ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen Rechts – Mitglied der World Medical Association

Bundesministerium für Gesundheit
Radetzkystraße 2
1031 Wien

Per E-Mail an begutachtungen@bmg.gv.at
begutachtungsverfahren@parlament.gv.at

Unser Zeichen:	Ihr Schreiben vom:	Ihr Zeichen:	Wien, 11.05.2011
Dr.WK/Ti	23.03.2011	BMG-92257/0013-II/A/2/2010	

Betrifft: ***MAB-Gesetz***

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Österreichische Ärztekammer dankt für die Einladung zur Stellungnahme im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe (MAB-Gesetz) erlassen wird und hält, wie folgt, fest:

Teil I

Allgemeines

Wenngleich die ÖÄK vom BMG über das Gesetzesvorhaben betreffend medizinische Assistenzberufe im September/Oktober 2010 vorinformiert wurde, so ist doch auszuführen, dass eine Vorbereitung und ein konzentrierter Informationsaustausch im Vorfeld nicht möglich war, da uns sowohl vor, in und nach diesen Sitzungen keinerlei schriftliche Unterlagen zur Verfügung gestellt und auch sonst keine Ergebnisse weitergeleitet wurden. Die ÖÄK hat eine nähere inhaltliche Einbeziehung stets urgiert (vgl. z.B. Schreiben an das BMG vom 01.10.2010, Schreiben vom 30.11.2010). Trotzdem wurden wir zu keinen weiterführenden Gesprächen bzw. näheren inhaltlichen Betrachtungen beigezogen. Eine Ausarbeitung des Gesetzesentwurfes unter Einbeziehung der Interessen der Ärzteschaft fand nicht statt. Das Vorbringen von Verbesserungs- und Lösungsvorschlägen aus der medizinischen Praxis war daher ausgeschlossen. Dieser Umstand spiegelt sich in

Weihburggasse 10–12, A-1010 Wien, Austria, Tel.: +43 (1) 51406-0, Fax: 43 Dw, post@aerztekammer.at, www.aerztekammer.at DVR: 0057746, Konto: 50001120000, BLZ 18130, die ärztebank, Wien

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

zahlreichen Stellungnahmen, die gravierende Probleme in der medizinischen Leistungserbringung orten, wider.

Die ÖÄK möchte zu dieser Vorgangsweise ihr Befremden ausdrucken, zumal die entsprechenden Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Praxis in sehr enger Kooperation mit ÄrztInnen zusammenarbeiten und miteinander eine qualitativ hochwertige medizinische Tätigkeit an bzw. für die/den Patientinnen/Patienten im Sinne der bestmöglichen Versorgungsqualität erbracht wird. Dies betrifft sowohl die Tätigkeit im intra- als auch im extramuralen Bereich.

Rechtliche Ausgangsbasis

Die **rechtliche Grundlage** oben angesprochener Kooperation bzw. **Übertragung ärztlicher Tätigkeit im Einzelfall** bietet § 49 Abs. 3 Ärztegesetz 1998, wonach die/der Ärztin/Arzt im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe ärztliche Tätigkeiten übertragen kann, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Die/Der Ärztin/Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung. Die ärztliche Aufsicht entfällt dann, wenn die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.

Wobei die „ärztliche Anordnung" **keine** generelle Delegation darstellt (z.B. in Bezug auf eine ganze Gruppe oder alle PatientInnen).

Fehlende Ausbildungsinhalte – keine Gesamtbeurteilung

Der Entwurf enthält **keine näheren Ausbildungsinhalte** für die einzelnen Fachbereiche der Medizinischen Assistenzberufe, weshalb eine Stellungnahme dazu bzw. eine **Gesamtbeurteilung nicht möglich** erscheint.

Fehlende Praxisorientierung

Es ist für uns nicht nachvollziehbar, warum in der Ausarbeitung dieser Gesetzesvorlage auf die Erfahrungen der Ärzteschaft bzw. auf die medizinische Praxis verzichtet wurde, dabei sind es die Leistungserbringer, die die Tätigkeit, den Bedarf sowie den Einsatz von „neuen" Gesundheitsberufen, sowie deren Vor- und Nachteile sowie Verbesserungsmöglichkeiten beurteilen können. Wir sehen in diesem theoretischen, nicht praxisorientierten „Top-down" Ansatz die falsche Vorgangsweise und fordern erneut die Einbeziehung der Ärzteschaft, die die von den MAB auszuführenden Tätigkeiten schlussendlich delegiert. Es liegt im Interesse des gesamten Gesundheitswesens, ein effizientes, kostengünstiges und bedarfsorientiertes System zu schaffen, das den Einsatz von Gesundheitsberufen praxisorientiert ermöglicht. Wie die vielen Rückmeldungen, die die ÖÄK erhalten hat zeigen, ist das **System keineswegs gut abgestimmt** und es ist zu befürchten, dass es zu Engpässen, Kompetenzabgrenzungsschwierigkeiten und zu Verteuerungen bei der Leistungserbringung kommen wird, da auf Grund der engen Berufsbilder in manchen Sparten für gewisse Tätigkeiten unterschiedlich ausgebildete Gesundheitsberufe herangezogen werden müssen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Fehlende Bedarfsanalyse

In zahlreichen Stellungnahmen wurde die Befürchtung zum Ausdruck gebracht, dass durch die Kompetenzverschiebung der Berufsbilder viel mehr Tätigkeiten von Angehörigen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes übernommen werden müssen, diese aber nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen (FH-AbsolventInnen). Anzumerken ist, dass uns ein Ergebnis über die in den EB erwähnte qualitative Bestandserhebung, und quantitative Bedarfsschätzung der GÖG - trotz Nachfrage nach einer aktuellen **Bedarfsanalyse - nicht präsentiert** wurde, wir verlangen neuerlich, dass uns dieses vorgelegt wird. Eine solche Analyse ist für eine integrierte Planung im Gesundheitswesen von entscheidender Bedeutung.

Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen

Generell sollte im gesundheitspolitischen Interesse ein abgestuftes Versorgungssystem sowie eine Verlagerung der ärztlichen Tätigkeiten in den ambulanten Bereich (in dem schon jetzt die überwiegende Anzahl der Krankenbehandlungen stattfinden) sowie die Entlastung der Spitäler angestrebt werden und eine wohnortnahe Grundversorgung gewährleistet werden. Gerade die **Ärzteordinationen sowie die Gruppenpraxen im Sinne neuer Kooperationsformen** werden als vermehrter Einsatzort der medizinischen Assistenzberufe gesehen. Somit bedarf es auch einer **bedarfsgerechten und praxisorientierten Ausbildung** in den Gesundheitsberufen, um einen effizienten Einsatz im Rahmen der Krankenbehandlung zu gewährleisten und einen allfälligen Mehrbedarf zu decken.

Zudem erfordert ein praxis- und bedarfsgerechter Einsatz, sowohl in Ausbildung als auch in der Festlegung des Tätigkeitsbereiches von Medizinischen Assistenzberufen die Rücksichtnahme auf die **unterschiedlichen Gegebenheiten zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich**. Während die MAB im Spital in ein zumeist sehr komplexes arbeitsteiliges System eingebunden sind, muss die Tätigkeit in der Ordination (z.B. OrdinationsassistentIn) in der Regel viel breiter gestaltet sein. Der Einsatz von Gesundheitsberufen, aber auch die Überwachung (Aufsicht) der delegierten ärztlichen Tätigkeiten sowie der Organisationsabläufe gestalten sich demnach im extra- und intramuralen Bereich unterschiedlich. Die/Der OrdinationsinhaberIn wird andere delegierbare Aufgaben- und Verantwortungsbereiche haben als die/der Spitalsärztin/Spitalsarzt, dies gilt auch für die Kontrollpflichten (Aufsicht). Gerade im niedergelassenen Bereich sucht sich die Patientin/der Patient die Ärztin/ den Arzt ihres/seines Vertrauens aus (freie Arztwahl). Hier besteht ein besonderes Verantwortungs-/Vertrauensverhältnis, das die Ärztin/der Arzt entsprechend zu gestalten hat. Auf diesen Umstand nimmt der vorliegende Gesetzesentwurf keine Rücksicht.

Medizinisch-technischer Fachdienst - dMTF

Ausgangspunkt für eine Novellierung der medizinischen Assistenzberufe waren die aus dem Jahr 1961 (50 Jahre!) stammenden Bestimmungen betreffend den medizinisch-technischen Fachdienst und die Sanitätshilfsdienste. Diese entsprechen schon lange nicht mehr den aktuellen Erfordernissen des Gesundheitswesens. Aufgrund der Anforderungen und stetigen Weiterentwicklung der Medizin haben sich

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

seit damals die Rahmenbedingungen in der Ausbildung und Praxis der Gesundheitsberufe und somit auch die Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufe weiterentwickelt und praxisorientiert etabliert.

DMTF werden für Tätigkeiten im Gesundheitswesen in der medizinischen Praxis sehr gerne eingesetzt. Diese werden wegen der verlässlichen Durchführung geschätzt. Die Ausführungen in den EB, wonach kein aktueller Bedarf an dMTF in Gesundheitseinrichtungen bestehe, kann - wie auch die zahlreichen Rückmeldungen im internen Begutachtungsverfahren zeigen - nicht bestätigt werden. Bedarfsdeckungsstudien wurden nicht vorgelegt. Wie es zu dieser Aussage in den EB kam, ist für uns nicht nachvollziehbar. Vielmehr muss der Feststellung, dass die bisherigen dMTFs durch den 3-spartigen Aufbau (Röntgen, Labor, Physiotherapie) nicht im Rahmen der Gesamtqualifikation einsetzbar waren und nicht dem aktuellen Bedarf in den Gesundheitseinrichtungen entsprechen, klar widersprochen werden. Die 3-spartige Ausbildung ermöglicht durch den größeren Umfang an potentiellen Arbeitsstellen den leichteren Eintritt in das Berufsleben und auch insbesondere für Frauen den leichteren Wiedereinstieg nach einer Karenz.

Wenngleich nun eine Novellierung der Bestimmungen über die Berufsgruppe der dMTF für sinnvoll erachtet wird, bringt der nun vorliegende Gesetzesentwurf **keinen adäquaten Ersatz** für die Tätigkeiten der dMTF (vgl. § 37 MTF-SHD-G) mit sich.

