



# HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

A-1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 DVR 0024279  
 VORWAHL Inland: 01, Ausland: +43-1 TEL. 711 32 / Kf. 1211 TELEFAX 711 32 3775

Zl. 12-REP-43.00/11 Sd/Ht

Wien, 6. Mai 2011

An das  
 Bundesministerium für **Gesundheit**

**Per E-Mail**

An das  
 Präsidium des Nationalrates

**Per E-Mail**

**Betr.:** Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe  
 (MAB-Gesetz) u. a.

**Bezug:** Ihr E-Mail vom 8. April 2011,  
 GZ: BMG-92257/0013-II/A/2/2010

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt wie folgt Stellung:

Das Gesetzesvorhaben wird vor dem Gesichtspunkt einer Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen begrüßt. Eine höhere Qualifikation der medizinischen Assistenzberufe wird allerdings ein höheres Gehaltsniveau dieser Berufsgruppen bewirken. Bei Vertragspartnern der Sozialversicherung bzw. Vertragsgruppenpraxen ist zu erwarten, dass erhöhte Kosten über Honorarforderungen auf Patienten und deren Versicherungen überwältzt werden.

Für die soziale Krankenversicherung darf es jedenfalls durch die Neugestaltung sowie die Aufnahme einer weiteren Berufsgruppe (Sportwissenschaftler) in den therapeutischen Bereichen zu keinen zusätzlichen finanziellen Belastungen kommen.

## **Zu Art. 1 - §§ 4 bis 11 MAB Gesetz**

Festzuhalten ist, dass die einzelnen Berufsbilder von der derzeitigen Ausbildung und tatsächlichen Verwendung abweichen.

Bei den neu geschaffenen Assistenzberufen ist die Bezeichnung der einzelnen Berufsgruppen nachvollziehbar. Für die Praxis wäre aber eine Kurzbezeichnung wünschenswert, die dann auch zwingend z. B. auf Namensschildern oder in Organigrammen zu verwenden wäre. Die Bezeichnung als „Diplomierte medizinische Fachkraft“ scheint aufgrund der Verwechslungsmöglichkeit zur weniger qualifizierten „Medizinisch-technischen Fachkraft (MTF)“ eher ungeeignet und es wäre dem zur Diskussion gestellten Titel der „Diplomierten medizinischen Fachassistenz“ der Vorzug zu geben.

Den Erläuterungen ist allerdings zu entnehmen, dass die Möglichkeit weiterhin besteht, sich zur Mithilfe Hilfspersonen gemäß § 49 Abs. 2 ÄrzteG zu bedienen, wenn diese nach ihren genauen Anordnungen und unter ihrer ständigen Aufsicht handeln.

Da es sohin keine Verpflichtung gibt, entsprechend ausgebildete Mitarbeiter in den Ordinationen anzustellen, ist in diesem Zusammenhang zu erwarten, dass auch künftig „angelerntes“ Personal für Hilfstätigkeiten herangezogen wird und damit der Qualitätsaspekt weiterhin unberücksichtigt bleibt.

## **Zu Art. 1 - § 4 Abs. 2 MAB Gesetz**

Die Bestimmung lässt einige Fragen offen:

Der Begriff „teamhafte Zusammenarbeit“ wäre zu konkretisieren. Ist es dafür erforderlich, dass ein Arzt im Team ist bzw. liegt „teamhafte Zusammenarbeit“ vor, wenn Leistungen an Angehörige der medizinischen Assistenzberufe delegiert werden?

Setzt die (durch die Bestimmung des zweiten Satzes den Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Diensten oder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eingeräumte) Aufsichtsbefugnis voraus, dass die „teamhafte Zusammenarbeit“ in einer Einrichtung erfolgt, die unter Leitung bzw. Verantwortung eines Arztes steht (insbesondere Krankenanstalt, Arztpraxis oder Gruppenpraxis)? Dies würde bedeuten, dass Praxen von freiberuflich tätigen Biomedizini-

schen AnalytikerInnen, PhysiotherapeutInnen bzw. RadiologietechnologInnen (vgl. § 17 Z 4) von dieser Bestimmung ausgenommen sind, sofern dort kein Arzt die Anordnungen trifft bzw. die Aufsicht ausübt.

