Balance and Immunology

Forschungsfelder: Handlungswissenschaft – Occupational Science; Qualitative Studien; Outcomes Research; WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF); Extended roles

Projekte-Kooperationen:

- 1) MedUni Wien – FH Campus Wien, Projekt: GOBI – Gender, Occupational Balance and Immunology – Dissertation von Alexa Binder, MSc, Mona Dür, MSc und Mag. Schoenthaler
- 2) MedUni Wien – FH Campus Wien, EU-Projekt: EU-MUSCNet – Masterthesis von Michaela Stoffer
- 3) MedUni Wien – FH Campus Wien, Projekt: Extended roles of health professionals – RCT
- 4) MedUni Wien, Projekt: Alltagsfunktion aus Patientenperspektive bei chronischen Autoimmunerkrankungen
- 5) FH Campus Wien: Mini-Forschungsprojekte zu Instrumenten, der Effektivität von Hausbesuchen sowie qualitativen Studien aus den Masterthesen

Das ist das deutsche Abstract von GOBI – Gender, Occupational Balance and Immunology (FWF-Projekt):

Hintergrund:

Betätigungswissenschaft ist eine neue, sich schnell entwickelnde wissenschaftliche Disziplin, die sich der Erforschung von Menschen als „tätige Menschen“ widmet. Betätigung (englisch: occupation) wird in diesem Zusammenhang nicht mit bezahlter Arbeit gleichgesetzt, sondern als zielgerichtete Aktivität verstanden, die für jeden Lebensabschnitt charakteristisch ist und die typischerweise auch im Zeitablauf eines Tages variiert. Ein Schlüsselkonzept in der Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Betätigung und Gesundheit könnte die sogenannte „Betätigungsbalance“ sein. „Betätigungsbalance“ ist ein umfassenderes Konzept als die vielfach bekannte „work-life-balance“, die bezahlte Arbeit betont und für Menschen, die keiner bezahlten Arbeit nachgehen oder nachgehen können, nicht relevant sein mag,

wie zum Beispiel Menschen mit chronischen Erkrankungen. Es besteht allerdings ein Mangel an empirischen Daten über das Konzept der Betätigungsbalance im Allgemeinen als auch darüber, inwieweit Betätigungsbalance mit biologischen Faktoren in gesunden und chronisch kranken Menschen korreliert. Geschlechtsspezifische Aspekte von Betätigungsbalance könnten außerdem in der Beratung hinsichtlich gesundheitsförderlicher Aktivitäten und in der Karriereplanung von Menschen mit chronischen Autoimmunerkrankungen wichtig sein. Außerdem können Geschlechtsunterschiede und Geschlechtsidentitäten den Verlauf und die Behandlung von chronischen Autoimmunerkrankungen beeinflussen.

Zielsetzung:

In diesem Projekt soll ein möglicher Zusammenhang zwischen den Erfahrungen von Menschen hinsichtlich einer möglichen Betätigungsbalance, von Geschlechtsidentität, biologischen und immunologischen Variablen und dem Verlauf von chronischen Autoimmunerkrankungen untersucht werden.

Methode:

Drei Studien werden durchgeführt. (i) In einer qualitativen Studie am Beginn des Projekts werden mittels biographisch-narrativer Methodik die Lebensgeschichten von Menschen mit rheumatoider Arthritis (RA), Sclerodermie (SSc), Systemischem Lupus Erythematosus (SLE) und M. Crohn (CD) und sogenannten „gesunden“ Menschen ohne chronische Erkrankung erhoben und hinsichtlich einer möglichen Erfahrung von Betätigungsbalance, geschlechtsspezifischen Unterschieden sowie der Erfahrung von Zeit und Betätigungskarriere untersucht. (ii) Aus den Resultaten dieser qualitativen Studie wird ein Fragebogen zu Betätigungsbalance entwickelt, in einer Pilotstudie getestet, rasch analysiert und wenn möglich urheberrechtlich geschützt. (iii) Die dritte Teilstudie des Projekts besteht aus einer Befragung und Erhebung von biologischen und immunologischen Variablen und dem Verlauf der chronischen Erkrankung über sechs Monate bei insgesamt 500 Personen, um einen möglichen Zusammenhang zwischen Betätigungsbalance, Geschlecht und biologischen und immunologischen Variablen und dem Verlauf der Erkrankung zu untersuchen.