Auch die Kombination einzelner Fachbereiche (medizinisch-technischer Fachdienst) erbringt keinen Mehrwert, denn es entsteht in Summe kein der dMTF entsprechendes und homogenes Berufsbild mit einem eigenen festgelegten Tätigkeitsbereich für den medizinisch-technischen Fachdienst. Die derzeitige Ausbildung erfolgt homogen, die vermittelten Inhalte hängen zusammen, werden aufbauend in einem Ausbildungslehrgang (Schule) vermittelt. Eine freie Kombination von Fachbereichen kann diesen Anforderungen nicht entsprechen.

Unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Gesetzesbestimmungen können viele zur Zeit von dMTF ausgeführten medizinischen Tätigkeiten in Zukunft durch MAB nicht abgedeckt werden: z.B. Massagen zu Heilzwecken, Histologie, Mikrobiologie, Schnittbildverfahren, Durchführung von Tätigkeiten bei MR und CT-Untersuchungen, bei Röntgenuntersuchungen des kardiovaskulären Bereichs, sowie der neurologischen und kardiologischen Funktionsdiagnostik, einzelne Tätigkeiten im Laborbereich. Diese Problematik wurde in den eingangs erwähnten Vorbesprechungen bereits zum Ausdruck gebracht und wurde durch die vielfachen Stellungnahmen, die wir aus der medizinischen Praxis erhalten haben, untermauert. (Näheres siehe dazu bei den einzelnen Berufsbildern, Teil III).

Ein Auslaufen der bisherigen Ausbildung der dMTF sowie die Normierung der eingeschränkten Berufsbilder der MAB führen dazu, dass die/der Ärztin/Arzt – je nach Aufgabe in einem Fachgebiet der Medizin, z.B. Labormedizin, physikalische Medizin, Allgemeinmedizin, etc. unabhängig von der Auslastung auf Grund der Kompetenzzersplitterung - mehrere Berufsgruppen anstellen muss. Dies geht **am Bedarf vorbei und führt unweigerlich zu einer Verteuerung des Systems.**

Dessen ungeachtet sind nicht genügend AbsolventInnen von Fachhochschulen vorhanden.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Aus unserer Sicht beinhaltet der Gesetzesentwurf eine eklatante Schlechterstellung der diplomierten medizinisch-technischen Fachkraft, da deren Tätigkeiten lediglich auf Assistenz und Unterstützung reduziert werden.

Eingeschränkte Berufsbilder

Die im Entwurf festgelegten **Berufsbilder sind viel zu eng formuliert**. Während bei einigen Berufsbildern der Weg einer demonstrativen Aufzählung der Tätigkeitsbereiche gewählt wird, gehen andere wieder von einer taxativen Aufzählung aus. Letztere ist strikt abzulehnen (vgl. § 8 Abs. 2 Operationsassistenz, § 9 Abs. 2 Ordinationsassistenz, § 10 Abs. 1 Rehabilitationsasssistenz). Es beginnen bereits jetzt Abgrenzungsprobleme und Fragen nach der Tauglichkeit in der ärztlichen Praxis. Wir sprechen uns generell für eine möglichst breite Basisausbildung aus. In einigen Fachbereichen soll es Spezialisierungsmöglichkeiten geben. Entsprechende Gesetzesstellen müssen darauf Bedacht nehmen, dass sich die Tätigkeit unter Berücksichtigung der ärztlichen Anordnungen nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft verändern und weiterentwickeln können. Für die Anordnung und Durchführung der übertragenen ärztlichen Tätigkeiten übernimmt die/der Ärztin/Arzt die Verantwortung (Behandlungsvertrag). (Vgl. näheres über die Berufsbilder zu den einzelnen Fachbereichen, Teil III).

Übergangsbestimmungen

§ 31 des Entwurfes des MAB-Gesetzes normiert, dass Personen die eine Berufsberechtigung nach den Bestimmungen des MTF-SHD-G besitzen, zur Ausübung der Laborassistenz, der Rehabilitationsassistenz und der Röntgenassistenz nach den Bestimmungen dieses Gesetzes berechtigt sind. Demgegenüber können dMTF weiterhin im Rahmen ihrer Berufsberechtigung gemäß § 37 MTF-SHDG, nämlich einfache medizinisch-technische Laboratoriumsmethoden, einfache physiotherapeutische Behandlungen sowie Hilfeleistungen bei der Anwendung von Röntgenstrahlen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Aufsicht (hier ist nur die ärztliche Aufsicht normiert) ausführen. Wie sich die beiden Bestimmungen zueinander verhalten ist nicht klar, zumal § 37 eine viel weitere Berufsberechtigung beinhaltet als die einzelnen Fachbereiche des MAB-Gesetzes. Bei § 31 kann es sich nicht um eine lex spezialis handeln, die § 37 MTF-SHD-G derogiert- Dies hätte nämlich katastrophale Auswirkungen für die Tätigkeiten der dMTF in der Praxis und für die entsprechenden Einrichtungen. Für uns ist nicht nachvollziehbar, warum die diplomierten medizinischen Fachkräfte künftig, obwohl dMTF eine wesentliche umfangreichere Ausbildung zu absolvieren haben, im Tätigkeits- und Verantwortungsbereich jenen Personen gleichgestellt werden sollen, die lediglich eine Ausbildung zu einem medizinischen Assistenzberuf absolviert haben.

Änderung Gesetzessystematik, unterschiedliche Begriffsdefinitionen

Eingangs ist auf die Problematik der – und bereits in der Literatur heftig kritisierten – Verwendung der **unterschiedlichen Definitionen und Begriffe** in den einzelnen Berufsgesetzen der Gesundheitsberufe hinzuweisen. Diese führen zu Irritationen, **Auslegungsschwierigkeiten und Rechtsunsicherheiten**.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Im Sinne der Rechtssicherheit und Wahrung des Patientenschutzes müssen die Tätigkeiten, Ausbildungen und die Verantwortungsbeziehungen im Gesundheitswesen möglichst klar geregelt werden.

Der nunmehr vorliegende Gesetzesentwurf bietet in **Systematik** und **Begrifflichkeit** neuerlich ein hohes Potential für Rechtsunsicherheiten, da er eine unterschiedliche Systematik zu den bisherigen Berufsgesetzen bietet, mit dem Ärztegesetz 1998 (insbesondere § 49 Abs. 3 leg cit) nicht im Einklang steht und mit bisher im Gesundheitswesen bzw. Berufsgesetzen der Gesundheitsberufe noch nicht verwendeten Begrifflichkeiten aufwartet.

Dies betrifft zum einen die Anordnung für eine therapeutische Maßnahme (Mobilisation, vgl. § 10). Diese soll – was strikt abgelehnt wird - erstmals durch eine andere Berufsgruppe erfolgen. Zum anderen wird die Aufsicht generell – und nicht einzelfallbezogen – anderen Berufsgruppen - ohne Entscheidung durch die/den Ärztin/Arzt – übertragen (vgl. § 4 Abs. 2).

Für ein Abgehen der bisherigen **Systematik** besteht keine Notwendigkeit, **widerspricht dem Ärztegesetz 1998**, wird die **Haftungsproblematik** verschärfen und wird von uns strikt abgelehnt.

Im Sinne der legistischen Richtlinien soll für ein und denselben Gegenstand immer derselbe **Begriff** verwendet werden, mit dem Ziel, das vorgeschriebene Verhalten dem Gesetzestext zweifelsfrei zu entnehmen (sprachliche Klarheit). Demgegenüber verwendet vorliegender Gesetzesvorschlag erneut neue, unbestimmte und widersprüchliche Begrifflichkeiten.

Die hier verwendete unterschiedliche Bedeutung ist für die/den Anwenderin/Anwender und die Betroffenen nicht verständlich und lässt sich leicht vermeiden. So wird beispielsweise erstmals der Begriff „***Unterstützung***“ im Rahmen von Gesundheitsberufen verwendet. Unserer Ansicht nach ist eine unterstützende Tätigkeit jedoch bloß als Mithilfe durch Hilfspersonen im Sinne des § 49 Abs. 2 leg cit zu verstehen. Dafür bedarf es keiner Ausbildung in einem Gesundheitsberuf und der Normierung eines eigenen Tätigkeitsbereiches. Hilfspersonen sind demnach Personen, die bei medizinischen Verrichtungen mitwirken, eben nur zur Unterstützung (in Fällen mit geringerem Gefahrenpotential) bei der Tätigkeit der/des Ärztin/Arztes herangezogen werden.

Der vorliegende Gesetzesentwurf normiert aber gerade den Tätigkeitsbereich von Gesundheitsberufen, die nach entsprechender Ausbildung, delegierte ärztliche Tätigkeiten verrichten, d.h. nicht bloß „**unterstützen**“.

Ebenso werden weitere, nicht näher definierte bzw. entbehrliche Begriffe wie „**Assistenz**“ sowie „**Anleitung**“ (§ 4 Abs. 2 des Entwurfes) verwendet.

In allen Fällen handelt es sich um die von ÄrztInnen angeordnete „*Durchführung*“ ärztlicher Tätigkeit im Einzelfall, die keiner Unterscheidung bedarf, ob es sich um Unterstützung, etc. handelt. Die „Durchführung“ dieser Tätigkeit gestaltet sich nach den Regeln des § 49 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 (Anordnungs- und Durchführungsverantwortung im jeweiligen Einzelfall; ärztliche Aufsicht).

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Um die nicht nachvollziehbare unterschiedlichste Verwendung der Begriffe zu skizzieren und die Forderung nach einer einheitlichen Vorgangsweise zu untermauern, werden nachfolgend auszugsweise Beispiele schon jetzt unterschiedlicher Definitionen aus den Gesundheitsberufen dargelegt, die dringend einer Vereinheitlichung bedürfen:

- Der Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe (vgl. § 84 GuKG) normiert unter anderem *„die **Mitarbeit** bei therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen“*. Es lässt sich aus den Gesetzesmaterialen nicht erkennen, warum bei den MAB von Unterstützung und in der Pflegehilfe von Mitarbeit gesprochen wird und wie sich diese Rechtsvorschriften zueinander bzw. zu § 49 Abs. 3 Ärztegesetz (Delegation ärztlicher Tätigkeiten) verhalten.