Weiters geht aus der Bestimmung nicht klar hervor, ob für die Ausübung der Aufsicht im Rahmen einer „teamhaften Zusammenarbeit“ auch eine ärztliche Anordnung erforderlich ist.

Der Entwurf enthält keine Regelung zur Dokumentationspflicht. Zumindest hinsichtlich der Durchführung von Tätigkeiten wäre klarzustellen, dass die Dokumentation dem Aufsichtsberechtigten obliegt. Darüber hinaus wäre die Dokumentation des „wer, was, wann“ auch bei den Assistenzberufen begrüßenswert.

Da die medizinischen Assistenzberufe nur unter Aufsicht bzw. nur nach Anordnung und Anleitung ausgeübt werden dürfen, muss es aufgrund der neuen Ausbildung bzw. Qualifikation der medizinischen Assistenzberufe nicht unbedingt zu einer Personalreduktion in den Berufsgruppen, die zur Anordnung und Aufsicht berechtigt und verpflichtet sind, kommen.

#### **Zu Art. 1 - § 9 Abs. 2 Z 2 MAB-Gesetz**

In der Praxis ist aus medizinischer Sicht zu beachten, dass korrekte Laborwerte u. a. eine ordnungsgemäß durchgeführte Blutentnahme voraussetzen. Insbesondere hängt die Richtigkeit der Messergebnisse von einer lege artis durchgeführten Blutstauung ab. Diese Tätigkeit sollte daher weiterhin diplomiertem Pflegepersonal (§ 15 Abs. 5 GuKG) vorbehalten bleiben; dies umso mehr, als in den Erläuterungen dazu festgehalten wird, dass eine Aufsicht durch den Arzt einzelfallbezogen unterschiedliche Ausgestaltungen, von der „Draufsicht“ bis zur nachträglichen Kontrolle haben kann.

Im Ergebnis treten wir daher für eine Streichung des § 9 Abs. 2 Z 2 ein.

#### **Zu Art. 1 - § 10 MAB-Gesetz**

Beim Berufsbild Rehabilitationsassistenz ist nach dem vorgeschlagenen Text und den dazu ergangenen Erläuterungen die Durchführung von Heilmassagen nicht vom Berufsbild umfasst, da diese Tätigkeiten von den mit dem MMHmG geschaffenen und speziell dafür ausgebildeten Gesundheitsberufen medizinischer Masseur und Heilmasseur abgedeckt werden.

Auch im Bereich der Elektro- und der Ultraschalltherapie bestehen Überschneidungen der Berufsbilder Rehabilitationsassistenten und medizinischer Masseur. Unklar ist, ob dies beabsichtigt ist.

Weiters wäre anzumerken, dass die Formulierung „*das medizinische Muskel- und Gehtraining*“ (Abs. 5) zu unbestimmt ist, da - von Gymnastik bis zu komplexen Trainingsmethoden - relativ viel unter dieser Begriffsbestimmung subsumiert werden kann (z. B. auch die Aufsicht bei einfacher Gymnastik oder einfaches Koordinations-, Gleichgewichts- und Ausdauertraining in der Gruppe?).

### **Zu Art. 1 - § 11 MAB-Gesetz**

Das Berufsbild Röntgenassistenten wirft im Zusammenhang mit der demonstrativen Aufzählung in Abs. 2 die Frage auf, ob die Anfertigung standardisierter Mammographien erfasst ist oder nicht. Falls nicht, sollte die Möglichkeit eröffnet werden, die entsprechende Zusatzqualifikation zu erwerben.

Wünschenswert erscheint uns weiters die Schaffung einer Möglichkeit zum Erwerb einer Zusatzqualifikation für die Durchführung der nach dem vorliegenden Vorschlag ausgeschlossenen Untersuchungen in der Computertomographie und der Magnetresonanz.