Logopädie

L. Holzer, G. Newesely, V. Weichbold, P. Zorowka, K. Stephan

Sekundäre Prävention von Hörstörungen

Forschungsprojekt Logopädie, aus: Tagungsband Forschungsforum der österr. FH 2011, FH Campus Wien. (Mit schriftlichem Einverständnis des Erstautors)

Kurzfassung/ Abstract:

Zur Vorbereitung eines flächendeckenden Hörscreenings bei 14-jährigen Jugendlichen in Tirol wurde 2010 in einem Pilotprojekt (audio14 Tirol) in fünf Schulen ein freiwilliger Hörtest mit mobilen Audiometern durchgeführt. Zusätzlich wurden Angaben zu Musikkonsum und eventuell aufgetretenen Ohrgeräuschen erhoben. Von 261 Jugendlichen nahmen 195 (75 %) am Projekt teil. 16 % zeigten ein auffälliges Screening-Ergebnis, 5 % der Jugendlichen gaben chronische oder gelegentlich auftretende Ohrgeräusche an.

1 Einleitung

Österreichweit sind nach dem Neugeborenen-Hörscreening ([1], [2]) keine weiteren flächendeckenden präventiven Höruntersuchungen für EinwohnerInnen vorgesehen. In Pflichtschulen wird im Rahmen der schulärztlichen Untersuchung lediglich die Hörweite überprüft. Hinweise für eine allgemein zunehmende Lärmexposition ([3], [4]) veranlassten das Land Tirol, bei Jugendlichen der achten Schulstufe im Alter von ~14 Jahren das Hörvermögen in Form eines Siebttests (Hörscreening) zu überprüfen. Nach Schulrecht ist eine zusätzliche apparativ gestützte Höruntersuchung erst nach Einwilligung der Erziehungsberechtigten im Rahmen der Autonomie der jeweiligen Schule möglich. Mit dem Pilotprojekt „audio14 tirol“ sollten erste Daten hinsichtlich Erreichbarkeit, Akzeptanz, Durchführung und Kosten eines Hörscreenings zur sekundären Prävention von Hörstörungen gewonnen werden. Hochgerechnet auf ein tirolweites Hörscreening (9.000 Jugendliche) ergibt sich ein Aufwand von ~1800 Arbeitsstunden pro Jahr.

2 Methode

- (1) In fünf Schulen der Stadt Innsbruck erfolgte bei 195 von 261 Jugendlichen nach Einverständnis ihrer Erziehungsberechtigten eine Überprüfung des Hörvermögens in einem störschallarmen Arbeitsraum.
- (2) Pro Ohr wurde das Hörvermögen für fünf Frequenzen bei fixem Schallpegel (500 Hz: 25 dB HL; 1000, 2000, 4000, 6000 Hz: 20 dB HL) überprüft. Geräte: mobile Audiometer Interacoustics AS 608.
- (3) TeilnehmerInnen aus dem FH-Studiengang Logopädie (Semester fünf) mit nachgewiesener Qualifikation für audiometrische Untersuchungen führten die Hörmessungen durch.
- (4) Die Ergebnisse wurden in anonymisierter Form dokumentiert.
- (5) Vor oder nach der Hörmessung füllten die Jugendlichen einen einheitlichen Fragebogen mit acht Items zu den Gewohnheiten individueller Schallexposition (Musik) aus. Die Ergebnisse dieses Fragebogens wurden mit den Ergebnissen der Hörmessung verglichen, um erste Zusammenhänge zu erfassen.
- (6) Die SchuldirektorInnen erhielten ein Empfehlungsschreiben, Erziehungsberechtigte eine Information über Ablauf und Zweck der Hörmessungen.

3 Ergebnisse

Von den Jugendlichen der achten Schulstufe (n=261) akzeptierten 195 (75%) eine freiwillige Hörmessung (durchschnittliche Dauer: 4 Minuten). Knapp 16% zeigten ein auffälliges Ergebnis (Test-Fails). Männliche Jugendliche waren signifikant mehr auffällig als weibliche Jugendliche. Ca. 5% der Jugendlichen gaben chronische oder gelegentlich auftretende Ohrgeräusche (Tinnitus) an, männliche Jugendliche waren häufiger von Tinnitus nach stärkerer Schallexposition betroffen. Die Test-Fails erhielten die Empfehlung, das Hörvermögen bei einem/einer FachärztIn für HNO-Heilkunde untersuchen zu lassen. Die Zahl der tatsächlich durchgeführten Nachuntersuchungen ist derzeit nicht bekannt.