Weitere Beispiele für die Verwendung unklarer Begriffsbestimmungen:

- Der Tätigkeitsbereich der Hebammen (vgl. § 2 HebG) normiert beispielsweise die *„**Mitwirkung** bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge“* und lässt offen, wie weit eine solche *„Mitwirkung“* erfolgen kann. Ebenso § 2 Abs. 1, 2. Satz, Abs. 2 MTD-Gesetz, § 2 Abs. 3, letzter Satz MTD-G normiert die Anwendung von Kontrastmittel *„nur in **Zusammenarbeit**“* mit den ÄrztInnen.
- Das GuKG normiert den **eigenverantwortlichen**, **mitverantwortlichen**, **interdisziplinären** Tätigkeitsbereich.

→ Wir fordern deshalb - auch für ein neu zu schaffendes MAB - aus legistischer Sicht

1) ein systematisches Vorgehen sowie die Formulierung von Bestimmungen, die kongruent innerhalb der Rechtsnormen im Gesundheitswesen verwendet werden (§ 2 iVm § 49 Abs. 3 Ärztegesetz 1998).
2) eine größtmögliche Übereinstimmung und Verwendung einheitlicher Begrifflichkeiten innerhalb des Systems, weshalb wir uns klar gegen die Verwendung neuerlicher „unbestimmter Gesetzesbegriffe“ aussprechen.

Positiver Ansatz

Grundsätzlich liegt eine Novellierung des derzeit geltenden MTF-SHD-Gesetzes im Interesse der Ärzteschaft, um moderne, den Bedürfnissen des medizinischen Alltags angepasste Rahmenbedingungen sowie größtmögliche Rechtssicherheit für die Berufsausübung im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Die Verankerung eines modularen Systems entspricht den Anforderungen in der Praxis. Aus vielen Fächern der Medizin ist uns bekannt, dass eine große Nachfrage an Angehörigen von Gesundheitsberufen besteht, der Bedarf durch AbsolventInnen von Fachhochschulen allerdings allein nicht gedeckt werden kann. Es liegt daher im Interesse eines funktionierenden, effizienten Gesundheitswesen für entsprechend ausgebildeten Nachwuchs zu sorgen und entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Wir sind daher gerne bereit, diesbezügliche Bemühungen zu unterstützen, können aber einer Verschlechterung der derzeitigen berufsrechtlichen Rahmenbedingungen nicht zustimmen.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Erstes Ergebnis

Der vorliegende Entwurf bringt somit kurz zusammen gefasst zahlreiche Verschlechterungen für die medizinische Versorgung mit sich, lässt eine große Anzahl von dringend zu klärenden Fragen offen, enthält keine Aussagen über nähere Ausbildungsinhalte, ändert die bestehende Gesetzessystematik, wird zu differenzierten Haftungsfragen führen, löst nicht die Problematik der Tätigkeiten der diplomierten MTF und ist aus derzeitiger Sicht nicht geeignet dem tatsächlichen Bedarf gerecht zu werden.

Damit wurde das offensichtliche in den EB erwähnte Ziel, die Neugestaltung der medizinischen Assistenz-Berufe an aktuelle Bedürfnisse anzupassen und die Schaffung moderner und den Anforderungen des Gesundheitswesens entsprechender Regelungen, verfehlt.

Teil II

Medizinische Assistenzberufe - MAB

Teil II unserer Stellungnahme befasst sich mit allgemeinen und grundsätzlichen Fragen bzw. Problematiken des vorliegenden Gesetzesentwurfes. Im Teil III wird auf die einzelnen Fachbereiche eingegangen.

Berufsbilder allgemein

Die Berufsbilder (Tätigkeitsbereiche) der MAB sind zu eng definiert. Viele Tätigkeiten, die derzeit von dMTF ausgeübt werden, können nicht durch MAB ersetzt werden. Demgegenüber besteht die Gefahr, dass durch die Schaffung neuer Gesundheitsberufe und damit der Zersplitterung der Tätigkeiten, wie z.B. GipsassistentIn, etc. ein „Tätigkeitsvorbehalt" geschaffen wird, sodass z.B. eine OrdinationsassistentIn eine Tätigkeit, die einer anderen Berufsgruppe zugeordnet ist, nicht ausführen darf. Das ist unbedingt zu vermeiden! Es müssten ansonsten auch ohne Auslastung verschiedene Gesundheitsberufe angestellt werden. Dadurch käme es zu Verteuerungen. Zudem würden die schon jetzt gefährdeten landmedizinischen Versorgungsstrukturen zusätzlich belastet. Es ist daher vorzusehen, dass beispielsweise OrdinationsassistentInnen weiterhin die Möglichkeit gegeben wird, bei der gipstechnischen Versorgung von unfallchirurgischen PatientInnen ohne Absolvierung derart umfangreicher Ausbildungen, wie im Entwurf vorgeschlagen, zu assistieren. Es erhebt sich die Frage, inwieweit die Vermittlung derartiger Kenntnisse in der Praxis erforderlich ist und in die bestehende Ausbildung integriert werden kann/muss.

Modularer Aufbau

Von Vorteil wäre ein modulares System. Wobei wir unter modularem Aufbau Systeme verstehen, die eine breite Basisausbildung ermöglichen, sich in einzelne Module zerlegen lassen bzw. die durch das Hinzufügen einzelner Module erweitert werden können. Zudem sprechen wir uns für die Möglichkeit aus, gewisse Inhalte zu vertiefen bzw. zu spezialisieren.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Anordnung der ärztlichen Tätigkeit

Grundsätzlich wird der Behandlungsvertrag zwischen Spital und PatientIn bzw. OrdinationsinhaberIn und Patientin/Patienten abgeschlossen. Im Rahmen des Behandlungsvertrages schuldet die/der Ärztin/Arzt der/dem Patientin/Patienten eine Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft unter Wahrung seines Wohls (§ 49 Ärztegesetz 1998). Im Rahmen der Organisationsverantwortung ist es die Pflicht der/des Ärztin/Arztes, die medizinischen und organisatorischen Abläufe so zu organisieren und abzustimmen, dass der oben angesprochenen Verpflichtung bestmöglich entsprochen wird.

Dabei muss die/der Ärztin/Arzt auf entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen zurückgreifen können, die ihr/ihm ermöglichen, ihr/sein Arbeitsumfeld entsprechend - je nachdem, auf welcher Ebene (stationär, ambulant) die Leistung erbracht wird - zu gestalten.

Je komplexer sich das arbeitsteilige medizinische Geschehen gestaltet, umso mehr Aufwand ist hinsichtlich Planung, Koordination und Kontrolle der medizinischen Abläufe gefordert. Dazu gehören die Überwachung der organisatorischen Anforderungen und Festlegung von Aufgaben- bzw. Verantwortungsbereichen sowie die Pflicht zur Kontrolle bzw. Aufsicht im Rahmen des arbeitsteiligen Prozesses.

In dem Zusammenhang kommt nicht nur der/dem Spitalsärztin/Spitalsarzt, sondern auch dem Ordinationsinhaber, der die haftungsrechtliche Verantwortung (mit der/dem Patientin/Patienten abgeschlossener Behandlungsvertrag) trägt unter Berücksichtigung der vertrags- aber auch deliktsrechtlichen Aspekten höchste Bedeutung zu. Die/Der Ärztin/Arzt übernimmt die Haftung für die Anordnung der ärztlichen Tätigkeit und bei nicht eigenverantwortlichen Gesundheitsberufen auch die Verantwortung für die Durchführung im Einzelfall (Aufsicht). Eine generelle Übertragung der Aufsicht per Gesetz an eine andere Berufsgruppe erscheint daher auch aus diesen Gründen ausgeschlossen. (Zur rechtlichen Ausgangsbasis – ärztliche Delegation einzelner Tätigkeiten nur im Einzelfall siehe oben, Teil I).

Die ärztliche Anordnung richtet sich im Einzelfall direkt an einen verantwortlichen Angehörigen eines Gesundheitsberufes. Eine Weiterdelegation der Anordnung an eine andere Berufsgruppe kann problematisch sein, da die Gefahr besteht, dass die direkte Anordnung der/des Ärztin/Arztes verändert bzw. unvollständig weitergegeben wird. Dies kann zu einer erheblichen Verschlechterung der Behandlungsqualität führen. In dem Zusammenhang ist auf die in letzter Zeit immer häufiger auftretende Inanspruchnahme von ÄrztInnen im Rahmen von Schadenersatzprozessen hinzuweisen.

Anordung der Mobilisation durch dGuKP

Entsprechendes gilt für die Anordnung der Mobilisation durch dGuKP (vgl. § 10 Abs. 1 Z 2). Es handelt sich dabei um eine ärztliche Tätigkeit i.S. des § 2 Ärztegesetzes 1998, die nicht durch andere Berufsgruppen angeordnet werden kann. (Näheres siehe dazu im Teil III, zum Rehabilitationsassistenten).

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Aufsicht

Obige Ausführungen (Berufsrechtliche Bestimmungen, haftungsrechtliche Verantwortung, etc.) gebieten, dass die Aufsicht grundsätzlich durch die/den Ärztin/Arzt zu erfolgen hat und keine generelle, gesetzliche geregelte Aufsicht durch Angehörige anderer Berufsgruppen zulässig ist. Die Aufsicht obliegt auch derzeit nach den Bestimmungen des MTF-SHD-Gesetz ausschließlich Ärztinnen und Ärzten. Ein Abgehen von dieser Bestimmung ist für uns nicht akzeptabel. Denkbar ist, dass lediglich im Einzelfall die Aufsicht in Teilen, nie aber in Ihrer Gesamtheit von der/vom Ärztin/Arzt an einen Angehörigen eines anderen Gesundheitsberufes delegiert werden.

Dies wird auch in den EB zum Ausdruck gebracht, wonach ausgeführt wird, dass die gebotene Intensität der Aufsicht einzelfallbezogen und individuell zu beurteilen ist. Sie hängt unter anderem von den individuellen Fähigkeiten und der Berufserfahrung der/des Berufsangehörigen sowie der Komplexität der jeweiligen Tätigkeit ab. Die Entscheidung darüber hat die/der Ärztin/Arzt im Einzelfall unter Berücksichtigung der medizinischen Umstände sowie des Gesundheitszustandes der/des Patientin/Patienten zu treffen.

In diesem Sinne sind Textpassagen, die eine generelle Aufsicht zulassen und mit unbestimmten Gesetzesbegriffen agieren, wie: „*im Rahmen einer **teamhaften Zusammenarbeit** kann die Aufsicht ebenso von Angehörigen des gehobenen MTD oder der GuK erfolgen (vgl. § 4 Abs. 2 letzter Satz)*“, auf Grund der unklaren Verantwortungsbeziehungen strikt abzulehnen. Was bedeutet hier teamhafte Zusammenarbeit, gehört diesem Team auch ein Arzt an?