### **Zu Art. 1 - §§ 17 Z 2 und 26 Z 2 MAB-Gesetz**

Die jeweils angeführte Definition „*Rechtsträger einer sonstigen unter ärztlicher oder pflegerischer Leitung oder Aufsicht stehenden Einrichtung, die der Vorbeugung, Feststellung oder Heilung von Krankheiten [...] dient*“ wäre genauer zu definieren. Die Erfahrungen mit dieser Definition im Rahmen des MTD-Gesetzes zeigen immer wieder, dass die Unbestimmtheit zu Problemen führt.

### **Zu Art. 1 - §§ 19 bis 23 MAB-Gesetz**

Der relativ hohe praktische Anteil an den jeweiligen Ausbildungen bedeutet Praxisnähe, aber auch die Veränderung im Angebot an Praktikumsplätzen.

Beispielsweise die Pensionsversicherungsanstalt bedient sich sowohl diverser Vertragseinrichtungen (VE) als auch Eigener Einrichtungen (EE). Diese werden – aller Wahrscheinlichkeit nach – in der Ausbildung der neuen Assistenzberufe tätig sein. Die Beaufsichtigung bei Praktikanten wäre dementsprechend auch bei den Ausbildnern zu berücksichtigen.

## **Zu Art. 1 - §§ 24 bis 29 und 33 MAB-Gesetz**

Trainingstherapie kann hinkünftig durch (generell oder individuell) akkreditierte Sportwissenschaftler in Zusammenarbeit mit Ärzten und Physiotherapeuten ausgeübt werden. Hier ist kein Weisungszusammenhang vorgesehen.

Im Hinblick auf die – besonders in der Rehabilitation notwendige – Arbeitsteilung und die damit verbundene geteilte Haftung, wäre es aber wichtig, entweder eine Anordnungsbefugnis vorzusehen oder die Verantwortung ausschließlich einem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Trainingstherapie zu übertragen. Es wird daher vorgeschlagen, diese vorgenannten Tätigkeiten zu ergänzen, damit der Sportwissenschaftler für komplexere Aufgaben eingesetzt werden kann.

Hier wird vor allem auf die unpräzise Formulierung der Zusammenarbeit für den „Krankenanstaltenalltag“ hingewiesen und es sind negative Kompetenzkonflikte als Reaktion auf (wahrscheinliche/zuerwartende) Haftungsfälle vorprogrammiert.

Hinzuweisen ist hier besonders auf die unterschiedliche Behandlung von Sportwissenschaftlern, die einige Fragen aufwirft (z. B. bei jenen, die innerhalb der letzten 5 Jahre bereits 3 Jahre in der Trainingstherapie tätig waren im Vergleich zu jenen, die dieses Kriterium nicht erfüllen).

Auch die Frage, ob die langjährig in der Praxis geübte Aufsicht über Wassergymnastikgruppen etc. erfasst ist, bleibt ungelöst, weshalb die Definition der Trainingstherapie in Anlehnung an das MTD-G alle Arten von Bewegungstherapie, Perception, manuelle Therapie der Gelenke und Atemtherapie enthalten sollte.

Die Übergangsbestimmung, wonach noch nicht mindestens 3 Jahre tätige Sportwissenschaftler unter Aufsicht eines Arztes oder Physiotherapeuten tätig sein können, wird begrüßt, insbesondere auch deshalb, weil die Haftungstragung damit bei dem die Aufsicht führenden Gesundheitsberuf verbleibt. Auch die praxisorientierte Übergangslösung, dass MTF bis 2014 weiter ohne Zusatzausbildung in der Immunhämatologie tätig sein können, ist zu begrüßen.

## **Zu Art. 1 - § 24 MAB-Gesetz**

Zu begrüßen sind die Bestrebungen, eine „Trainingstherapie“ gesetzlich zu definieren. Damit wird die Tätigkeit der Sportwissenschaftler insbesondere auch in den Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger einer ausdrücklichen ge-

setzlichen Regelung zugeführt. Die Schaffung dieses Berufsbildes wird auch nach unserem Dafürhalten keine finanziellen Auswirkungen zur Folge haben, da die Physiotherapeuten wie die Turnlehrer (= derzeitige Bezeichnung) dieselbe Entlohnung erhalten.