4 Ausblick

1. Für 2011 ist die Ausweitung der Hörmessungen auf 50 Schulen in Tirol (ca. 3.000 Jugendliche der achten Schulstufe im Alter von ~14 Jahren) geplant. Zur sekundären Prävention von Hörstörungen in dieser

Altersgruppe ist langfristig ein flächendeckendes Hör-screening in Tirol sinnvoll.

2. Korrelationen zwischen den Fragen zur Lärmexposition bei Musik und dem Auftreten von Test-Fails im Hörscreening können sichtbar werden.
3. Einen positiven Screeningbefund nehmen Erziehungsberechtigte eigenverantwortlich zum Anlass, eine HNO-fachärztliche Abklärung zu suchen.

5 Literatur

- [1] Welzl-Müller, Kunigunde (1998): Neugeborenen-Hör-screening: Siebtest nach Hörstörungen bei Neugeborenen. In: HNO, Vol. 46/8, S. 704-707.
- [2] Weichbold, Viktor; Nekahm-Heis, Doris; Welzl-Müller, Kunigunde (2005): Zehn Jahre Neugeborenen-Hör-screening in Österreich. Eine Evaluierung. In: Wiener klinische Wochenschrift, Vol. 117/18, S. 641-646.
- [3] Plontke, Stefan K.; Zenner, Hans-Peter (2004): Aktuelle Gesichtspunkte zu Hörschäden durch Berufs- und Freizeitlärm. In: Laryngo-Rhino-Otologie, Vol. 83, Suppl. 1, S. 122-164.
- [4] Weichbold, Viktor; Zorowka, Patrick (2002): Der Einfluss der Information über Gehörgefährdung durch laute Musik. In: HNO, Vol. 50, S. 560-564.

6 Kontakt:

L. Holzer, G. Newesely, fhg-Zentrum für Gesundheitsberufe GmbH, Innrain 98, A-6020 Innsbruck
 V. Weichbold, P. Zorowka, K. Stephan, Universitätsklinik für Hör-, Stimm- und Sprachstörungen, Medizinische Universität Innsbruck, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Orthoptik

Ruth Elisabeth Resch

Untersuchung des Einflusses von Hypoakkommodation auf die Augenbewegungen beim kurz- und langfristigen Lesen von Sätzen und Scannen von Konsonantenstrings.

Orthoptisten und Orthoptistinnen haben in Österreich bisher kaum eigenständige Forschungsprojekte umgesetzt. Im Rahmen der Umstellung der Ausbildung auf den tertiären Sektor besteht für Fachhochschulstudiengänge ein genereller Forschungsauftrag. Aufgrund der nötigen Akademisierung der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen in Lehre und Forschung können erst seit kurzem erste Schritte in der Forschung gesetzt werden. Das im Folgenden dargestellte Eye-Tracking-Experiment wird von Fr. R. E. Resch (Fachhochschule Salzburg) im Rahmen ihrer Diplomarbeit (Psychologie/Naturwissenschaftliche Fakultät Salzburg) umgesetzt und wird voraussichtlich Ende 2011 abgeschlossen werden.

Studie

Hintergrund

Im klinischen orthoptischen Alltag zeigt sich, dass Personen mit Hypoakkommodation und Personen mit Legasthenie teilweise ähnliche Leseproblematiken aufweisen. Bisher wurden die Augenbewegungen Hypoakkommodativer noch nicht umfassend mittels Eye-Tracking analysiert.

Ziel der Studie ist es, die Veränderungen der Augenbewegungen hypoakkommodativer Personen aufzuzeigen.

Methode

Die Augenbewegungen von 12 Hypoakkommodativen und 12 augengesunden, gematchten Kontrollpersonen werden bei einer Leseaufgabe (Radner-Sätze) und einer Screeningaufgabe (Konsonantenstrings) aufgenommen. Nach einer 30-minütigen okulären Belastungsaufgabe am PC erfolgt eine Messwiederholung. Neben den Augenbewegungsparametern werden auch das Leseverständnis und die allgemeinen Lesefähigkeiten der ProbandInnen vor und nach okulärer Belastung erhoben. Eine Konfundierung der Daten durch ADHD,

Legasthenie oder okuläre Beschwerden anderer Ursache wird durch sehr rigide Ausschlusskriterien vermieden.