Diese Bestimmung bedarf daher einer eingehenden Beratung zwischen BMG und den involvierten Berufsgruppen.

Anstellung

Aufgrund der obigen Ausführungen können MAB nur in Einrichtungen angestellt werden, die unter ärztlicher Aufsicht stehen (vgl. § 17). Das bedeutet keine Anstellung von MAB durch Einrichtungen, die nicht unter ärztlicher Leitung stehen, weil keine gesetzlich geregelte generelle Aufsicht zulässig ist

→ *§ 17 hat daher zu lauten:*

„Die Ausübung der medizinischen Assistenzberufe darf nur im Dienstverhältnis zu

1. *dem Rechtsträger einer Krankenanstalt oder*
2. *dem Rechtsträger einer sonstigen unter ärztlicher Leitung oder Aufsicht stehenden Einrichtung, die der Vorbeugung, Feststellung oder Heilung von Krankheiten oder der Nachsorge, der Betreuung pflegebedürftiger Menschen oder der Gewinnung von Blut- oder Blutbestandteilen dient, oder*
3. *einer/einem freiberuflich tätigen Ärztin/Arzt oder einer Gruppenpraxis oder*
4. *Einrichtungen der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung unter ärztlicher Leitung entsprechend dem jeweiligen Berufsbild*

erfolgen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Die Streichung von Tätigkeiten in der Industrie ist wie folgt zu begründen: Industrielle Unternehmen sind keine Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ärztinnen/Ärzte sind dort in der Regel nicht beschäftigt, oder verfügen nicht über eine aufrechte Berufsberechtigung, da sie nicht in die Ärzteliste eingetragen sein werden.

Anleitung

Eine Anleitung i.S. des § 4, ist nicht erforderlich, da es sich – wie bereits oben und auch in den EB erwähnt - um einen gesetzlich geregelten Gesundheitsberuf handelt.

→ *Im § 4 entfällt der Ausdruck „Anleitung".*

Ausbildung

- Ausbildungsinhalte sind dem Gesetzesentwurf nicht zu entnehmen. Es werden lediglich Stundenanzahlen für die unterschiedlichsten MAB präsentiert.

→ **Ohne Vorschläge von wesentlichen Ausbildungsinhalten, können auch keine Aussage über das Ausmaß und die Verteilung der Stundenanzahl (Theorie/Praxis) sowie das zukünftige Berufsbild und deren Sinnhaftigkeit gemacht werden.**

- Aus erster Sicht erscheint die Anzahl der Theoriestunden für einzelne Berufsbilder (siehe im Folgenden) zu hoch angesetzt und bedürfte daher einer (neuerlichen) Evaluierung.
  § 23 MAB-Gesetz sieht zwar vor, dass nähere Bestimmungen über die Ausbildungsinhalte in Theorie und Praxis durch die/den BundesministerIn mittels Verordnung festzulegen sind, dennoch kann einer bloßen Stundenanzahl, wie im Gesetz zur Zeit vorgesehen, nicht zugestimmt werden, ohne zuvor die Ausbildungsinhalte zu kennen.
  Eine modulare Struktur ist grundsätzlich begrüßenswert, Unklarheit besteht aber auch hier zum jetzigen Zeitpunkt darüber, wie das Basismodul in Höhe von 140 Stunden und wie die restlichen Module aufgebaut sein sollen.
- Die Ausbildung soll nicht mehr – wie bisher - berufsbegleitend möglich sein, was aber in manchen Gesundheitsberufen (vor allem im niedergelassenen Bereich) besonders relevant ist und geschätzt wird und absolut der derzeitigen Praxis entspricht, (z.B. bei OrdinationsassistentInnen). Diese beginnen ihre berufliche Laufbahn in den meisten Fällen bei niedergelassenen ÄrztInnen und entscheiden sich während des aufrechten Dienstverhältnisses eine Ausbildung als OrdinationsassistentIn zu absolvieren.

→ Eine solche Vorgangsweise wäre dem jetzigen Gesetzesentwurf entsprechend nicht mehr möglich, was wir mit aller Entschiedenheit ablehnen. Wir können uns aber ein paralleles Vorgehen (beide Varianten berufsbegleitend und wie im Gesetzesentwurf vorgestellt) vorstellen.

Ausbildungseinrichtungen

- Eine Kombination von Lehrgängen kann für mehrere medizinische Assitenzberufe „angeboten" (besser: durchgeführt) werden (vgl. § 21). Dies

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

bedarf einer Gesamtbewilligung der LH/des LH. Werden drei Assistenzberufe kombiniert (§ 21 Abs. 3), kann sich der Rechtsträger dieser Einrichtung „Schule“ nennen.

→ Warum die Bezeichnung „Schule“ nur bei Kombination und nicht für einzelne Fachrichtungsausbildungseinrichtungen möglich ist, ist nicht erklärt und sachlich nicht gerechtfertigt. Es gibt bereits jetzt Einrichtungen die beispielsweise eine Ausbildung für OrdinationsassistentInnen anbieten und sich Schule nennen. Für diese Einrichtungen wäre damit die Verpflichtung verbunden sich umzubenennen. Dabei würde es sich um einen Eingriff in die Identität des Unternehmens handeln, der einer ausreichenden sachlichen Rechtfertigung bedarf (corporate identity).

- Die Anforderungen an die Ausbildungseinrichtungen sind nicht normiert.

→ Es ist unbedingt daran festzuhalten, dass die medizinisch-wissenschaftliche Leitung von Ausbildungseinrichtungen einer/einem Ärztin/Arzt, die/der die hierfür erforderliche fachliche Eignung besitzt, obliegt (vgl. auch bisher § 39. Abs. 2 MTF-SHD-Gesetz). Entsprechendes gilt für die Vermittlung medizinisch-wissenschaftlicher Inhalte.

→ Praktische Ausbildungseinrichtungen müssen unter ärztlicher Aufsicht stehen. Es geht um Ausbildung für die Übernahme von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen i.S. des § 2 Ärztegesetzes 1998.

- Laut EB wird davon ausgegangen, dass die Ausbildung von Ordinationassistentinnen weiterhin großteils durch die Ärztekammern erfolgen soll. Im derzeitigen Entwurf ist jedoch vorgesehen, dass ein Lehrgang für die Ausbildung nur dann bewilligt wird, wenn das Praktikum garantiert wird. Dem können wir nicht zustimmen, da es den Ärztekammern nicht möglich ist, Praktikumsplätze in dem vorgesehenen Umfang zu garantieren. Angeboten werden kann die theoretische Ausbildung, sofern die – derzeit noch nicht bekannten – Ausbildungsinhalte anbietbar sind. Ein Praktikum in dem vorgesehenen Ausmaß (800 Std.) zu gewährleisten ist jedoch sicherlich nicht möglich.

- Die Basisausbildung kann in berufsbildenden und mittleren und höheren Schulen angeboten werden. Dabei wird erwähnt „kann angeboten werden“. Eine Sicherstellung gibt es keine.

→ Es erhebt sich die Frage, gibt es schon solche Möglichkeiten? Oder entsprechende Lehrpläne?

- In den EB wird erwähnt, dass Aufgaben durch Schulen für medizinische Assistenzberufe übernommen werden? (es soll in Hinkunft 10 davon geben).

→ Gibt es schon Zusagen oder Verträge der entsprechenden Ausbildungseinrichtungen?

- § 21 Abs. 5 normiert, dass Jugendliche, die ihre berufliche Erstausbildung absolvieren, nur in eine Ausbildung im medizinischen Fachdienst (Kombination von Lehrgängen) aufgenommen werden dürfen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dies entspricht nicht den tatsächlichen Erfordernissen. Dadurch wird es aus uns unerklärlichen Gründen Jugendlichen beispielsweise mit dem Berufswunsch Ordinationsassistenz verunmöglicht, die Ausbildung in einem genehmigen Lehrgang aufzunehmen. Zudem widerspricht diese Auflage dem Vorhaben, ein modulares Ausbildungssystem zu schaffen.

Demgegenüber wird die Ausbildung, wie die Erfahrungen aus anderen Bereichen z.B. der/dem Med. MasseurIn zeigen, fast ausschließlich von Jugendlichen, die ihre berufliche Erstausbildung absolvieren, in Anspruch genommen. Ein Verbot der Ausbildung von Jugendlichen, außer in der Ausbildung im medizinischen Fachdienst ist nicht nachvollziehbar, zumal derzeit die eine Tätigkeit ab dem 17. Lebensjahr möglich ist. Diese Bestimmung würde unnötigerweise zu einer sehr langen und teuren Ausbildung führen, auch wenn die BerufsanwärterIn nur in einem Bereich, etwa, als Gipsassistenz oder Rehabilitationsassistenz, tätig werden wollen.

→ § 21 Abs. 5 soll gestrichen werden.

- Auf die Ausbildung zur Ordinationsassistenz sollen lt. vorliegendem Entwurf (§ 22) nur Prüfungen und Praktika, die im Rahmen einer Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf oder eines Universitäts- oder Fachhochschulstudiums bzw. an einer berufsbildenden mittleren oder höheren Schule absolviert worden sind, im Falle der Gleichwertigkeit, angerechnet werden.

Dazu ist anzumerken, dass in zahlreichen Ordinationen MitarbeiterInnen tätig sind, die nicht über eine Ausbildung gem. MTF-SHD-G verfügen, weil ihnen einerseits Aufgaben zugewiesenen sind, die nicht dieser Ausbildung bedürfen bzw. andererseits wegen eines fehlenden Angebots keine Möglichkeit zur Absolvierung dieser Ausbildung gegen war.

Diese PraxismitarbeiterInnen haben aber im Zuge ihrer Tätigkeit Kenntnisse und Erfahrungen gesammelt, die in jedem Fall Anrechnung auf die praktische Ausbildung zur Ordinationsassistenz finden sollten.

Zudem ist davon auszugehen, dass zahlreiche PraxismitarbeiterInnen außerhalb der Ausbildung gem. MTF-SHD-G angesiedelte Kurse und Lehrgänge zur beruflichen Höherqualifikation absolviert haben.