Der Entwurf ist sehr stark auf die körperliche Trainingstherapie ausgerichtet.

Insbesondere im Bereich von Übergewicht und Fettleibigkeit kann das Behandlungskonzept nur in einem multimodalen Konzept bestehen, das zur Gewichtsreduktion Maßnahmen der körperlichen Aktivierung, der Ernährungsumstellung und der Verhaltensänderung umfasst (sogenanntes Drei-Säulen-Modell der Behandlung der Adipositas).

Ergänzend wären auch die Dienste von Diätologen und eventuell auch Psychologen heranzuziehen. Es ist aufgrund der umfassenden Ausbildung von Sportwissenschaftlern davon auszugehen, dass in den diversen Universitätslehrgängen die Grundzüge einer gesunden Ernährung gelehrt werden. Die im Entwurf vorgenommene Definition der Tätigkeit in der Trainingstherapie würde den wichtigen Aspekt des Empowerments hinsichtlich einer Ernährungsumstellung (bzw. den Weg zur gesunden Ernährung) vom Berufsbild ausschließen.

Es wäre daher sinnvoll, im § 24 folgende Textergänzung vorzunehmen:

*„... mit dem Ziel, die Koordination, Kraft, Ausdauer und das Gleichgewicht durch systematisches Training, aufbauend auf der Stabilisierung der Primärerkrankung und zur ergänzenden Behandlung von Sekundärerkrankungen, in einem multimodalen Konzept zu stärken.“*

Damit würde man sich berufsrechtliche Abgrenzungsschwierigkeiten ersparen und könnte mit der Akzeptanz eines multimodalen Konzeptes gerade im Bereich der Prävention und Behandlung von Adipositas die Bildung von Trainingsgruppen erleichtert werden.

#### **Zu Art. 1 - § 26 Abs. 1 Z 4 MAB-Gesetz**

Wir sehen keine Notwendigkeit, Sportwissenschaftler im Dienstverhältnis zu PhysiotherapeutInnen tätig werden zu lassen, da gerade auch PhysiotherapeutInnen selbst berechtigt sind, diese Tätigkeiten auszuüben und daher auch kein Bedarf für eine Ausweitung deren Einrichtungen durch die vermehrte Anstellung anderer Gesundheitsberufe besteht.

## Zu Art. 1 - § 30 bis 33 MAB-Gesetz

Hinsichtlich der Übergangsbestimmungen sieht der vorliegende Entwurf die Möglichkeit vor, dass die bisher erworbene Berufsausbildung, gleichgültig ob im Sozialen Hilfsdienst (SHD) oder MTF-Bereich – obwohl deutlich weniger hochwertig – die Berechtigung enthält, die neuen Berufstitel zu tragen.

Obwohl die für Angehörige des SHD bestehende Möglichkeit, durch Absolvierung von Zusatzausbildungen bzw. einer Facharbeit, eine höhere Qualifikation als diplomierte medizinische Fachkraft zu erwerben, begrüßt wird, bestehen hinsichtlich der Übergangsbestimmungen doch weitreichende Bedenken.

Die in den Materialien zu den §§ 30 bzw. 31 ausgeführten – bis dato schon geltenden – Grundlagen für die Einlassungs- und Übernahmeverantwortung scheint zu wenig geeignet, um Patienten vor der Übernahme von Tätigkeiten durch minderqualifizierte Hilfspersonen zu schützen und Schaden zu vermeiden.

Gerade für Gesundheitsberufe – gleichgültig nach welcher Gesetzeslage – ist die berufsimmanente Weiterbildungs- bzw. Fortbildungsverpflichtung typisch. Warum daher im gegenständlichen Entwurf nicht innerhalb einer Übergangspflicht die mindestens zu erwerbende Qualifikation, um die neuen Berufstitel tragen zu können, vorgesehen wird, ist nicht nachvollziehbar. Dies auch z. B. vor dem Hintergrund, dass immer noch in diversen Gesundheitseinrichtungen bundesweit Personen (von ärztlichen Leitern bis Masseuren) berufsgruppenübergreifend tätig sind, die sich 7 Jahre (!) nach Inkrafttreten des Medizinischen Masseur- und Heilmasseurgesetzes (MMHmG) nicht darüber im Klaren sind, dass die Qualifikation als Heilbademeister und Heilmasseur gemäß dem MTF-SHD-G nicht der Qualifikation als Heilmasseur gemäß dem MMHmG gleichzuhalten ist.