Erwartete Ergebnisse

Aus orthoptischer Sicht erscheint es wesentlich zu untersuchen, ob bzw. dass die beobachteten und subjektiv beschriebenen Leseprobleme erst nach längerer Lesedauer auftreten und dass sie aufgrund der okulären Ursache bei jeglicher Sehaufgabe (Lesetext vs. Konsonantenstrings) vorkommen. Dies würde weiters eine klarere Differenzierung zwischen Personen mit Hypoakkommodation bzw. mit Legasthenie erlauben. Neben den angestrebten Ergebnissen aus dem Eye-Tracking-Experiment werden auch die orthoptischen Diagnostikkriterien und Untersuchungsmethoden bei Hypoakkommodation kritisch beleuchtet und ein Anamnesebogen sowie ein standardisierter okulärer Belastungstest mit anerkannten Tests entwickelt.

Physiotherapie

Mag. Nicole Muzar

Studie zur Qualitätssicherung in der Physiotherapie

Qualität ist im Gesundheitswesen zu einem zentralen Thema geworden. Dies zeigt sich in den steigenden Anforderungen an die Berufsausübung vieler Gesundheitsberufe, so auch der PhysiotherapeutInnen, und an die damit verknüpfte erforderliche Qualitätssicherung sowie das Qualitätsmanagement, die immer mehr integrierter Bestandteil der gesetzlichen Auflagen werden. Diese Entwicklung wird neben den Regelungen in den Berufsgesetzen, wie dem MTD-Gesetz (Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste) u.a., auch aus dem aktuellen Regierungsprogramm und dem Gesundheitsreformgesetz, inkl. Gesundheitsqualitätsgesetz von 2005, deutlich. Die Qualitätssicherung ist jedoch nicht nur ein gesetzlich geregeltes Erfordernis, sondern bietet dem/der einzelnen AkteurIn des Gesundheitswesens Wettbewerbsvorteile und ist unabdingbare Voraussetzung für eine optimale PatientInnenbetreuung.

Studie

Zur Evaluierung der aktuellen Situation der Qualitätssicherung in der Physiotherapie in Österreich bezogen auf die freiberufliche Berufsausübung wurde 2008 eine Studie durchgeführt. Neben der Erhebung des Status quo wurden aus den Ergebnissen Handlungsempfehlungen abgeleitet, um die PhysiotherapeutInnen in der Integration und Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen unterstützen zu können.

Auf Basis einer Literaturrecherche wurden die Grundlagen der Qualitätssicherung, insbesondere in Bezug auf die Physiotherapie erarbeitet. Von gesetzlichen Rahmenbedingungen als auch bestehenden Standards und Empfehlungen der Berufsvertretung sowie internationaler Verbände wurden Indikatoren abgeleitet, die zu Indikatorensets bzw. Kriterien der Qualitätssicherung zusammengefügt wurden.

Kriterien der Qualitätssicherung in der freiberuflichen Berufsausübung

Folgende Kriterien der Qualitätssicherung in der freiberuflichen Berufsausübung wurden definiert:

1. Interdisziplinäre Zusammenarbeit
2. Praxisräumlichkeiten und Ausstattung
3. Physiotherapeutischer Prozess
4. Dokumentation
5. PatientInnenkommunikation und Geschäftsgebarung
6. Weiterbildungen

Diese Kriterien wurden im Rahmen einer Online-Umfrage in der Praxis überprüft. Aus den Ergebnissen wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Durchführung der Umfrage

Mitte Jänner 2008 wurde per E-Mail ein Link zur Umfrage an 3.916 Mitglieder von Physio Austria versandt. Auf Grund einer fehlenden Registrierungspflicht musste die Umfrage auf die Mitglieder des Berufsverbands Physio Austria, Bundesverband der PhysiotherapeutInnen, beschränkt werden.

Der Fragebogen umfasste 48 vorwiegend geschlossene Fragen zu den oben dargestellten Qualitätskriterien und zu demographischen Daten sowie allgemeine Fragestellungen zum Thema Qualität und Qualitätssicherung. Mit Ende der Umfrage lagen die Daten von 966 abgeschlossenen Umfragen vor, womit die Rücklaufquote bei 24,67 % liegt. Für die Auswertung konnten nach Entfernung fehlerhafter Datensätze als auch der Antworten von ausschließlich angestellt tätigen PhysiotherapeutInnen 704 Datensätze herangezogen werden.