Nachdem im Gesetzesentwurf die Anrechnung von Prüfungen und Praktika, die im Rahmen einer berufsbildenden mittleren oder höheren Schule erfolgreich absolviert wurden, vorgesehen ist, spricht wohl nichts dagegen, dass auch im Rahmen einer langjährigen Berufserfahrung erworbene praktische Fertigkeiten und im Rahmen entsprechender Aus- und Fortbildungskurse erworbenen Kenntnisse auf ihre Gleichwertigkeit überprüft und gegebenenfalls angerechnet werden.

Die Anrechnung einer langjährigen Berufserfahrung und entsprechender Aus- und Fortbildungskurse verhindert Härtefälle und Personalengpässe in den Arztpraxen und entspricht sohin der Zielsetzung dieses Gesetzes.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

- § 19 Abs. 9 Anleitung und Aufsicht während der Ausbildung. Es handelt sich um eine unklare Regelung, durch wen diese Aufsicht und Anleitung erfolgt. Wir verweisen auf obige Aussagen zu Berufs- und Haftungsrecht.

Voraussetzung zur Berufsausübung

- Angemerkt wird, dass jede Verurteilung für eine Vorsatztat sowie Verhängung einer Freiheitsstrafe (auch in sehr geringem Ausmaß) nach dem vorliegenden Entwurf zur Untersagung der Berufsausübung führen **muss**. Eine entsprechende gesetzliche Bestimmung ist geeignet bei Begehung von leichten Straftaten sowie Vorhandensein von Reue und Wiedergutmachungstendenzen bzw. auf Grund einer günstigen Prognose unverhältnismäßig zu sein.

→ Es sollte das ex-lege Berufsverbot zumindest an die Begehung von mittleren bis schweren Straftaten sowie an die Verhängung von Freiheitsstrafen im längeren Ausmaß gekoppelt sein.

- Die Untersagung der Berufsausübung durch Einzug der Ausbildungsqualifikation ist ebenfalls ein neuer Ansatzpunkt und zu überprüfen, ob dies zulässig sein wird. Wer prüft wann eine Berufsuntersagung wieder aufzuheben ist?

Teil III

Fachbereiche

Eingangs ist nochmals festzustellen, dass eine Zersplitterung der Tätigkeiten sowie einzelne Tätigkeitsvorbehalte (vgl. Strafbestimmung) nicht erwünscht ist und strikt abgelehnt wird.

Rehabilitationsassistenz (RA)

Dieses Berufsbild entspricht nicht dem derzeitigen Tätigkeitsumfang der dMTF (Physikalischer Teil). Es handelt sich um ein neues Berufsbild, das - so wie hier festgelegt - abzulehnen ist (zu den fehlenden Ausbildungsinhalten siehe obige Ausführungen, wonach eine Gesamtbeurteilung des Berufsbildes ohne diese nicht möglich ist).

Berufsbild

Im festgelegten Tätigkeitsumfang fehlt die klassische Massage. Eine taxative Aufzählung der Tätigkeitsbereiche wird abgelehnt.

Ohne die klassische Massage ist ein Rehabilitationsassistent im Bereich der Krankenbehandlung in der Physikalischen Therapie (Physikalische Kombinationstherapie) nicht einsetzbar.

Würde man diese Bestimmung in der vorgeschlagenen Form umsetzen, ist zu erwarten, dass es zu Kompetenzzersplitterung der Gesundheitsberufe kommt, bei

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

der jede/r einzelne AssistentIn nur gewisse Teilbereiche der Therapie an der/am Patientin/Patienten durchführen darf.

Eine getrennte Verabreichung medizinischer Leistungen durch 2 Personen - Durchführung von Tätigkeiten der Hydro-, Balneo-, Elektro- und Ultraschalltherapie durch den Rehabilitationsassistent, klassische Massage durch die/den Med. MasseurIn, HeilmasseurIn, PhysioterapeutIn - ist organisatorisch und wirtschaftlich nicht sinnvoll, da dies in einem Zuge zu geschehen hat. Die/der PatientIn müsste z.B. zuerst zur Ultraschallbehandlung zum RA, dann zur Massage zum MM, dann zur Packung zum RA, anstatt alle 3 Modalitäten auf einer Behandlungsliege ohne Wartezeit zwischen den einzelnen Anwendungen in einem Zuge von einer Person zu erhalten. Oder, wenn die/der PatientIn auf der Liege verbleibt, müsste der MM beschäftigungslos warten, bis der RA mit der Ultraschalltherapie fertig ist, um die Massage durchzuführen, während der RA beschäftigungslos warten muss, um anschließend die Packung zu verabreichen. Eine solche Vorgangsweise verträgt sich nicht mit dem Ziel moderner Gesundheitskonzepte, z.B. ganzheitlicher Behandlungsansatz!

Zudem wäre eine dMTF, die derzeit Massage im Berufsbild hat, nicht mehr vergleichbar mit einer nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf ausgebildeten MTF ohne Massage. Damit wäre auch keine erweiterte Durchgängigkeit zum Berufsbild der/des Med. Masseurin/Masseurs und Heilmasseurin/Heilmasseurs gegeben.

Anordnung der Mobilisation

Die Anordnung für eine therapeutische Maßnahme im Sinne des § 2 Ärztegesetz 1998 durch dGuKP ist nicht zulässig. Bei der Feststellung von körperlichen Beeinträchtigungen (Diagnose) und anschließender Mobilisation (Therapie) von PatientInnen handelt es sich um ärztliche Tätigkeiten (z.B. Mobilisation nach operativem Eingriff, Herzinfarkt, Sturz, Brüche, Schwellung von Extremitäten, Schlaganfall, Verlust von Körperteilen, Lähmungen, etc.). Eine therapeutische Maßnahme kann durch dGuKP nicht angeordnet werden, da in dem Zusammenhang der Gesundheitszustand der/des Patientin/Patienten beurteilt werden muss.

Für die Mobilisation ist folgende Systematik denkbar: Die/Der Ärztin/Arzt ordnet nach vorheriger Befunderhebung und Diagnostik die Mobilisation an (interne Freigabe, d.h. Abschätzung der Belastungs- und Vitalparameter bzw. Abklärung fachspezifischer (unfallchirurgische, neurologische, etc.) Aspekte. Die Durchführung kann durch dGuKP im Rahmen des § 15 dGuKG erfolgen (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich) oder gemäß der strikten Anordnung durch die/den Ärztin/Arzt durch die/den RehabassistentInnen, (im Einzelfall angeordnet).

→ § 10 Abs. 1 Z 2: Die Anordnung der Mobilisation durch dGuKP ist unbedingt zu streichen.

Aufsicht

Die Übertragung der Aufsicht für die Durchführung der Tätigkeiten im Bereich der Hydro-, Balneo-, Elektro- und Ultraschalltherapie kann nicht generell auf PhysiotherapeutInnen übertragen werden. Dies widerspricht – wie bereits ausgeführt - dem Ärztegesetz 1998 und ist haftungsrechtlich äußerst problematisch.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Berufsbezeichnung

Die Berufsbezeichnung der RehabilitationsassistentInnen sollte in „AssistentIn für Physikalische Therapie und Rehabilitation" geändert werden, da die Durchführung physikalisch-medizinischer Anwendungen wie Hydro- und Balneotherapie, Waschungen, Wickel, Elektrotherapie, etc. nicht primär etwas mit Rehabilitation zu tun haben, sondern Behandlungen aus dem Gesamtbereich der Physikalischen Medizin sind. Der alleinige Bezug auf die Rehabilitation ist irreführend und greift zu kurz.

Bezeichnung Klient

Der in § 10 Abs. 5 genannte Begriff „Klientin/Klient" sollte ersatzlos gestrichen werden, da Therapien grundsätzlich an erkrankten Personen und somit an PatientInnen und nicht an KlientInnen durchgeführt werden. Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung werden an PatientInnen durchgeführt. An KlientenInnen werden Tätigkeiten aus dem eigenverantwortlichen pflegerischen Bereich von dGuKP durchgeführt. Tätigkeiten dieses Bereichs sind aber nicht vom Berufsbild des RH umfasst.

Modularer Aufbau

Im Sinne des oben genannten modularen Systems wäre als Spezialqualifikation die manuelle Lymphdrainage vorzusehen. Nach Absolvierung beider Zusatzqualifikationen wäre der RA automatisch Medizinische/r MasseurIn, wenn bei diesem die anderen, für die Krankenbehandlung nicht erforderlichen Spezialmassagemethoden (wie Akupunktmassage) im Zuge der nächsten Novelle zum MMHmG, wie im Projekt „Evaluierung der MMHmG" der GÖG vorgeschlagen, aus der Grundausbildung der MM in Spezialqualifikationen für MM und HM umgewandelt werden.

Röntgenassistenz

Berufsbild

Tätigkeitsbereich

Das Berufsbild der RöntenassistentInnen ist zu eng formuliert. In der Formulierung des § 11 Abs 1 muss das Wort „einfach" gestrichen werden, sodass die Röntgenassistenz die Durchführung standarisierter bildgebender Verfahren nach ärztlicher Anordnung und Aufsicht umfasst. Eine Assistenz von RadiologietechnologInnen ist aus oben angeführten Gründen (vgl. zu den Ausführungen ärztliche Tätigkeit und Delegation, Teil II) nicht möglich.

Die im Absatz 2 demonstrativ aufgezählten Tätigkeiten sind nicht ausreichend, um einen sinnvollen Einsatz in der Radiologie zu gewährleisten. Im Tätigkeitsbereich der Röntgenassistenz fehlen - wie auch schon bei den Vorgesprächen ausgeführt -

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Tätigkeiten, die bereits jetzt von den dMTF ausgeübt werden. Es handelt sich um Tätigkeiten im Bereich der:

- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRT)
- Mammographie
- Röntgen im cardiovasculären Bereich

Die genannten Bereiche müssen unbedingt in die demonstrative Aufzählung des Berufsbildes aufgenommen werden. Um den Radiologischen Betrieb aufrecht zu erhalten, wäre sonst stets ein Arbeiten zeitgleich mit einer/einem Röntgenassistentin/en **und** Radiologietechnologin/en erforderlich. In diesem Sinne wären negative und abzulehnende Auswirkungen hinsichtlich Planung, Koordination und Auslastung des Einsatzes zu erwarten.