Es wäre daher ausdrücklich eine andere Gestaltung der Übergangsregeln zu begrüßen, die - im Sinne der Patientensicherheit - auch die erworbene berufliche Qualifikation der jeweiligen Berufsgruppe transparent macht.

Deshalb ist insbesondere die automatische Berufsanerkennung als Rehabilitationsassistent auf Grund des bestehenden Risikopotentials abzulehnen (fehlende Grundausbildung, daher keine Weiterbildung möglich).

Ein weiteres Problem stellen die vernachlässigten Übergangsbestimmungen zum MMHmG dar, wonach einerseits die – bis zum In-Kraft-Treten des MMHmG ausgebildeten – MTF automatisch Medizinische Masseuré wären, andererseits die – nach diesem Datum – diplomierten Kräfte bloß noch einfache Massagen durchführen dürfen.

Dies findet in den neuen Übergangsbestimmungen keine Berücksichtigung bzw. es wird sogar ausdrücklich etwas anderes bestimmt.

MTF dürften nämlich nunmehr grundsätzlich nicht mehr massieren, wobei anzumerken ist, dass – nach derzeitiger Gesetzeslage – die einfache Massage bei den „MTF-alt“ zulässig ist und in der Praxis oft übernommen wird.

Die Rechtslage wäre zu bereinigen bzw. einfacher zu gestalten.

### **Zu Art. 1 - § 31 MAB-Gesetz**

Die Übergangsbestimmungen des § 31 MAB-Gesetz sind nicht eindeutig und werfen nachstehende Fragen auf:

Dürfen die nach dem MTF-SHD-G ausgebildeten diplomierten medizinisch-technischen Fachkräfte (DMTF) ab In-Kraft-Treten des MAB-Gesetzes ihr bis zum 31. Dezember 2011 geltendes Berufsbild (DMTF-ALT) und die ab 1. Jänner 2012 geltenden DMTF-Berufsbilder der Labor-, Röntgen- und Rehabilitationsassistenz (DMTF-NEU) ausüben oder nur mehr die Tätigkeiten der DMTF-NEU?

Damit stehen folgende Fragen in Zusammenhang:

- Soll durch das MAB-Gesetz dem § 85 MMHmG bewusst derogiert werden oder nicht?
- Weitere Ausübung der Thermotheapie? (bei DMTF-NEU nicht mehr vorgesehen).
- Ist der weitere Einsatz in der Diagnostik bei „konventionellen EKG-Untersuchungen“ und „ergometrischen Untersuchungen nach definiertem Protokoll“ zulässig (BMG 24.2.2010, 92250/0009-I/B/6/2010)?

### **Zu Art. 1 - § 32 MAB-Gesetz**

Die im Entwurf enthaltene Regelung – wonach die Berechtigung, die Tätigkeit als Gipsassistent auszuüben an eine Bestätigung des Dienstgebers gebunden sein soll, dass bereits über mehrere Jahre (contra legem!) eine derartige Tätigkeit ausgeübt wurde – erscheint doch etwas praxisfern.

**Zu Art. 2 Z 9 - § 68 Abs. 18 MTF-SHD-G**

Im Gesetzestext ist als Zeitpunkt, bis zu dem nach den bislang geltenden Bestimmungen begonnene Ausbildungen abzuschließen sind, der 31. Dezember 2016 genannt, in der Textgegenüberstellung hingegen der 31. Dezember 2017. Eine Angleichung bzw. Richtigstellung wäre erforderlich.

Mit freundlichen Grüßen  
Für den Hauptverband:



Dr. Josef KANDLHOFER