Das Durchschnittsalter der Stichprobe beträgt 37,8 Jahre. 80,5% der ProbandInnen waren weiblich, 19,5 % männlich, was mit einer Abweichung von 0,5% der geschlechterspezifischen Verteilung der bei Physio Austria freiberuflich gemeldeten Mitglieder entspricht.

Ergebnisse, Handlungsempfehlungen und deren Umsetzung

Die Ergebnisse zeigen, dass vor allem die strukturellen Rahmenbedingungen in hohem Maße erfüllt werden, jedoch vor allem im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität noch Entwicklungspotenzial vorhanden ist. Zu den Qualitätskriterien, deren Erfüllung noch verbessert werden soll, zählen u.a. die interdisziplinäre Zusammenarbeit, Aspekte der Dokumentation sowie der PatientInnenkommunikation und Geschäftsgebarung. Die Auswertung der Umfrage zeigte, dass verschiedene Indikatoren der Praxisausstattung als auch der interdisziplinären Zusammenar-

beit und Kommunikation hinsichtlich gemeinsam betreuter PatientInnen im Rahmen von interdisziplinären Gemeinschaftspraxen einen höheren Erfüllungsgrad aufweisen.

70,5 % der UmfrageteilnehmerInnen (496 Personen) haben angegeben, dass Sie an weiteren Informationen zum Thema interessiert sind. Das größte Interesse liegt dabei bei Fachartikeln/Fachzeitschriften (73,8%) und Informationen im Internet (69,2%).

Die Autorin hat die Ergebnisse der Studie dem Vorstand von Physio Austria vorgestellt und mit diesem diskutiert. So wurden seit Abschluss der Studie bereits einige Handlungsempfehlungen umgesetzt und Schritte in der Qualitätsarbeit unternommen (siehe unten).

Diskussion

Die rege Teilnahme an der Umfrage zeigt ein großes Interesse der Berufsangehörigen am Thema. Die Rückmeldungen waren dennoch ambivalent und reichten von Gratulationen dazu, sich des Themas anzunehmen, Dank für die Anregung zur Selbstevaluation bis hin zu Bedenken der Bürokratisierung des Berufs und des fehlenden Praxisbezugs. Dies macht den unterschiedlichen Zugang zum Thema Qualitätssicherung deutlich. Aus diesem Grund ist es erforderlich, einem breiten Spektrum an PhysiotherapeutInnen verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten und ein breites Verständnis dafür zu schaffen, dass Qualitätssicherung viele Maßnahmen umfasst, die untrennbar mit der Berufsausübung in Verbindung stehen, jedoch möglicherweise nicht als Maßnahmen der Qualitätssicherung wahrgenommen werden. Qualitätssicherung kann jedoch nicht aufoktroiert werden, sondern muss von den Berufsangehörigen selbst, aus deren beruflichem Selbstverständnis heraus, umgesetzt werden, um langfristig Wirkung zu zeigen. Dies unterstreicht auch Donabedian (2003, S. 30) indem er sagt: „[...] the more important and meaningful activities are those that the providers of care establish and carry out themselves as part of their own responsibility to provide good care“.

Die Förderung der Qualitätssicherung in der Physiotherapie stärkt nicht nur die Berufsgruppe selbst, sondern dient vor allem den KonsumentInnen, nämlich PatientInnen und KlientInnen.

Nicht berücksichtigt werden konnten im Rahmen dieser Studie die Thematik der Qualitätssicherung

angestellt tätiger PhysiotherapeutInnen oder auch die Berücksichtigung der Thematik der Qualitätssicherung in der Physiotherapie im Rahmen der Ausbildung. Hier ist noch viel Raum für zukünftige Forschungsprojekte gegeben.