Da sich offensichtlich hinsichtlich des Ausbildungsumfangs zur Röntgenassistenz keine wesentlichen Änderungen zum jetzigen Teil „Röntgen" im Zuge der dMTF-Ausbildung ergeben, ist weder inhaltlich noch medizinisch die geplante Einschränkung des Tätigkeitsfeldes argumentierbar und zudem praxisfremd. Gerade im Bereich CT und MRT gelangen normierte Untersuchungsprotokolle zur Anwendung.

Assistenz

Das Berufsbild der/die RöntgenassistenIn umfasst die **Assistenz** von ÄrztInnen und **RadiologietechnologInnen** bei der Durchführung von einfachen standardisierten bildgebenden Verfahren nach ärztlicher Anordnung und unter Aufsicht einer/eines Ärztin/Arztes oder eines **RT**.

Das Wort "Assistenz" ist durch "Durchführung von an sie im Einzelfall delegierten ärztlichen Handlungen" zu ersetzen, die Wortfolge „Radiologietechnologen/-innen" ist zu streichen.

Aufsicht

Zur Aufsicht siehe obige Ausführungen, Teil II. Auch bisher erfolgte die Aufsicht durch Ärztinnen und Ärzte (vgl. § 37 Abs. 2 MTF-SHD-Gesetz)

Die Aufsicht der Röntgenassistenz bzw. dMTF durch RT ist strikt abzulehnen. Gemäß medizinischer Strahlenschutzverordnung trägt der Radiologe die Verantwortung für die Strahlenexposition. Eine Aufsicht durch RT widerspricht überdies der EU-Patientenschutzrichtlinie EURATOM.

Zusammengefasst hat das Berufsbild der Röntgenassistenz (§ 11) folgendes zu berücksichtigen.

> *→ § 11 Abs. 1 lautet: Die Röntgenassistenz umfasst die Durchführung standardisierter bildgebender Verfahren nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Aufsicht.*

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

→ § 11 Abs. 2 muss um die Durchführung von Tätigkeiten in der Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT), Mammographie sowie Röntgen im cardiovasculären Bereich ergänzt werden.

Folgen der Einschränkungen des Berufsbildes:

§ 31 des Entwurfes des MAB-Gesetzes soll normieren, dass Personen die eine Berufsberechtigung nach den Bestimmungen des MTF-SHD-G besitzen, zur Ausübung der Laborassistenz, der Rehabilitationsassistenz und der Röntgenassistenz nach den Bestimmungen dieses Gesetzes berechtigt seien. Hier handelt es sich, wie bereits mehrfach ausgeführt, um eine wesentliche Einschränkung der derzeitigen Berufstätigkeit der dMTF. Diese ist sachlich nicht gerechtfertigt. DMTF könnten dann beispielsweise im Bereich CT, MRT, in der Mammographie und beim Röntgen im cardiovasculären Bereich, etc. nicht mehr eingesetzt werden und es müsste zu zahlreichen Entlassungen, unnötigen Kosten (Abfertigungen, Personalberatungskosten, Neueinstellung etc.) und Wartezeiten für PatientInnen kommen. Wir erinnern an die Ausführungen zur Bedarfsanalyse (siehe Teil I).

Weiters wäre – würde das Gesetz in dieser Form umgesetzt werden - eine Ordination, die ausschließlich konventionelle radiologische Leistungen anbietet, verpflichtet, immer auch eine/einen RadiologietechnologIn anwesend zu haben, da diese Ordinationen auch Mammographien durchfühen.

Die Umsetzung dieses Gesetzes würde somit ganz wesentliche finanzielle Auswirkungen mit sich bringen. Mit in Kraft treten dieses Gesetzes würden ganz wesentliche Tätigkeitsbereiche für dMTFs im Bereich der Radiologie wegfallen, was dazu führen würde, dass an Stelle von dMTFs plötzlich nur noch RTs eingesetzt werden dürfen.

Darüber hinaus wird bezweifelt, dass alle nun wegfallenden Tätigkeiten (z.B. CT, MRT, Mammographie,...) plötzlich durch RTs abgedeckt werden könnten, da bei weitem nicht so viele RTs dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Eine Einschränkung der Tätigkeitsbereiche der Röntgenassistenz würde daher unweigerlich zu Lasten der Bevölkerung gehen (Versorgungsengpässe, Wartezeiten auf Untersuchungen,...). Damit muss auch deutlich widersprochen werden, dass die geplante Neuregelung für medizinische Assistenzberufe positive Auswirkungen auf die PatientInnen hätte. Ganz im Gegenteil: Würden die Tätigkeitsbereiche der bisherigen dMTFs auf die Tätigkeitsbereiche der nunmehrigen Röntgenassistenz beschnitten, würde dies zu Personalengpässen und damit zu entsprechenden Wartezeiten auf Untersuchungen führen, was wiederum zu längeren Krankenständen mit den damit verbundenen Kosten für den Sozialstaat und die Wirtschaftsbetriebe führen würde.

Bereits jetzt gehören dMTFs zu einer sehr gefragten, etablierten und qualifizierten Berufsgruppe, ohne welche die radiologische Versorgung nicht aufrechterhalten werden kann.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Das in den Erläuterungen angeführte Beispiel, wonach die Röntgenassistenz für eine höhere internationale Kompatibilität sorgt, zeigt in Verbindung mit der Abwertung der einzuführenden Röntgenassistenz (im Vergleich zu den Tätigkeiten der bisherigen dMTFs), dass unter dem Deckmantel der grenzüberschreitenden Berufsausübung eine „Nach-unten-Nivellierung" im Bereich der Radiologie erfolgen soll.

Insbesondere für den radiologischen Bereich ist nicht nachvollziehbar und nicht argumentierbar, warum die Röntgenassistenz zukünftig nur mehr in sehr eingeschränkten Tätigkeitsbereichen einsetzbar sein darf, obwohl wie in den Erläuterungen angeführt, der Ausbildungsumfang der Röntgenassistenz im Wesentlichen dem der bisherigen Sparte „Röntgen" des dMTF entspricht.

Ausbildung

Da nun an eine für alle Assistenzberufe inhaltlich gleiche „Grundausbildung" gedacht wird, ist der radiologisch fachspezifische Theorieteil auszubauen.

Weiters muss dem Kommentar in den Erläuterungen widersprochen werden, wonach neue Methoden wie CT oder MRT eine fundierte Qualifikation erfordern, über die die Assistenzberufe nicht verfügen würden. Die Untersuchungsmethoden CT bzw. MRT sind seit mehr als 25 Jahre im Routinebetrieb verfügbar und werden bereits ebenso lange durch dMTFs zur Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte qualifiziert durchgeführt.

Die Erlangung der Berufsbezeichnung „medizinischer Fachdienst" soll hinkünftig mit der Ausbildung in mind. 3 Sparten und einer Fachbereichsarbeit erlangt werden können. Es ist zu hinterfragen, in wie weit sich aus der Ausbildung in 3 voneinander unabhängigen Assistenzberufen ausschließlich durch eine Fachbereichsarbeit ein „Fachdienst" ergeben soll. Dies kann weder fachlich noch inhaltlich argumentiert werden – insbesondere da es bei zahlreichen Assistenzberufen zu Einschränkungen im Tätigkeitsprofil zu den bisherigen dMTFs kommen soll.

Laborassistenz

Berufsbild

Allgemeines

Der vorliegende Gesetzesentwurf will eine zusätzliche Hierarchisierung und Unterstützung gehobener medizinisch technischer Dienste einführen; dies entspricht nicht dem derzeit gelebten Berufsbild. Die Kernprozesse werden durch ÄrztInnen gesteuert (ärztliche Tätigkeit im Sinne des § 2 Ärztegesetzes 1998) – näheres siehe Ausführungen im Teil II). Es handelt sich somit ausschließlich um die Durchführung ärztlicher Tätigkeiten und Delegation dieser im Sinne des § 49 Abs. 3 Ärztegesetzes 1998. Eine gesetzlich normierte „Unterstützung" gehobener medizinisch technischer Dienste (die ebenfalls delegierte ärztliche Tätigkeit ausführen) ist nicht zweckmäßig. Es wird angezweifelt, dass die teamhafte Zusammenarbeit durch eine zusätzliche Hierarchisierung, wie beabsichtigt, verbessert wird.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Tätigkeitsbereich

Die in § 6 aufgelisteten Tätigkeiten sind für das Berufsbild Laborassistenz unvollständig und sollten entweder ergänzt werden oder weniger detailliert sämtliche in medizinisch diagnostischen Laboratorien durchgeführte Methoden umfassen.

Die in §19 skizzierte Ausbildung für das Berufsbild Laborassistenz sollte ausgeweitet werden und an die Bedürfnisse im Berufsumfeld besser angepasst werden. Idealer Weise sollte der Inhalt flexibel gehalten werden, um eine laufende Anpassung an die im Berufsumfeld benötigten Kenntnisse und Fertigen unterweisen zu können.

Die demonstrativ aufgezählten Tätigkeiten sind nicht ausreichend, um einen sinnvollen Einsatz in der Labormedizin zu gewährleisten. Um den Laborbetrieb aufrecht zu erhalten, wäre stets ein Arbeiten zeitgleich mit einer/einem Biomedizinischen AnalytikerIn erforderlich.

Vor allem fehlen folgende Tätigkeitsfelder, die schon bisher durch dMTF abgedeckt werden: Proteinchemie, Harn- und Stuhluntersuchung, Serologie, Mikrobiologie, Point-of Care (Durchführung, Wartung QM), Grundlagen der Immunhämatologie, immunometrische Verfahren, chromatographische Verfahren, molekular-diagnostische Methoden, die heute auch schon hochautomatisiert sind, Funktionsdiagnostik, QM, Lagerhaltung und Verwaltung für Reagenzien und Verbrauchsmaterial.

Aufsicht

Die generelle Übertragung der Aufsicht für die Durchführung der genannten Tätigkeiten widerspricht – wie bereits ausgeführt - dem Ärztegesetz 1998.

Wir schlagen daher ergänzend zu den Ausführungen im Teil II wie Folgt vor:

→ Erweiterung des Tätigkeitsbereiches, s.o.

→ Klare Regelung betreffend ärztliche Anordnung und ärztliche Aufsicht.

→ Keine Anstellung in Einrichtungen, die nicht unter ärztlicher Aufsicht stehen.

Operationsassistent

Berufsbild

Eine taxative Aufzählung der Tätigkeiten wird strikt abgelehnt.

Aufsicht

Die generelle Übertragung der Aufsicht für die Durchführung der genannten Tätigkeiten widerspricht – wie bereits ausgeführt - dem Ärztegesetz 1998.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Ordinationsassistent oder Arztassistent:

Berufsbild

Das Berufsbild ist zu einengend formuliert. Eine taxative Aufzählung der Tätigkeiten wird strikt abgelehnt. Es ist sicherzustellen, dass OrdinationsassistentInnen (bzw. ArztassistentInnen) eine gute Basisausbildung erlangen, um den vielfältigen Aufgaben in der Arzt-Ordination gewachsen zu sein. Die Aufgaben bzw. Tätigkeiten sind in den einzelnen Ordinationen sehr unterschiedlich, sodass nicht alle Inhalte in der Basisausbildung vermittelt werden können (z.B. Arztsoftware, Terminverwaltung, Spezialgebiete, Tätigkeiten in der Wundversorgung, etc.)

Ausbildung

a) Theorie

Wie bereits oben ausgeführt, erscheint die Anzahl der Theoriestunden im Ausmaß von 340 Stunden zu hoch. Aus unserer Sicht wären 240 Stunden angemessen. Nähere Ausbildungsinhalte kennen wir nicht, weshalb eine abschließende Beurteilung nicht erfolgen kann. Neben der Forderung einer entsprechenden Konkretisierung im MAB-Gesetz für grundsätzlich alle hierunter fallenden Berufsbilder, wären im Speziellen für die Ordinationsassistenz jedenfalls die Gegenstände Anatomie/Physiologie/Pathologie, Medikamentenlehre, Kommunikation, Ernährungslehre, Laborkunde und EDV verpflichtend einzuführen. Zur Zeit werden diese Ausbildungsinhalte lediglich auf freiwilliger Basis unterrichtet, sie vermitteln jedoch einen erheblichen Teil des im modernen Praxisalltags erforderlichen Wissens.

b) Theorie

Weiters ist anzumerken, dass die Mehrheit der zur Zeit in Ausbildung stehenden OrdinationsassistentInnen die Ausbildung berufsbegleitend absolvieren. Es ist daher im Gesetz dringend sicherzustellen, dass die Ausbildung auch neben einer beruflichen Tätigkeit, z.B. als Verwaltungskraft in einer Ordination durchgeführt werden kann.
Die nunmehr für OrdinationsassistentInnen (bzw. ArztassistentInnen) vorgeschlagenen 800 Stunden Praktikum (nicht berufsbegleitend) erscheinen uns viel zu lang. Es wird keine Ausbildungseinrichtung in der Lage sein, ein derariges umfangreiches Praktikum anzubieten bzw. zu organisieren.
Um den Erfordernissen einer parxisorientierten Ausbildung zu entsprechen, werden die Praxen der niedergelassenen ÄrztInnen in jedem Fall in die Ausbildung integriert werden müssen. In ihrer Größe und Ablaufstruktur sind die Arzpraxen in der Regel aber nicht darauf ausgelegt, PraktikantInnen für den vorgegebenen Praxiszeitraum aufzunehmen. Niedergelassene ÄrztInnen haben aufgrund ihres Arbeitsanfalles, ihrer Praxisstruktur und ihrer zeitlichen Ressourcen in der Regel nur Interesse daran, MitarbeiterInnen auszubilden, die der Praxis auch später als MitarbeiterInnen erhalten bleiben.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Bekannter Weise gibt es gerade im Bereich der ArztassistentInnen eine nicht zu unterschätzende Fluktation, u.a. begründet in der familiären Situation (Familienplanung) der ArztassistentInnen.
Da die Praxen niedergelassener ÄrztInnen aus wirtschaftlichen und arbeitstechnischen Gründen meistens nur über wenige Angestellte verfügen, erfordert das Ausscheiden einer DienstnehmerIn eine unmittelbare Nachbesetzung der frei gewordenen Stelle. Weil entsprechend ausgebildete ArztassistentInnen nicht unbegrenzt verfügbar sind, stehen für eine Anstellung oft nur Berufseinsteigerinnen (jugendliche ArbeitnehmerInnen) bzw. QuereinsteigerInnen zur Disposition, denen, um den Ordinationsbetrieb nicht über Gebühr zu behindern, wie bisher neben der praktischen Ausbildung in der Ordination eine berufsbegleitende theoretische Ausbildung ermöglicht werden sollte.
Aus den dargelegten Überlegungen und im Hinblick darauf, dass die wenigsten Ausbildungseinrichtungen in der Lage sein werden, genügend Praktikumsplätze vorhalten zu können, ist es aus unserer Sicht unerlässlich, für die Ausbildung zur Ordinationsassistenz ein den Erfordernissen der Arztpraxen adäquates Ausbildungssystem zu implementieren.
So ist neben einer geblockten Vermittlung der theoretischen Ausbildungsinhalte auch die Möglichkeit vorzusehen, die theoretische Ausbildung – so wie bisher – berufsbegleitend und tageweise über einen längeren Zeitraum zu absolvieren.
Für die praktische Ausbildung ist neben den über die Ausbildungseinrichtung organisierten und im Block zu absolvierenden Praktika die Möglichkeit zu schaffen, dass auch die Tätigkeit in der Anstellungspraxis als berufsbegleitende praktische Ausbildung Anrechnung findet. Zudem ist zu normieren, dass die Möglichkeit der Absolvierung der praktischen Ausbildung in allen medizinischen Sonderfächern und in den Praxen der Ärzte für Allgemeinmedizin ohne jede Einschränkung besteht.

Unklar ist zudem, in welcher Form dieses Praktikum absolviert werden soll. Sollte dies in Form eines unbezahlten Praktikums erfolgen, so ist dies unseres Erachtens für dies Berufsgruppe nicht zumutbar.

Sofern an eine Honorierung während des Praktikums gedacht sein sollte, stellt sich die Frage der Finanzierung. Gleichzeitig stellt sich auch die Frage, wie den niedergelassenen ÄrztInnen der Aufwand der Ausbildung honoriert wird.

Unserer Auffassung nach, muss es weiterhin – wie bisher - die Möglichkeit geben, die Tätigkeit als Ordinations- bzw. ArztassistentIn bereits vor Absolvierung der Ausbildung aufgenommen werden kann, wir würden vorschlagen, den bisherigen Zeitraum von zwei Jahren beizubehalten, zumal unserer Ansicht nach ein berufsbegleitendes Praktikum in Form einer Tätigkeit in der Ordination wesentlich höherwertiger ist.

→ Abgelehnt wird daher die Bestimmung in § 20, wonach das Praktikum im Ausmaß von 800 Stunden ausschließlich im Rahmen des Ausbildungslehrganges absolviert werden kann. Wir verlangen weiterhin die Möglichkeit die theoretische Ausbildung auch berufsbegleitend tageweise über

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)
Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

einen längeren Zeitraum zu absolvieren. Gleiches gilt für die Absolvierung der praktischen Ausbildung.

→ Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildungen sind unserer Ansicht nach nicht geklärt. Wir fordern die Implementierung eines den Erfordernissen der Arztpraxis adäquaten Ausbildungssystems. Eine Gewährleistung für die Durchführung der praktischen Ausbildung in Arztordinationen (Praktikumsstellen) kann von den Ärztekammern, die Ausbildungen für OrdinationsassistentInnen anbieten, aus angeführten Gründen nicht erfolgen.

→ Anrechnung der Tätigkeit in der Anstellungspraxis auf die praktische Ausbildung, keine fachspezifische Einschränkung für die praktische Ausbildung in den Praxen der niedergelassenen ÄrztInnen.

→ Zur Beurteilung der Ausbildungsdauer sind umgehend die vorgesehenen Ausbildungsinhalte bekanntzugeben.

→ Jugendlichen muss auch die Aufnahme der Ausbildung zur Ordinationsassistenz in einem nur für die Ausbildung zur Ordinationsassistenz genehmigten Lehrgang ermöglicht werden.

Im Gesetz zu normieren sind allerdings die Zugangsvoraussetzungen zum Ausbildungskurs hinsichtlich Mindestalter und schulischer Ausbildung.
→ Anrechnung langjähriger Berufspraxis und berufsbegleitender Lehrgänge und Fortbildungskurse, die außerhalb der Ausbildung gem. MTF-SHD-G angesiedelt sind.

Trainingstherapie

Anordnung und Aufsicht

Auch hier muss die einheitliche Terminologie: Ärztin/Arzt = Anordnung und Aufsicht – wie oben ausgeführt - unbedingt verfolgt werden und im Sinne der Rechtssicherheit und Klarheit in den Gesetzestext aufgenommen werden, da auch das Tätigwerden von TrainingstherapeutInnen die ärztliche Anordnung voraussetzt. Die Ausführungen in den EB wonach eine ausdrückliche Regelung im Gesetz nicht erforderlich wäre und ohnehin die Tätigkeit von PhysiotherapeutInnen gemäß MTD-Gesetz an die ärztliche Anordnung gebunden wäre, sind nicht nachvollziehbar.

Ein Hinweis in den EB auf die ärztliche Anordnung reicht keinesfalls aus. Die ärztliche Anordnung und ärztliche Aufsicht muss im Gesetzestext klar geregelt sein.

Darüber hinaus sprechen wir uns aus oben angeführten Gründen (Gesetzessystematik im Gesundheitswesen, Einheitlichkeit der Begriffe) gegen die Terminologie: *„ergänzende und unterstützende Tätigkeit zum Arzt und Physiotherapeuten aus:“* Nebenbei: unter Berücksichtigung dieser Formulierung könnte die/der Trainingstherapeutin/Trainingstherapeut nur für Ärztin/Arzt und PhysiotherapeutIn tätig werden.

Berufsbild:

In der Formulierung des Tätigkeitsbereiches der Trainingstherapie müssen Tätigkeiten im Bereich kardiovaskulärer Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, Neurologie, Orthopädie berücksichtigt werden.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

→§ 24 soll lauten:

*Die Trainingstherapie umfasst nach ärztlicher Anordnung die strukturelle Verbesserung des **Gesundheitszustandes** sowie der Bewegungsabläufe mit dem Ziel, die Koordination*

Dies kann im Rahmen von entsprechenden medizinischen Einrichtungen unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden

→ § 33 Abs. 2: In der vorletzten Zeile ist die Wortfolge „bzw. Physiotherapeuten" ersatzlos zu streichen.