Die Zeit nach der Studie – Umsetzung von Handlungsempfehlungen

Seit Abschluss der Studie im Herbst 2008 wurden von Physio Austria bereits einige, von der Studienautorin aufgrund der Umfrageergebnisse erarbeiteten Handlungsempfehlungen diskutiert und umgesetzt und Initiativen zur Förderung der Qualitätsarbeit gesetzt. Im Folgenden ein Auszug der Aktivitäten:

- Mit Erscheinen des „inform“, der Mitgliederzeitschrift von Physio Austria, zum Schwerpunktthema „Qualität in der Physiotherapie“ im Februar 2009 wurde der Handlungsempfehlung nachgegangen, über die Mitgliederzeitschrift zum Thema Qualitätssicherung zu informieren um damit möglichst viele Berufsangehörige zu erreichen. Seither werden regelmäßig Beiträge zur Thematik in den Medien von Physio Austria veröffentlicht. Darunter Beiträge zur Nomenklatur, Best-Practice-Beispiele, Modell eines Selbstevaluierungsinstruments für die freie Praxis, Hinweise auf Assessment Tools etc.
- Neuübersetzung und Veröffentlichung der Ethischen Grundsätze des WCPT
- Neuübersetzung und Veröffentlichung der Europäischen Kernstandards für die Physiotherapeutische Praxis und des zugehörigen Audit Tools
- Neuübersetzung und Veröffentlichung der Europäischen Physiotherapie Leistungsstandards
- Einrichtung des Physio Austria „Qualitätszirkels Freiberufliche“, u.a. zur Entwicklung von allgemein gültigen Qualitätskriterien in der freiberuflichen Berufsausübung
- Kursangebote zum Thema Qualitätssicherung in der Physiotherapie über das Physio Austria-Bildungsreferat

Quelle zu Zitat:

Donabedian, A.: An Introduction to Quality Assurance in Health Care, Oxford University Press, 2003

Radiologietechnologie

DI (FH) Stephanie Fischer

Projekt Generation Innovation Region

Die Reise durch meinen Körper – ein unbekanntes Bilderbuch

Die Fachhochschule Wiener Neustadt präsentiert Wissenschaft völlig neu – spannend, informativ und kinderleicht zu verstehen. So soll schon im Kindergartenalter Interesse für Naturwissenschaften und Technik geweckt werden.

Wie sieht es in meinem Körper aus? Wo sitzt das Herz? Wo das Hirn? Und woran erkenne ich, dass etwas in mir nicht in Ordnung ist? Das Projekt, mit dem die Fachhochschule auf diese und noch viel mehr Fragen Antwort gibt, heißt „Die Reise durch meinen Körper“ und läuft im Rahmen von „Generation Innovation“: „Unser Ziel ist es, bei Kindern und Jugendlichen damit das Interesse für Naturwissenschaften und Technik zu wecken“, sagt DI (FH) Stephanie Fischer, Mitarbeiterin im Studiengang Mechatronik/Mikrosystemtechnik. Sie hat dieses Projekt in Zusammenarbeit mit den Studiengängen Radiologietechnologie und MedTech entwickelt.

Einblicke in den Körper gibt es bis Ende des Schuljahres, also noch bis Juni 2011. Dabei werden bekannte Methoden, wie das Erstellen von Röntgenbildern oder das Aufnehmen von Computertomografien ebenso gezeigt wie das Erkennen und Behandeln von Krankheiten. „Wissen wird nicht nur in Vorträgen und Exkursionen, sondern auch hautnah vermittelt“, so Fischer. Kinder können ihre Teddys röntgen lassen oder mit moderner Software Bilder bearbeiten.

Die im Projekt angebotenen Aktivitäten sollen helfen, Berührungsängste und Vorurteile gegenüber moderner Gerätetechnik in der Radiologie abzubauen und ein positives Bewusstsein für dieses Themengebiet zu schaffen. Projektpartner sind der Landeskindergarten Bad Fischau-Brunn, die Volksschule Felixdorf, das BRG Gröhrmühlgasse, das BORG Wiener Neustadt und das BG Zehnergasse. Unterstützt wird es vom Landeskrankenhaus Wiener Neustadt, ebG MedAustron und der Abteilung Nuklearmedizin des AKH Wien

Rückfragehinweis:

DI (FH) Stephanie Fischer, Tel: +43 2622 890 84-215;
E-Mail: stephanie.fischer@fhwn.ac.at
<http://www.fhwn.ac.at/desktopdefault.aspx?pageid=1913>

Dieses Projekt wird unterstützt vom Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie, Generation Innovation und der Forschungsförderungsgesellschaft FFG.



mtd.austria

Dachverband der
gehobenen medizinisch-
technischen Dienste
Österreichs

MTD-Austria
Grüngasse 9 / Top 20
A-1050 Wien
office@mtd-austria.at
www.mtd-austria.at