Anstellung

Die Anstellung von SportwissenschafterInnen darf auf Grund der obigen Ausführungen und Verantwortungsbeziehungen ebenfalls nur in Einrichtungen, die unter ärztlicher Aufsicht stehen, erfolgen.

Voraussetzung zur Berufsausübung

§ 25 Abs 2 sieht ein Erlöschen der Berufsberechtigung vor, wenn die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 nicht erfüllt sind. Wer entscheidet darüber? Hier sieht das MAB keinen Einzug des Qualifikationsnachweises vor (vgl. obige Ausführungen Teil II).

Ausbildungsinhalte

Ausbildungs-VO, welche Inhalte werden in Theorie und Praxis vermittelt. Dies ergibt sich nicht aus dem Gesetzestext, weshalb eine abschließende Beurteilung der Berufsgruppe Trainingstherapie ebenfalls nicht möglich ist. Es darf unserer Ansicht nach darüber hinaus nicht außer Acht gelassen werden, dass Vorlesungsinhalte auch fachgerecht (einem dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Stand; dynamischen Veränderung der Medizin) vermittelt wurden und dieser vom StudentInnen auch verstanden wurde.

Jedenfalls muss ein Praktikum im Ausmaß der anderen MAB, also von zumindestens 800 Std. im Gesundheitswesen erfolgen.

Beirat

Dem Beirat soll die generelle Akkreditierung von Universitätsstudien der Sportwissenschaft obliegen (Anm: Dabei sind verschiedene Studienrichtungen wie Sportmanagement, TurnlehrerIn, Gesundheitssport oder –prävention, Rekreation zu berücksichtigen. Welche inhaltlichen Anforderungen in Hinkunft an Ausbildung in der Theorie und Praxis gestellt werden ist noch nicht klar). Eine nähere Beurteilung über den zukünftigen Ablauf kann mangels weiterführender Unterlagen derzeit nicht erfolgen.

Der Beirat entscheidet darüber hinaus in individuellen Verfahren (über Antrag). Dabei wird es sich um sehr individuelle, vielschichtig gelagerte, Einzelfallentscheidungen handeln, die bescheidmäßig zu erledigen sind. Verfahrensrechtliche Grundsätze sind keine im Gesetz normiert. Jedenfalls wird es sich um einen hohen

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Verwaltungsaufwand handeln. (Verfahrenshandlungen: Antragsentgegennahme, Befunderhebung, Gutachten, Entscheidung, Erledigung, etc.) Dazu sehen wir den Beirat personell viel zu umfangreich besetzt und befürchten, dass daraus hohe Kosten – vor allem hinsichtlich Gutachtertätigkeit resultieren. Wir regen daher an, den Beirat ausschließlich mit einem Vertreter des BMG, der das Verfahren zu führen hat und einen/einer ärztlichen Beisitzer (Vertreter/in der ÖÄK der die medizinische Expertise einbringt) zu besetzen. Schlussendlich geht es um die Übernahme ärztlich delegierter Tätigkeiten.

Auch wenn eine generelle Akkreditierung möglich ist, so ist in den nächsten Jahren (bis zu einer vereinheitlichten Vorgangsweise) mit einer Vielzahl individueller Entscheidungen zu rechnen.

Qualifikationsnachweise

Festgelegt werden sollen Mindestanforderungen an SportwissenschafterInnen, die noch keine 3 Jahre in einem Rehabzentrum arbeiten bis zur einheitlichen Adaptation des Curriculums.

In den letzten Jahren haben neue medizinische Ansätze sowohl im Wissen über pathophysiologische Grundlagen, als auch bei den Adaptationsprozessen der betroffenen Strukturen zu Veränderungen in der Therapie, sowohl bei Stoffwechselerkrankungen als auch bei Erkrankungen am Bewegungsapparat und bei Neurologischen Erkrankungen, geführt.

Kenntnisse darüber können sowohl auf Grund der theoretischen Grundlagen und vor allem in der Praxis von den AbsolventInnen der Sportwissenschaften zum jetzigen Zeitpunkt nicht völlig erbracht werden.

Da im Mittelpunkt der trainingtherapeutischen Interventionen stets die Sicherheit der/des Patientin/Patienten steht, verlangen diese umfassende und auf fundierter Ausbildung basierenden Qualifikationen.

Daher müssen - in Analogie zu den medizinischen Assistenzberufen - auch beim neu geplanten Einsatz der SportwissenschafterInnen an der Patientin/am Patienten die Inhalte und der Umfang der ursprünglichen Ausbildungen in Theorie und Praxis überprüft werden.

Da die Qualifikation des Einzelnen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Studiums, dem Zeitpunkt der absolvierten Prüfung und des Studienabschlusses nicht als vergleichbar vorausgesetzt werden kann, erscheint es schwierig, in einer Kommission generell die Anrechenbarkeit einer Ausbildung (selbst an derselben Universität) zu beurteilen. Darüber hinaus muss bedacht werden, dass die Inhalte des Studiums innerhalb der vier Universitätsstandpunkte in Österreich, nicht so wie z.B. in Medizin, dieselben Curricula aufweisen.

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

Dies bedeutet bei geschätzten 250 Fällen und einer individuellen Beurteilung einen enormen nicht realistischen Zeitaufwand.

Daher erscheint es, wie in den Sitzungen besprochen, bis die Inhalte der Curricula entsprechend dem neuen Berufsbildern inhaltlich neu gestaltet werden, sinnvoll eine schriftliche kommissionelle Prüfung, in der Schwerpunkte die von der Kommission festgelegt und den AbsolventInnen mitgeteilt werden, abzuhalten, und wie im § 19 auch von den einzelnen medizinischen Assistenzberufen geforderte auch einen Mindestumfang der praktischen Ausbildungen für die in der Trainingstherapie tätigen SportwissenschafterInnen festzulegen. Die Inhalte und das Ausmaß sind von der Kommission noch zu bestimmen. In Analogie zu den übrigen Assistenzberufen erscheinen 800 Stunden das Minimum.

Teil IV

Übergangsbestimmungen:

Änderung des MTF-SHD-Gesetzes

Die Ziffern 1-8 normieren den Entfall der angeführten Paragraphen. Ziffer 9 normiert den Entfall der bereits in den Ziffern 1-8 angeführten Paragraphen mit Ablauf des 31. Dezember 2011. Es erhebt sich die Frage, wie sich die einzelnen Bestimmungen zueinander verhalten?

Immunhämatologie

Für die Tätigkeit in der Immunhämatologie ist eine Sonderbestimmung vorgesehen. Es handelt sich um Übergangsbestimmungen für Tätigkeiten, die bis jetzt von den dMTF ausgeübt wurden, unbeschadet der nachfolgenden Ausführungen erscheint uns die vorgesehene Frist als zu kurz, wir plädieren für berufslebenslange Übergangsfrist - falls eine solche normiert werden muss.

Wie bereits in den obigen Ausführungen erwähnt, würde die Umsetzung des vorliegenden Gesetzesentwurf mit sich bringen, dass viele praxisrelevanten Tätigkeiten, die derzeit von dMTF ausgeübt werden, später in der Praxis nicht mehr erbracht werden können/dürfen.

Warum gerade für Tätigkeiten in der Immunhämatologie Übergangsbestimmungen geschaffen werden müssen, ist für uns nicht nachvollziehbar. Wir erachten diese Tätigkeit auch jetzt auf Grund der bestehenden Gesetzeslage als zulässig.

Will man diesen Weg (Übergangsbestimmung für gewisse Tätigkeiten) weiter verfolgen, so müsste das BMG erheben, welche Tätigkeiten derzeit von dMTF ausgeführt werden (einige davon haben wir in unserer Stellungnahme beschreiben), die (nunmehr) als nicht (mehr) zulässig erachtet würden und wäre dann in diesem Sinne eine Übergangsfrist zu schaffen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.

100/SN-272/ME XXIV. GP - Stellungnahme zu Entwurf (elektr. übermittelte Version)

Dies betrifft unserer Ansicht nach aber unzählige Tätigkeiten, weshalb dieser Weg nicht weiter verfolgt werden sollte.

Unklar ist, was mit den bisher beschäftigten dMTFs geschehen soll. Diese müssten nach dem vorliegenden Gesetz gekündigt werden (Kosten!), da wesentliche Tätigkeitsbereiche nun wegfallen würden. Es müssten neue Gesundheitsberufe eingestellt werden (Mangel). Dies ist besonders für eine Berufsgruppe, die einen sehr hohen Frauenanteil aufweist, eine unzumutbare Härte bzw. sind entsprechend lange Übergangsfristen vorzusehen (bis zur Pensionierung).

Das vorliegende Gesetz liefert insofern eine sehr große Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Frage, was dürfen MTF weiterhin ausüben?

Prüfung Immunhämatologie - Durchführung ÖÄK

Abgesehen davon dürfen wir anmerken, dass eine Durchführung der kommissionellen Prüfung nicht mit uns abgesprochen wurde. Es wurden uns weder Zahlen, noch sonstige nähere Bedingungen genannt. Eine Ermächtigung eine Prüfungsgebühr einzuheben ist nicht normiert. Sollte die ÖÄK diese Aufgabe übernehmen, wären auch hier dringend Gespräche mit uns erforderlich.

Strafbestimmung

Die Strafbestimmung in § 34 Abs. 1 Z 2, der zufolge derjenige mit einer Geldstrafe bis zu € 4000,- zu bestrafen ist, der jemanden, der hiezu durch dieses Gesetz oder eine andere gesetzliche Vorschrift nicht berechtigt ist, zu einer Tätigkeit in einem medizinischen Assistenzberuf heranzieht, wird für inakzeptabel und nicht notwendig erachtet.

Abschließend ist festzustellen, dass eine Änderung der derzeitigen veralteten Bestimmung grundsätzlich positiv wäre. Die Durchsicht des Gesetzesentwurfes hat aber ergeben, dass **dringender Überarbeitungsbedarf** besteht. Wir erachten es als unbedingt erforderlich uns ein zu beziehen und stehen selbstverständlich weitere Gespräche zur Verfügung, um ein bedarfs- und praxisgerechtes MAB-Gesetz zu implementieren.

Wir verbleiben mit freundlichen Grüßen

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

MR Dr. Walter Dorner

Präsident der Österreichischen Ärztekammer

Dieses Dokument wurde mittels e-Mail vom Verfasser zu Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhaltes wird von der Parlamentsdirektion keine Haftung übernommen.